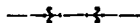


GAZETA LEKARSKA.

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

Podał

D-r Mikołaj Warman [Kielce].



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 3].

Nie zważając na to, że stan taki, t. j. krwawienie, przeciąga się nieraz z małemi przerwami i chwilowemi pogorszeniami i kilka tygodni, chore przy pożywej dyecie nie doznają wielkiego uszczerbku na zdrowiu. Prawda, że w przypadkach podobnych rokowanie nasze co do dalszej ciąży z każdym dniem pogarsza się, nie mamy jednakże żadnego wskazania do przyspieszenia poronienia, dopóki ujście wewnętrzne macicy pozostaje zamkniętem i to nawet przy otwarciu zewnętrznego ujścia i stożkowatym rozszerzeniu szyjki macicznej.

Krwawienie, powiada SCHROEDER, nie daje nam wskazania do wywołania sztucznego poronienia (*Zur Einleitung des künstlichen Abortus*); nie zagraża ono bowiem w niczem życiu matki, a przeciągając się, prowadzi ono do samoistnego wydalenia się jaja płodowego. Wręcz innego zdania jest GRAEF-
FE (20); uważa on bowiem nieustanne, acz z małemi przerwami, krwawienia za przyczynę przewlekłej niedokrwistości, która wymaga niezmiernie długiego leczenia: dlatego też, podług G., należy oddzielenie jaja płodowego przyspieszyć. Na poparcie dowodzeń swoich G. przytacza dwie dość ciekawe historie choroby. Nie jednemu słowa SCHROEDER'a będą się wydawały za zbyt śmiałe, tembardziej, że w rokowaniu przy poronieniu S. utrzymuje, że obfite nawet, a często i do szczytu ostrej bezkrwistości *resp.* do omdlenia i utraty tętna prowadzące krwotoki niezmiernie rzadko powodują śmierć u roniącej; z chwilą omdlenia ustaje krwawienie.

Na zasadzie własnych spostrzeżeń, zebranych u chorych, do których byłem wzywany z powodu nagłego krwotoku podczas ciąży, a których zasta-
wałem większą część w stanie rozpaczliwym, bez tętna, mogę słowa S. potwierdzić; jednakowoż byłem zawsze dalekim od tej myśli, aby w omdleniu i upadku czynności serca szukać pomocy do wstrzymywania krwotoku.

Najlepszą wskazówkę do postępowania przy krwawieniach podczas ciąży daje nam stopień samego krwawienia. Nieobfite, aczkolwiek nieustanne krwa-
wienia, uważane bardzo często przez chore za nieprawidłową miesiączkę, na-

dają się w zupełności do leczenia wyczekującego, w sposób wyżej podany. Przy krwotokach zaś lekarz-praktyk znajduje się w trudnym bardzo położeniu. Obfite i często dość spore skrzepy krwi w pochwie wklajają badanie wewnętrzne, a rozpaczliwy stan chorej wymaga przede wszystkim chwilowego wstrzymania krwotoku i podtrzymania gasnącej czynności serca. O radykalnym leczeniu, *resp.* o usunięciu zawartości macicznej w takich razach, szczególnie, gdy ujście jest niedostatecznie otwarte, w praktyce prywatnej i mowy być nie może, gdyż nie każdy lekarz posiada odpowiednią ku temu zręczność, a co najważniejsza, pozbawiony on jest najczęściej wszelkiej umiejętnej pomocy.

W tych warunkach próby wszelkie celem oddzielenia jaja płodowego kończą się zwykle pozostawieniem w jamie macicznej dość sporej części jej zawartości, a w późniejszych miesiącach i całego łożyska, co przez wzgląd na niebezpieczne następstwa powinno być stanowczo zaniechanem.

Jeżeli SCHROEDER ostrzegał nas przed wydobyciem płodu, niezależnie od jaja płodowego, a tembardziej od łożyska, to słowa te i obecnie nas obowiązują, aczkolwiek fatalne następstwa pólśrodka tego zmniejszyły się do połowy, t. j. ograniczają się li tylko do ewentualnych krwotoków. Stare zaś i ogólnie rozpowszechnione mniemanie, że pozostałe w jamie macicznej części jaja płodowego tworzą ognisko dla septycznego zakażenia chorej, czego, nawiasem mówiąc, słusznie obawiano się do niedawnego czasu, *resp.* i za czasów SCHROEDER'a, gdy pomimo szafowania środkami antyseptycznymi wprowadzano do jamy macicznej przedmioty [ręce i instrumenty], daleko od stanu aseptycznego będące, ustraciło obecnie, dzięki znakomitym postępom nauki o patogeniezie zakażenia septycznego u położnic i nauki o aseptycznym operowaniu, zupełnie rację bytu. Jeżeli w chirurgii operujemy często tkanki, w stanie septycznym będące, czyli mamy do czynienia ze sprawą przez drobnoustroje chorobotwórcze bez względu na siłę zakaźną (*Virulenz*) tworów tych wywołaną, to rany powstałe nie możemy doprowadzić do stanu aseptycznego bez posilkowania się środkami chemicznie antyseptycznymi; przy rękoczynach zaś położniczych z wyjątkiem tych nader rzadkich przypadków, w których zakażenie nastąpiło przed operacją, subiektywna aseptyka w zupełności wystarcza, co na zasadzie sporego materiału śmiało twierdzić mogę.

Wypowiedziana przez BOKELMANN'a i stwierdzona przez wielu innych akuszerów teza, że zdrową położnicę uważać należy jako będącą w stanie aseptycznym (*Die gesunde Kreissende ist a priori als aseptisch anzusehen*), znalazła naukową swą podstawę w studyach bakteryologicznych, przez DOEDERLEIN'a dokonanych. W 90,8% przypadkach ciąży D. znalazł wydzielinę pochwową wolną od drobnoustrojów zakaźnych (*virulente Streptokokken*), pozostałe zaś 9,2% [VEIT] (22) na zasadzie własnych spostrzeżeń uważa za daleko radsze w praktyce prywatnej, niż w klinikach. Zresztą D. nauczył nas odróżniać makroskopowo i drogą odczynu chemicznego wydzielinę zdrową od patologicznej, a co jeszcze ważniejsza, wykazał nam, że ta ostatnia daje się poprawić, t. j. zamienić na pierwszą przez wprowadzenie do pochwy kwasu mlecznego w roztworze 1%, co odpowiada ilości środka tego, skonstatowanej w prawidłowej wydzielinie pochwowej. Na zasadzie badań tych obawa zakażenia chorej przez pozostałe w ja-

mie macicznej części jaja płodowego znacznie zmalała, a tem mniejszą ona jest przy poronieniach; kazuistyka bowiem anatomo-patologiczna wykazała [FRITSCH] (23), że błona śluzowa macicy rzadko służy za *porta morbi* dla zakażenia płożowego, po większej zaś części zarazek dostaje się do ustroju całego przez pochwę, *resp.* przez niezliczone odtłoczyny i owrzodzenia, na powierzchni jej powstałe. O ile przy porodach z powodu znacznej objętości płodu obrażenia pochwy są konieczne, o tyle nie mogą one mieć miejsca przy poronieniu, a nawet przy porodzie przedwczesnym.

Z tego widzimy, że, operując przy poronieniu aseptycznie i unikając jednocześnie wtłoczenia wydzieliny pochwowej do jamy macicznej przez należyte odprowadzenie ujścia kulociągami ku zewnątrz, czego, nawiasem mówiąc, technika sama wymaga, możemy chorą zabezpieczyć od zakażenia septycznego, chociażbyśmy nie byli w stanie usunąć całego jaja płodowego, albo pojedynczych, a sporych kawałków łożyska.

Inaczej przedstawia się kwestya krwotoków.

Przy niekompletnem operowaniu, t. j. przy pozostawieniu resztek jaja płodowego, macica należycie skurczyć się nie może, a obnażone części wewnętrznej powierzchni macicy stają się bardzo łatwo źródłem obfitych krwotoków; nagromadzone w jamie macicznej skrzepy krwi ze swej strony jeszcze bardziej ograniczają skurcze macicy i tym sposobem wytwarza się *circulus vitiosus*.

W przypadkach zatem, w których nie mamy odpowiedniej pomocy do wykonania radykalnej operacyi, lub też nie możemy należycie odprowadzić ujścia macicznego ku zewnątrz, bądź z powodu zrostów, albo silnej odporności ze strony więzów macicznych, a stan chorej sprzeciwia się użyciu chloroformu, daleko racjonalniej postąpimy, traktując krwotok objawowo, t. j., starając go się wstrzymać, aniżeli próbując przyspieszyć poronienie, jak tego chce GRAEFFE, tembardziej, że sposób jego, jak i wszelkie inne często zawodzą, a przez silne podrażnienie macicy powodują zbyt forsowne oddzielenie się przyrośniętego jaja płodowego i pojedynczych jego części i stawiają lekarza w tempołożeniu, że bez względu na warunki, w jakich się znajduje, zmuszonym bywa dokonać operacyi radykalnej, celem powstrzymania nadmiernego krwotoku.

Za najlepszy dowód, że oddawna znane sposoby wywoływania i przyspieszenia poronienia obfitują w strony ujemne, służy nam ta okoliczność, że wciąż spotykamy w literaturze nowe metody.

Nie wiem, jakie owoce wyda przy poronieniu sposób wywoływania porodu przedwczesnego, zalecony przez SCHROEDER'a, (24), a polegający na stosowaniu na przemian zimnych [6° R.] i gorących [35° R.] wstrzykiwań do pochwy. Sposób ten, być może, pewniejszym jest co do działania swego, niż zalecone oddawna przez KIWISCH'a wstrzykiwania do pochwy wody o wzmagającej się ciepłocie do 40—42°C. wymaga jednakże za dużo czasu, bo przecięciowo do 2 dni i 9 godzin, nie nadaje się zatem w zupełności w przypadkach, w których chodzi nam o przyspieszenie poronienia z powodu obfitego krwotoku. Małą również praktyczną wartość zdaje się mieć elektryczność, stosowana już to w formie bańki [FREUND'a] (25), już to metodą APOSTOLI'ego. Wobec niemożności przenoszenia aparatów musimy w praktyce prywatnej rzec się użycia prądu ele-

ktrycznego nawet i pomimo świetnego wyniku, otrzymanego przez HARAJEWICZA (26) w przypadku *aborti protracti* i HAZSLINSKIEGO (27) [krwawienie skutkiem subinwolucyi macicy po poronieniu]. [Resztki jaja płodowego? Przyp. autora]. W przypadku FREUND'a działanie prądu elektrycznego ograniczyło się tylko na rozszerzeniu ujścia macicznego—i to po 5 dniach, przez co można było dokonać przekłucia jaja płodowego. AMMAN (28) czyni działanie elektryczności przy traktowaniu łożyska pozostającego zależnem od indywidualności chorej; o stosowaniu zatem elektryczności w praktyce prywatnej celem wywołania, a nawet przyspieszenia poronienia i mowy być nie może, gdyż do tego potrzeba, oprócz uproszczenia aparatów, bardzo wielu spostrzeżeń, które mogą mieć miejsce tylko w zakładach położniczych i stwierdzić mają zdanie FREUND'a, że pobudzona przez prąd elektryczny czynność macicy pozostaje również systematyczną, jak przy normalnych warunkach i zabezpiecza chore od nagłych krwotoków, przez forsowne oddzielenie się jaja płodowego powstałych.

Co się tyczy sposobów oddawna znanych, jak: sondowania, wprowadzenia do jamy macicznej *bougies* [KRAUSE, LEHMANN] i sztycyków z materiału pęczniejącego [GRAEFFE], przekłucia jaja płodowego [SCHEL MEISSNER, HOPKIN], rozszerzenia szyjki macicznej [BRUNINGHAUSEN, KLUGE, BARNES], albo jamy macicznej [TARNIER], wstrzykiwania wody letniej między jaja płodowe a macicę [COHEN, KLEINWAECHTER], i niedawno zaleconych przez PELZER'a (29) wstrzykiwań gliceryny do wnętrza macicy, to znaczenie ich praktyczne jest bardzo ograniczone, gdyż w większości przypadków każdy z nich, pojedynczo użyty, zawodzi; połączenie zaś kilku można uważać tylko za środek przygotowawczy do radykalnej operacyi; ogólną zaś ujemną ich stroną jest to, że pobudzona przez nie czynność macicy jest bardziej gwałtowną od tej, jaką macica zadaje sobie przy porodach i poronieniach siłami natury odbywających się.

Względnie do sondowania dość ciekawym jest przypadek, opisany przez LANG'a, (30), gdzie u chorej ciężarnej, u której przypuszczano *endometritis* i subinwolucję macicy, nie tylko kilka razy wprowadzano zgłębnik, ale nawet dwa razy wyskrobano błonę śluzową macicy, a pomimo to ciąża nie doznała uszczerbku żadnego. Przekłucie jaja płodowego prowadzi przy poronieniu często do obfitych krwotoków, skutkiem łatwego niezmiernie uszkodzenia łożyska; zresztą czas, jaki upływa między dokonaniem rękoczynu tego a oddzieleniem się jaja płodowego, jest za długi, aby można było posiłkować się sposobem tym gwoili spieszego usunięcia istniejącego już krwotoku. Coś podobnego znajdujemy w literaturze o metodzie KRAUSE'go. W przypadku podanym przez FELSSENREICH'a (31), *bougie* pozostawało w jamie macicznej przez 48 godzin, nie wywoławszy ani jednego bólu; SCHOENBERG (32) widział skutek po *bougie* dopiero po 152 godzinach, a INGERSLEW (33) powtarzał w pojedynczych przypadkach rękoczyn ten do czterech razy. Przy nie zawsze pewnem działaniu *bougie* nie chroni bynajmniej chorej od dość poważnych powikłań, jak krwotoków i odczynu gorączkowego. W przypadkach SCHOENBERG'a i INGERSLEW'a miało miejsce kilka krwotoków, już to skutkiem przedziurawienia, już też forsownego oderwania łożyska od powierzchni wewnętrznej macicy. AHLFELD

(34) widział krwawienia bezpośrednio po założeniu *bougie*, a w trzech przypadkach zmuszony był uciec się do tamponady.

U tegoż autora widzimy na 109 przypadków w 25 podniesienie ciepłoty i jak sam AHLFELD utrzymuje, była to gorączka septycznego pochodzenia. Wątpię bardzo, czy powstanie gorączki tej AHLFELD, wyznawca samozakażenia połogowego, przypisuje temu ostatniemu; widoczną bowiem jest rzeczą, że pierwiastek zakaźny dostał się do ustroju chorej wraz z *bougie*, którego wyjałowienie, zarówno jak i wszelkich wyrobów z gumy, jest rzeczą dość trudną [SCHUEMMELBUSCH] (35). Z tej to racji trudno jest zgodzić się z GRAEFFE'm, który zaleca w celu przyspieszenia poronienia wprowadzenie do jamy macicznej sztyfcików z *laminaria digitata*.

Dotychczas nie znamy sposobu wyjałowienia sztyfcików tych, tak samo jak i gąbek prasowanych. W gorącej wodzie i parze pęcznieją one bardzo szybko, a umaczanie ich bezpośrednio przed wprowadzeniem do jamy macicznej w gorącym roztworze sublimatu, jak zaleca RUNGE (36), bynajmniej nie wyjaławia ich; jest to dezynfekcja na prędcę (*Schnelldesinfection*), która najłatwiej zawodzi. Przy jakimkolwiek obrażeniu błony macicznej użycie przedmiotów tych powinno być wręcz przeciwwskazane. Daleko racjonalniejszą jest rzeczą, w celu zabezpieczenia chorej od zakażenia septycznego, nżycie sztyfcików jodoformu [C. BRAUN] (37) ale i tym WEITS, ze względu na nie zawsze wyjałowione ręce aptekarzy, nie bardzo dowierza, tembardziej, że prędkie topnienie tych sztyfcików w jamie macicznej czyni działanie ich niepewnem; poronienia zatem, wywołane przez ROKITANSKY'ego (37) dopiero na 7 dzień po użyciu sztyfcików jodoformowych, były raczej, jak sądzę, wynikiem samego ataku wprowadzenia ich do jamy macicznej, *resp.* uszkodzenia całości ciąży, aniżeli pozostawiania ich w jamie macicznej.

Praktyczne znaczenie pozostałych sposobów, polegających na rozszerzeniu szyjki jamy macicznej, jest przy przyspieszeniu poronienia bardzo ograniczone, znaczenie zaś ich podnosi się, gdy rękoczyny te poprzedzają bezpośrednio radykalne usunięcie z jamy macicznej jej zawartości, jak to widzimy w sposobie RAETHER'a (38).

Przytoczone przez nas sposoby przyspieszenia poronienia spotykamy w podręcznikach położnictwa głównie w dziale wywoływania porodu przedwczesnego, ale, jak widzieliśmy, bywają one stosowane przez wielu akuszerów i do przyspieszenia poronienia. Pomimo bardzo wielu ujemnych stron sposoby te mogą mieć pewną rację bytu w klinikach, które są w stanie zapewnić chorej nieustanną, a znakomitą opiekę; w praktyce prywatnej stosunki są odmienne: przy urozmaiconem zajęciu swem lekarz nie może chorej zapewnić stałej, a należytej opieki, a gdy przy forsownem działaniu sposobów tych radykalna operacja staje się konieczną, jako *indicatio vitalis*, nie może on znaleźć odpowiedniej pomocy, zawsze niezbędnie potrzebnej. To też w praktyce prywatnej, skoro nawet poronienie staje się nieuniknionem, *resp.* gdy ujście wewnętrzne macicy jest już otwartem, a jajo płodowe nieoddzielone znajduje się wysoko w jamie macicznej, mimowoli uciekamy się do środków, które zabezpieczają chorą od groźnego krwotoku i wstrzymują istniejący już [tamponada pochwy]

albo też pobudzają macicę do skurczów, mających na celu oddzielenie i wydalenie jaja płodowego [sporysz]. O tym ostatnim środku zbyt jest coś jeszcze powiedzieć nad to, co nam wiadomo z farmakologii; działanie jego i sposób użycia dobrze każdemu znane są i we wszystkich moich przypadkach najlepiej on prowadził do celu, gdy użyty został wtedy, kiedy poronienia przeciągającego się uniknąć już nie można było. Co się tyczy tamponu, to nie przeczę, że przy traktowaniu poronienia stanowi on środek nieoceniony i słusznym cieszy się uznaniem nawet u zwolenników metody czynnej, ale z tem wszystkim nie można go uważać za *panaceum*, t. j. za środek, nadający się do wszystkich przypadków poronienia.

Okoliczność ta wypływa z działania jego. Przylegając do części pochwowej macicy, tampon wywołuje i podtrzymuje odruchowo, ale w lekkim stopniu skurczowy stan macicy, co, jak wiemy z doświadczenia, wystarcza często do rychłego wstrzymania obfitego krwotoku, ale bynajmniej nie działa na sprawę wydalenia jaja płodowego. Działanie takie konstatować się daje tylko wtedy, gdy tampon zostaje wprowadzony do całej jamy macicznej, co wskazaniem bywa przy traktowaniu pozostałości [resztek jaja płodowego] po poronieniu. Zbawienny zatem wpływ tamponu przy poronieniu wyraża się li tylko w bezkrwawym przebiegu tego ostatniego; ogólnego zaś mniemania, jakoby tampon niezależnie od tego przyspieszał poronienie, w przypadkach swoich stwierdzić w żaden sposób nie mogłem.

Pomijam bezcelowe stosowanie tamponu gwoili wywołania poronienia; bardziej bowiem dla nas pouczające są przypadki, w których po użyciu tamponu ujście maciczne nie tylko pozostaje niezmienionem, ale nawet zamyka się i wraz z ustaniem krwawienia ciąża dalej postępuje [SCHROEDER]. W wielu razach zdarzało nam się zanotować ujemny wynik po często powtarzanej tamponadzie i kilkunasto-godzinnem pozostawianiu tamponu w pochwie, przyczem zawartość jamy macicznej, bez względu na to, czy tę zawartość stanowił płód normalny wraz z łożyskiem, czy zaśniad, czy wreszcie samo łożysko, wydalała się siłami natury, gdy od zaprzestania tamponady upłynęło i kilka nawet tygodni.

W przypadku „*missed abortion*“, obserwowany przezemnie wspólnie z kol. ANDRZEJEWSKIM i ŚMIGIELSKIM, tamponada pochwy zastosowaną została w kilka dni po wystąpieniu cuchnącego krwawienia w 4-ym miesiącu ciąży. Ponieważ chora nie gorączkowała, a ujście nie przepuszczało nawet końca palca, przeto zachowaliśmy się wyczekująco, zaleciwszy spokój, przemywanie pochwy płynem antyseptycznym i tamponadę pochwy gazą jodoformową. Pomimo że wydzielina straciła już po pierwszej dezynfekcji nieprzyjemny zapach, a nieznaczne krwawienie powtarzało się co kilka dni przy zamkniętem ujściu macicznym, tamponowano pochwę przez trzy tygodnie bez skutku i dopiero po 5-iu miesiącach, podczas których chora czuła się zupełnie dobrze, wydalił się literalnie bez kropli krwi zaśniad mięsny, wielkości jaja kurzego, czerwony i wolny od wszelkiego gnicia. Część jego powierzchni wielkości czterech groszy, przylegająca do górnego przyplaszczczenia, była koloru szarawo brunatnego i niespostrzeżenie gubiła się w samym mięszu zaśniadu. Badanie drobnowidzowe odcinka tego wykazało obok silnego rozrostu rozszerzonych

strzępków kosmówki znaczny rozkwit tkanki łącznej, pochodzenia zapewne endochoryalnego. Wielkość zaśniadu i odcinka tego, będącego bez kwestyi zwyrodniałym zarodkiem łożyska, rzucały myśl, że w chwili, gdy chora po raz pierwszy zaczęła krwawić, nie było w macicy ani śladu płodu prawidłowego; warunki zatem do poronienia i to głównie ze strony zwyrodniałego płodu były niezmiernie łatwe, a pomimo to trzytygodniowe tampowanie pochwy pozostawało bez skutku. Ze 116 spostrzeżeń, zebranych przezemnie w czewcu 1890, listopadzie 1891 i lutym 1892, kiedy poronienia miały w Kielcach charakter epidemiczny, przekonałem się, że niezależnie od tego, czy była zastosowana tamponada, czy nie, oddzielanie się jaja płodowego trwało zawsze od 3—5 dni. Można by twierdzeniu memu zaprzeczyć na zasadzie tego, że często po wprowadzeniu tamponu bóle krzyża, a jeszcze więcej bóle nad spojeniem łonowem, wzmagają się, ale to niczego jeszcze nie dowodzi, gdyż również często zdarza się, że po tamponadzie ustają wraz z krwawieniem istniejące już bóle, a po drugie bóle często występują skutkiem ucisku, jaki zbyt duży tampon wywiera na przyległe tkanki. O braku odpowiedniego napięcia skurczów macicy po założeniu tamponu przekonywają nas przypadki pozostawiania łożyska w 4 lub 5 miesiącu ciąży; pomimo nieraz silnych bólów macica pozostaje dość długo podatną przy ucisku przez powłoki brzuszne i próby wydalenia jej zawartości rękoczynem CREDE'go prędzej prowadzą do obfitego krwawienia, niż do celu pożądanego; po przeciągu zaś pewnego czasu [nieraz i kilka dni] niezależnie od tamponady następuje samoistny skurecz macicy, przy którym mięsz narządu tego staje się zupełnie niepodatnym na zewnętrzny ucisk, a na dodatnie działanie sposobu CREDE'go potrzeba zaledwie kilku sekund.

[D. n.].

II. O WTÓRNEM CIERPIENIU JAMY NOSOGARDZIELOWEJ U SUCHOTNIKÓW.

Podał

Zdzisław Dmochowski,

pomocnik prosektora przy Katedrze Anatomii Patologicznej.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 3].

By ostatecznie zakończyć tę kwestyę, muszę przypomnieć o drugim wniosku, wyprowadzonym z protokółów sekcyjnych. Zaznaczyłem tam, że w jamie nosogardzielowej widywałem często zmiany, które miały wszelkie cechy sprawy starej, przewlekłej, pomimo iż w płucach mieliśmy do czynienia ze sprawą ostrą. Na pierwszy rzut oka wydaje się, że jeżeli tak jest, sprawa przedstawia się jasno. Pierwotna gruźlica była w jamie nogo-gardzielowej, potem przerzuciła się na płuca. A jednak można tu postawić bardzo poważne zarzuty. Najprzód w płucach mogły istnieć zmiany stare, bardzo ograniczone, których nie byliśmy w stanie zauważyć wobec maskującej je

sprawy ostrej. Ta więc stara sprawa mogła jeszcze przed obostrzeniem się wtórnie wywołać gruzlicę jamy nosogardzielowej. Mielibyśmy wtedy tu sprawę przewlekłą, w płucach zaś ostrą. Gdybyśmy nawet przypuścili, że ostra sprawa w płucach najprzód się rozpoczęła, a następnie dopiero została zakażoną jamą nosogardzielową, to i przy tej kombinacji wrzody mogą mieć wszystkie cechy wrzodów przewlekłych. Na czem właściwie polega to określenie? By wrzód gruzliczy nazywał się chronicznym, powinien być względnie dużym, głębokim, drążącym w tkankę, z nierównem dnem, grubymi wałowatymi brzegami. Lecz jeżeli zwrócimy uwagę na grunt, na którym się one rozwijają, to łatwo zrozumiemy, że mogą one tu tak wyglądać nawet po bardzo krótkim czasie swego istnienia. Tkanka limfatyczna jest bardzo delikatną, soczystą, łatwo więc wrzód w niej drążyć będzie. I ten więc dowód nie przemawia za pierwotnością sprawy w jamie nosogardzielowej. Na poparcie jednak postawionego wyżej przypuszczenia, w paru słowach przytoczę tu przypadek już wyżej opisany, który byłby przekonywającym, gdyby był kompletnym. Przed paru laty zostały mi przysłane przez kol. WRÓBLEWSKIEGO wyrosłe adenoidalne do zbadania. Operowanym był chłopiec lat 13, anemiczny, słabo rozwinięty, mało zdolny, dziedziczną gruzlicą nieobarczony. Przy badaniu drobnowidzowem znalazłem na powierzchni drobne owrzodzenia, w samym zaś mięszu typowe gruzełki, takie właśnie, jakie rozwijają się najczęściej w tkankach limfatycznych z pasem nacieczenia, komórkami nabłonkowatemi, olbrzymiami, a pośrodku z serowatym rozpadem. Nie znalazłem jednak, pomimo najściślejszych badań, laseczników gruzliczych. Pomimo że obrazy drobnowidzowe przemawiały w zupełności za sprawą gruzliczą, uważać jednak za pewny przypadku tego nie mogę, gdyż podług dzisiejszych pojęć brakuje nam jednego z najważniejszych dowodów. Chłopca tego miałem przez dwa lata pod obserwacją. Żadnych zmian w płucach wykryć nigdy nie mogłem. Chłopiec rozwinął się, wzmocnił i do ostatnich czasów czuje się zupełnie dobrze.

Zestawiając wszystko, cośmy w tej kwestyi powiedzieli, musimy dojść do wniosku, że chociaż mamy pewne dane, przemawiające za możliwością pierwotnego zajęcia jamy nosogardzielowej, dotychczas nie są one jednak wystarczającami. Potrzebną jest większa ilość obserwacyi i badań. Nasuwa mi się przytem jedna myśl, której jednak, wobec technicznych trudności, bronić nie będę. Wiemy, jakie nieraz trudności spotykamy przy rozpoznaniu ostrej prosówki, jak często sprawę tę biorą lekarze za tyfus. Wobec jednak tak często towarzyszącego ostrej prosówce zajęcia jamy nosogardzielowej, czy nie udałoby się w podejrzanych przypadkach przeprowadzić badania tej okolicy lusterkiem. Kto wie, może by to pomogło nie raz do postawienia dyagnozy, a szczególnie prognozy, w każdym razie przyczyniłoby się do zbadania sprawy, przed chwilą opisaną.

Trzeci wniosek, jaki mogliśmy wyprowadzić z zestawienia protokółów, był ten, że gruzlicę jamy nosogardzielowej widywaliśmy przeważnie u ludzi młodych, dobrze odżywianych i rozwiniętych. Nie sędzę jednak, by ten stan chorych dał się postawić w jakimkolwiek związku z cierpieniem jamy noso-

gardzielowej. Prędzej stawiałabym go w związku z samą gruźlicą ostrą, gdyż, jak wiadomo, chorobie tej najczęściej podlegają takie osobniki.

Przechodząc nareszcie do opisu samej sprawy patologicznej, zaznaczyć muszę, że nie tu nowego wykryć się nie daje. Wrzody gruźlicze najczęściej lokalizują się na przejściu stropu w tylną ścianę gardzieli, dalej na samym stropie, na *tonsilla tubaria* i nareszcie w *fossa Resenmülleri*. W innych miejscach spotykamy je jedynie jako dalszy ciąg wrzodów tn rozpoczętych. Drobnowidzowo zwykle nie różnią się one od wrzodów, widywanych na błonach śluzowych i innych organów. Zwykle są one dość głębokie, z grubymi wałowatymi brzegami, szarem, nierównym dnem. Niekiedy jednak spotykamy pewną odmianę, mianowicie we wrzodach względnie głębokich. Dno ich bywa czasem nierównym, jakby pokryte włoskami, co szczególnie dobrze widać przy polewaniu wodą. Sądzę, że jest to następstwem szybkiego rozpadu tkanki adenoidalnej, przyczem tkanka łączna, stanowiąca podścielisko i poniekąd podporę tkanki limfatycznej, zachowuje się nieco odporniej. W następstwie, rozumie się, i ona podlega rozpadowi serowatemu. Pomiędzy owrzodzeniami tkanka limfatyczna bywa stale nieco zgrubiałą i twardą. Na przekroju takiego miejsca niezmiernie trudno gołym okiem rozpoznać, czy jest ono zajęte gruźlicą, czy też nie. Guziki limfatyczne, szczególnie po stwardzeniu preparatu, tak symulują gruzelki, że nie jesteśmy w stanie powiedzieć, z czym mamy do czynienia, chyba że w samym mięszu spotykamy jamę, wypełnioną masami serowatymi. Lecz i z tem należy być nieco ostrożnym, gdyż może to być zarosła krypta, rozszerzona przez nagromadzone produkty zapalenia niezbytowego. W tym razie zebrane w krypcie produkty zapalenia, wraz ze złuszczonego nabłonkiem, często zmieniają się także w masę serowatą, zupełnie podobną do zserowaciałego gruzelka, po zbadaniu zaś drobnowidzem okazuje się, że ta masa leży w jamie, wysłanej nabłonkiem. Podobny przypadek opisałem w pracy mej o wyroślach adenoidalnych.

Gdy laseczники gruźlicze raz zdołają się osiedlić na powierzchni lub w kryptach tkanki limfatycznej, natychmiast występuje cały szereg zmian, i to zarówno w wyściełającym krypty nabłonku, jakoteż w tkankach podnabłonkowych. Zwykle zmiany ukazują się w porządku następującym: najpierw widać je w nabłonku, a następnie w tkance podnabłonkowej, i to w ten sposób, że najpierw podlega gruźliczemu zapaleniu tkanka, leżąca bezpośrednio pod nabłonkiem, następnie w folikulach limfatycznych, na miejscu ich zatok, i dalej w tkance łącznej, leżącej pomiędzy folikulami na drogach naczyń limfatycznych. Rzadziej można zauważyć zmiany gruźlicze w tkankach podnabłonkowych, bez wydatniejszych zmian w samym nabłonku.

Nabłonek nie zachowuje się zupełnie biernie względem zakażenia. Dowody jednak mnożenia się komórek w postaci karyokinetycznych figur udawało mi się widzieć bardzo rzadko. Częściej nierównie komórki te mętnieją, jądra ich źle się barwią i oddzielają się od ogólnej warstwy. Zwykle jednocześnie ze zmianami, występującymi w pojedynczych komórkach, cały nabłonek ulega znacznemu nacieczeniu przez ciała limfatyczne, bądź to równomiernie rozsiane, bądź też grupujące się w pasy prostopadłe do ściany krypt, lub na-

reszcie tworzące oddzielnie ogniska; tkanka, leżąca pod nabłonkiem, jest również silnie nacieczoną,

Jeżeli nabłonek w sposób wyżej podany zupełnie się odłuszczy, to powstaje rodzaj powierzchownego owrzodzenia, którego dno stanowi mocno nacieczona tkanka łączna podnabłonkowa; w tej ostatniej nie spotykamy ani komórek nabłonkowych, ani olbrzymich, ani mas serowatych, a jednak zawiera ona laseczniczki gruzlicze.

Chcąc od razu skończyć z nabłonkiem, opiszę jeszcze zmiany, którym ulega on przy innym szerzeniu się sprawy gruzliczej.

Przed chwilą opisałem zmiany, dostrzegane w nabłonku wtedy, kiedy gruzlica rozpoczyna się od powierzchni; lecz możliwem jest jeszcze, że sprawa dochodzi do nabłonka z wewnątrz, t. j. od tkanki gruczołowej. Dzieje się to wtedy, kiedy gruzełek rozwija się pod nabłonkiem i, rozszerzając się, dociera do niego. I wówczas zmiany progresywnego charakteru spotykamy w komórkach nabłonkowych rzadko. Najczęściej nabłonek, leżący nad gruzelkiem, ulega najprzód silnemu nacieczeniu komórkami podobnymi do limfatycznych. Komórki nabłonkowe zostają rozsunięte i uciśnięte. Początkowo wszystkie komórki nabłonkowe barwią się bardzo dobrze, następnie pęczniają, jądro ich barwi się coraz gorzej, a związek ich z leżącą pod spodem tkanką gruczołową staje się coraz słabszym. Nakoniec, nabłonek w całej masie oddziela się. Jeżeli jednocześnie niedaleko od siebie rozwija się kilka gruzelków, wtedy nabłonek oddziela się na większej przestrzeni. W innych znów razach nabłonek oddziela się stopniowo w postaci pojedynczych komórek. W ten lub inny sposób jednak zawsze powstają powierzchowne owrzodzenia. Gdy tylko nacieczenie nabłonka komórkami limfatycznymi dojdzie do znaczniejszego stopnia, pomiędzy jego komórkami spotykamy laseczniczki.

Przystępując teraz do opisu grzylicy w samej tkance gruczołowej, czuję się w obowiązku zaznaczyć, że objawia się ona w dwóch postaciach. Pierwszą postać można rozpoznać dopiero przy stosowaniu barwienia na laseczniczki. Tkanka jest w stanie zwyczajnego zapalenia, niczem nie różniącego się od każdego innego: dopiero laseczniczki wskazują nam na jego swoisty charakter. Laseczników bywa ogromna ilość; rozsiane są one wszędzie równomiernie; komórek nabłonkowatych i olbrzymich nie spotykamy. Budowa gruczołu zostaje zatartą. Postać ta, o ile się zdaje, samodzielnie nie występuje, a jedynie towarzyszy leżącym gdzieś w sąsiedztwie gruzelkom.

Druga postać zapalenia grzylczego wyraża się anatomicznie wytworzeniem gruzelków. Co się tyczy tych ostatnich, to może w żadnej innej tkance nie będziemy mogli spotkać tak charakterystycznej ich budowy, zgadzającej się z pierwowzorem, opisanym przez BAUMGARTEN'a. Lecz zanim je opiszę, chciałbym kilka słów powiedzieć o ich umiejscowieniu się i szerzeniu.

Jeżeli sprawa grzylcza nie jest bardzo rozwiniętą, to zwykle spotykamy gruzelki, rozmieszczone mniej więcej w ten sposób, jak same folikuly, tylko powierzchowniej, pod samym nabłonkiem. Skrawek zabarwiony robi drobnowidzowo wrażenie prawidłowej budowy. Pod samą powierzchnią widzimy małe jaśniejsze punkciki, dosyć prawidłowo leżące, które możemy przy-

jąc za folikuly. Jeżeli sprawa jest bardziej rozwinięta, to nie widzimy tej prawidłowości w układzie gruzełków; są one w znacznej ilości rozrzucone po tkance folikulów i w największej liczbie przypadków nie wychodzą po za ich granicę. Najpierwsze wszakże z takich gruzełków rozwijają się na miejscu zatok limfatycznych. Gruzełki te, leżąc blisko jedne drugich, zlewają się i tworzą obszerne ogniska. Kiedy sprawa chorobowa jest bardzo rozwinięta; kiedy w tkance limfatycznej spotykamy ogromne zniszczenia; kiedy w każdym pojedynczym gruzełku znajdujemy rozpad serowaty; dopiero wtedy znajdują się gruzełki w tkance łącznej, leżącej pomiędzy rzędami folikulów. Gruzełki te rzadko jednak mają typową budowę; są to raczej kolonie laseczników pośród drobnokomórkowego nacieczenia tkanki. Laseczników często bywa takie mnóstwo, że zakrywają zupełnie szczegóły budowy tkanki, w której się znajdują. Miejsca te gołemu oku przedstawiają się na preparacie w postaci czerwonych plam. Pod drobnowidzem rozróżniamy jeden lasecznik obok drugiego, tak, że otrzymujemy wrażenie czystej hodowli.

Początkowo obrazy anatomicznego rozwoju gruzełka przedstawiają się dosyć rozmaicie. Widziałem np. takie miejsca, w których gruzełek składał się tylko z kilku komórek nabłonkowatych, w których i pomiędzy którymi leżały laseczniki. Niezawodnie, trudno stanowczo utrzymywać, że jest to formujący się gruzełek, ponieważ możliwem jest, że skrawek wziętym był z obwodowej części gruzełka już wytworzonego; przypuszczenie to jest jednak bardzo prawdopodobnem. W innych miejscach pośród rozrostej tkanki gruczołowej znajdowałem tylko komórkę olbrzymią; nakoniec jeszcze w innych początek gruzełka przedstawia się pod postacią prostego ograniczonego drobnokomórkowego nacieczenia z lasecznikami pośrodku.

Gruzełek już sformowany bardzo łatwo rozpoznać nawet przy małym powiększeniu, z samego tylko zabarwienia. Podbarwiając po fuksynie wodnym roztworem błękitu metylowego, widzimy bardzo wyraźnie, że gruzełki barwią się słabo, a dopiero naokoło nich tkanka jest mocniej zabarwioną. Nie jest to bynajmniej własnością sprawy gruczliczej. To słabe zabarwienie zależy jedynie od wielkości komórek nabłonkowatych, a przez to samo od mniejszego skupienia się jąder. W przeważnej liczbie przypadków laseczników w komórkach olbrzymich nie spotykałem, lecz w niektórych była ich wielka ilość.

Jak wiemy, pomiędzy wyrostkami komórek olbrzymich leżą komórki nabłonkowate. Są one zwykle okrągłe lub owalne, spotykamy się jednak często z kształtami zupełnie nieprawidłowymi. Zauważyć można, że czasem komórki nabłonkowate wszystkich gruzełków w jednym przypadku mają jednostajną formę, t. j. bywają albo tylko okrągłe, albo owalne, albo nieprawidłowej formy. Rozumie się, że mowa tu tylko o znacznej większości. Jądra komórek nabłonkowatych są duże i barwią się słabo. Pomimo bardzo starannych poszukiwań, nie znalazłem pomiędzy niemi ani razu figur karyokinetycznych.

Naokoło komórek nabłonkowatych widzimy pas silnego drobnokomórkowego nacieczenia. W folikulach nie zawsze pas ten daje się wyraż-

nie odróżnić, gdyż zlewa się, popierwsze, z nacieczeniem sąsiednich gruzelków, a powtórę z przyległą doń tkanką samych folikulów, przez co powstaje obraz rozlany.

Naczynia krwionośne w zajętej tkance widzimy w wielkiej ilości i przeważnie ze znacznie zgrubiałemi ściankami.

Owrodzenia zatem mogą powstawać w sposób dwojaki: raz skutkiem stopniowego niszczenia nabłonka przez laseczniki, a powtórę wskutek serowatego rozpadu gruzelków, leżących w tkance gruczołowej i dopiero następczego zniszczenia nabłonka. O owrodzeniach pierwszego typu mówiłem już wyżej; są one zwykle powierzchowne, i na ich dnie nie spotykamy produktów serowatego rozpadu, ani komórek nabłonkowatych, ani olbrzymich; składają się one jedynie z nacieczonej tkanki gruczołowej, w której znajdują się laseczniki w wielkiej ilości. Owrodzenia drugiego typu powstały z gruzelków, które uległy zsercowaniu. Sprawa odbywa się tu podług ogólnych prawideł. Owrodzenia takie są głębokie, dno ich pokryte jest serowatemi masami i składa się z komórek nabłonkowatych, pomiędzy którymi widzimy mniejszą lub większą ilość komórek olbrzymich.

Oto w najkrótszych zarysach obrazu i zmiany, jakie widzimy przy grzylcy jamy nosogardzielowej. Sądzę, że na podstawie tych badań możemy dojść do następujących wniosków.

1) Wtórne grzylcicze zapalenie błony śluzowej jamy noso-gardzielowej występuje u suchotników bardzo często, gdyż na sekowanych 64 trupach znalazłem je 21 razy.

2) Szczególniej daje się ono często spostrzegać przy tak zwanej *tuberculosis miliaris acuta*.

3) Laseczniki grzylcicze, dostawszy się do jamy nosogardzielowej, wywołują zmiany najprzód powierzchowne, a potem coraz głębsze. Zmiany początkowe objawiają się w nabłonku i tkance leżącej bezpośrednio pod nabłonkiem. Dalsze zmiany występują najpierw w zatokach limfatycznych, a potem w postaci gruzelków rozsianych po całej tkance limfatycznej.

4) Na błonie śluzowej jamy nosogardzielowej zapalenia grzylcicze stale prowadzą do owrodzeń.

5) Posiadamy najwięcej danych, przemawiających za tem, że cierpienie to jest sprawą wtórną, lecz istnieją niektóre wskazówki, przemawiające za możliwością sprawy pierwotnej.

L I T E R A T U R A.

- 1) LUC. Arch. de laryngologie. Nr. 1. Févr. 1889. — 2) SCHNITZLER. Wiener medicinische Wochenschrift. Nr. 12. 1891. — 3) SANTORINI. Septemdecim tabulae. Parma. 1775. p. 59. — 4) TOR-
TUAL TH. Untersuchungen über den Bau des menschlichen Schlundes und Kehlkopfes mit vergleichend-anatomischen Bemerkungen. Leipzig. 1846. — 5) ARNOLD. Handbuch der Anatomie des Menschen. Freiburg in Breigau. 1847. — 6) LACANCHIÉ. Traité d'hydrotomie ou des injections d'eau continues dans les recherches anatomiques. Paris. 1853. — 7) KÖLLIKER. Handbuch der Gewebelehre. 1867. — 8) LUSCHKA. Der Schlundkopf des Menschen. 1868. — 9) KILLIAN. Ueber die Bursa

und Tonsilla pharyngea. Eine entwickelungsgeschichtliche und vergleichend-anatomische Studie. Leipzig, 1888. — 10) TORTUAL. L. c. — 11) Tych prac w oryginale nie znalazłem; cytowane są u BALMA. De l'hypertrophie des amygdales. Paris, 1888. — 12) DMOCHOWSKI. Wyrośle adenoidalne w jamie noso-gardzielowej. Pamiętnik Tow. Lekarsk. T. 89. 1893.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOSIŃSKIEGO W WARSZAWIE.

III. O ROPNIACH PODPRZEPONOWYCH

(*abscessus subphrenicus*).

Podał

Franciszek Kijewski,

ordynator kliniki chirurgicznej.

— — — — —

[Ciąg dalszy, — Patrz Nr. 3].

Spostrzeżenie VI. *Abscessus subphrenicus dexter*.

Jan U., wieku lat 46, obywatel ziemski, przybył do oddzielnych pokoi w szpitalu Św. Ducha 1 marca 1891 r.. Chory oddawna uskarżał się na wypływy krwi z kiszki stolcowej, które w kwietniu 1890 r. doszły do znacznych rozmiarów i powtarzały się przy każdym stolcu.

W lipcu 1890 r. wystąpiło nader silne rozwolnienie, trwające do chwili obecnej. Od listopada chory uczuwa ból w okolicy wątroby, w prawem podżebrzu i w dolnej części klatki piersiowej; od tyłu niemal do IX żebra; jednocześnie z tym bólem wystąpiła gorączka z napadami dreszczy.

Miejscowi lekarze podejrzewali ropień wątroby i w celu operacji wyprawili chorego do Warszawy. Przy badaniu znaleziono całą okolicę wątroby i okolicę lędźwiową z prawej strony bolesne przy ucisku; szczególnie jaskrawo ból występuje w dolnej części klatki piersiowej z boku, w okolicy IX i X żebra. Brzuch wzdęty. Wątroba ma wyraźnie granice obniżone, bolesna przy obmacywaniu.

Przy opukiwaniu klatki piersiowej otrzymujemy stłumienie na linii sutkowej na V żebrze, na linii pachowej na VI, a w pobliżu kręgosłupa na IX żebrze. Na miejscu stłumienia oddechu nie słychać; powyżej wyraźny szmer oddechowy pęcherzykowy. Przy starannem wymacywaniu wyczuć się dawał rodzaj chęłbotania w IX międzyżebrzu; przekłucie próbne, dokonane w tem miejscu, wykazało obecność ropy pomieszanej ze krwią; ropa nie miała zapachu.

Chory dotąd ma zaburzenia przewodu pokarmowego: język mocno obłożony, stolce częste [10—20 na dobę], wodniste z przymieszką krwi. Stan gorączkowy — 38,7° C..

14. III. 1891. Prof. Kosiński przystąpił do operacji, pod chloroformem wykonał resekcyę IX i X żebra na linii pachowej prawej, otworzył opłucną, jednak w niej wysięku nie znalazł. Przepona wypukłona mocno ku górze, przecięto ją i wypuszczono z ogniska podprzeponowego około 500 grm. ropy, pomieszanej ze krwią. Do jamy wprowadzono sączki.

Przebieg pooperacyjny bardzo zły. Wkrótce po operacyi wystąpiły nader silne bóle z prawej strony w klatce piersiowej; trudność oddechania i osłabienie niezmiernie. Ropnie w jamie opłucnej. Ciepłota 38,5°, *dyspnœe*, *cyanosis*, *pulsus filiformis*. Śmierć 6-go dnia po operacyi.

Badanie zwłok wykazało zapalenie ropne prawej opłucnej, ropień podprzeponowy pomiędzy prawym płatem wątroby, przeponą i *lig. suspensorium*, przewlekły nieżyt kiszek wraz z owrzodzeniami niewielkimi, płaskimi, zwłaszcza w kiszce ślepej i wstępującej. W tym przypadku ropień podprzeponowy powstał skutkiem cierpienia przewodu pokarmowego, prawdopodobnie dysenteryi. Bolesność w prawym boku i gorączka wystąpiły po trzech miesiącach rozstroju narządów trawienia; wtedy już zaczął tworzyć się ropień, z którym chory nosił się w ciągu 4 miesięcy. Objawy nie były zbyt wybitne, jednak przed operacją przypuszczano, że omawiane cierpienie jest ropniem podprzeponowym.

Jeżeli zastanowimy się bliżej nad przytoczonymi powyżej przypadkami, to przekonamy się, że wszystkie one dotyczą ropni podprzeponowych z prawej strony, t. j. zajmują przestrzeń pomiędzy przeponą i wątrobą; 5 z nich rozwinęło się wewnątrz otrzewnej, a jeden ropień był kombinowany wewnątrzotrzewnowy z zewnątrzotrzewnowym.

Zawartość w naszych ropniach była bądź czysto ropna, bądź ropa pomieszana z krwią, żółcią, resztkami ścianek bąblowca; w 2 przypadkach mieliśmy do czynienia z ropniami powietrznymi.

Jako przyczyny, powodujące powstanie omawianych ropni, w tych przypadkach wykazać można: raz jeden uraz — pobicie, 1 — ropień wątroby przy zapaleniu płuc prawostronnem, 1 — bąblowiec wątroby zropiał, 2 razy zaburzenia przewodu pokarmowego — ewentualnie dysenterję i 1 raz zapalenie wyrostka robaczkowego.

Z pomiędzy przyczyn wywołujących, oprócz tu wymienionych, wyliczyć należy jeszcze: owrzodzenia żołądka i dwunastnicy, powodujące przedziurawienia, raki niszczące ściany żołądka i przełyku, kamienie żółciowe, ropnie śledziony, *paranephritis*, jamy gruźlicze, a nawet *endometritis purulenta*, jak to w 3 spostrzeżeniach przytacza NOWACK.

Dodać tu jeszcze muszę powstawanie ropni podprzeponowych skutkiem zropienia wynaczynień krwawych po urazie, jak to miało miejsce w spostrzeżeniach SAENGER'a i MAYDL'a, przy próchnieniu żeber [MAYDL], oraz po przebyciu ciężkich cierpień. Również ropne zapalenie opłucnej lub osierdzia oraz ropnie śródpiersia mogą powodować tworzenie się ropni podprzeponowych.

Z całej dostępnej mi kazuistyki wypada, że największy procent ropni powstaje skutkiem przedziurawienia żołądka i dwunastnicy, spowodowanego przez owrzodzenia; drugie miejsce pod tym względem zajmują bąblowce i zapalenie wyrostka robaczkowego; w szeregu tych przyczyn niezmiernie mały udział przypada na dysenterję. W niektórych przypadkach ani wywiady, ani

badanie nie pozwalają nam wnioskować o przyczynie wywołującej; przypadki te mają etiologię ciemną.

Najbliższą i najłatwiejszą łączność ogniska ropne podprzeponowe mają z pozostałą częścią jamy otrzewnej [mowa tu o wewnątrzotrzewnowych], jednak tak ze spostrzeżeń innych badaczy jak i moich wypada, że jama ta trzyma się dosyć odpornie, że jest dostatecznie zabezpieczona, gdyż zwykle, za pomocą silnych zrostów z narządami otaczającymi, ogniska te są ściśle ograniczone. Nie można przeczyć, aby sprawa ropna nie mogła się rozszerzyć na całą otrzewną i wywołać ropne zapalenie tej ostatniej; spostrzeżenia takie są znane, ale powikłania te stosunkowo występują rzadko. Zdarza się również, że zapalenie otrzewnej rozlane poprzedza rozwój ropnia podprzeponowego, który jest wtedy następstwem owego zapalenia, jak to mieliśmy w jednym z naszych spostrzeżeń, w którym po urazie wystąpiły objawy *peritonitidis diffusae*.

Częściej daleko spotykamy przy ropniach podprzeponowych zajęcie opłucnej; znajdujemy tu niekiedy zrosty pomiędzy obydwoma listkami opłucnej, przyrośnięcie płuca do opłucnej, pokrywającej przeponę brzuszną, niekiedy wysięk surowiczy w jamie opłucnej, a w znacznej ilości przypadków i ropny. Należy tu ściśle odróżniać zmiany w opłucnej, wywołane przez operacje, od zmian, spowodowanych szerzeniem się samej sprawy.

W naszych spostrzeżeniach raz jeden mieliśmy do czynienia z wysiękiem surowiczo-ropnym, stwierdzonym przed operacją, w 2 innych *pyopneumothorax*, spowodowany skutkiem zabiegów operacyjnych; w jednym z tych ostatnich — wysięk surowiczo-ropny w lewej opłucnej.

Niekiedy następuje przedziurawienie przepony brzusznej i tą drogą przedostanie się ropy do jamy opłucnej; a niekiedy przepona pozostaje całą, a pomimo to występuje zajęcie opłucnej. Owo przedziurawienie przepony zdarzać się może dosyć często, niemal stanowi 28%.

W dalszym ciągu trwania choroby, oprócz zajęcia opłucnej, sprawa może się szerzyć i na płuca. Powstają zrosty płuca z przeponą, przedziurawienie przepony, zniszczenie na pewnej przestrzeni płuca i opróżnienie ogniska ropnego przez oskrzela. Tą drogą z czystego ropnia podprzeponowego — *pyothorax subphrenicus* — powstaje otok ropno-powietrzny podprzeponowy — *pyopneumothorax subphrenicus*. Niekiedy zaś wprost przy zapaleniu ropnem opłucnej następuje zniszczenie części płuca i wytwarza się łączność oskrzela z jamą podprzeponową: mamy wtedy *pyopneumothorax verus* i *pyopneumothorax subphrenicus*.

Do rzadkich powikłań należy szerzenie się sprawy na osierdzie i wywołanie ropnego zapalenia osierdza. Przypadek taki podaje Nowack: wrzodziejący rak żołądka spowodował przedziurawienie ścian jego, skutkiem czego powstał ropień podprzeponowy nad lewym płatem wątroby, następnie przedziurawienie osierdza i ropne zapalenie tegoż.

Również może powstać połączenie się ropnia z kiszka i przedziurawienie jej. Możemy niekiedy otrzymać nader zawiłą łączność rozma-

tych jam i narządów ze sobą. VANLAIR ¹⁾ podaje naprzykład spostrzeżenie ropnia podprzeponowego powietrznego, w którym było przedziurawienie poprzecznicy (*colon transversum*), przedziurawienie przepony brzusznej i płuc. Do jamy ropnia podprzeponowego dostawało się powietrze z oskrzeli przez jamę opłucną, a jednocześnie przechodziły gazy z kiszki, czyli oskrzela miały łączność z kiszkami.

Z pomiędzy naszych spostrzeżeń w jednym znajdujemy znaczne zniszczenia, spowodowane skutkiem przedziurawienia wyrostka robaczkowego. Z jednej strony mieliśmy *pyopneumothorax subphrenicus retroperitonealis et intraperitonealis*, oraz zniszczenie tylnej ściany jamy brzusznej (*m. ileo-psoas* i *quadratus lumborum*), z drugiej zaś, skutkiem zrostów *mesocolon flexurae sigmoideae* z ogniskiem ropnem, rozszerzenie się sprawy na *mesorectum*, wytworzenie się ropnia i przetoki w okolicy odbytu.

Takie zbiorniki ropy pod przeponą, przez wessanie się produktów rozpadu—ptomain, toksyn i t. p., wywołują powolne wyniszczenie ustroju, zejście zaś śmiertelne warunkowane zwykle bywa przez szerzenie się sprawy ropnej na części otaczające; zanim jednak do tego dojdzie, zazwyczaj upływa dosyć długi okres czasu; stąd też ropnie podprzeponowe w większości przypadków należą do rzędu cierpień przewlekłych. Godną uwagi jest ta okoliczność, że chorzy mogą pozostawać z takimi ogniskami ropnemi całe miesiące, i niekiedy nie wywierają one niszczącego działania na części otaczające. W naszych spostrzeżeniach, naprzykład w przypadkach IV i VI, ropień utworzył się na 5 miesięcy przed operacją i nie doprowadził ani do zapalenia opłucnej, ani też do rozlanego zapalenia otrzewnej.

W innych znów razach niekiedy cierpienie występuje niezmiernie gwałtownie, w szybkim nader czasie zwala z nóg chorego i olbrzymimi krokami spieszy do zejścia smutnego. Ów gwałtowny przebieg zależy od przyczyny wywołującej, na przykład od pęknięcia kiszki skutkiem urazu. Jeżeli przed powstaniem ropnia podprzeponowego mamy do czynienia z rozlanym zapaleniem otrzewnej, to przebieg może być nader ciężki i może zakończyć się szybko śmiercią. W pierwszym spostrzeżeniu, podanem przezemnie, po urazie wystąpiło rozlane zapalenie otrzewnej, a po upływie 2-ch tygodni stwierdzono znacznych rozmiarów otok ropno-powietrzny z prawej strony, w 4 zaś tygodnie nastąpiła śmierć.

Ropnie podprzeponowe spotykamy w rozmaitym wieku życia chorych: wydarzyć się one mogą u dzieci, młodzieży dorastającej, u ludzi dojrzałych i starców. MELTZER spostrzegał ropień poprzeponowy u 26-miesięcznego dziecka, VANLAIR opisuje przypadek otoku ropno-powietrznego, podprzeponowego u dziecka 6-letniego. SAENGER opisuje sprawę podobną u 15-letniej dziewczynki.

¹⁾ VANLAIR. L. c.

LEYDEN znów u starca 70-letniego i t. p.. Największa jednak odsetka przypada na wiek pomiędzy 20—40 rokiem życia.

Nie będę się tu zatrzymywał nad objaśnieniem sposobów powstawania ropni podprzeponowych, wytlómaczeniem obecności gazów, lub wyszukiwaniem najróżnorodniejszych powikłań, które wydarzyć się mogą w przebiegu; rozwiązanie tych kwestyi, aczkolwiek niezmiernie ciekawe, wymaga jednak, oprócz dostępnej kazuistyki innych, znacznie więcej własnego materiału, aniżeli ja nim w chwili obecnej rozporządzam. Idzie mi tu tylko o przedstawienie treściwego obrazu zmian anatomo-patologicznych, objawów i leczenia. Przechodzę zatem wprost do tych cech, na zasadzie których przy łóżku chorego rozpoznać możemy cierpienie, co w większości przypadków przy ropniach podprzeponowych nie jest wcale rzeczą łatwą.

O bja w y cierpienia tego zależą od okresu, w jakim widzimy chorego, od tego, czy mamy do czynienia wyłącznie z ogniskiem ropnem lub ropnopowietrznem podprzeponowem, czy też już wystąpiły powikłania ze strony opłucnej, płuc, otrzewnej i t. p.. Naturalnie, że rozpoznanie łatwiejszem jest, jeżeli sprawa nie jest powikłaną. LEYDEN wszystkie znane mu objawy ugrupował w 8 punktów, późniejsi jednak badacze dodali do nich jeszcze pewną grupę cech, spotykanych przy tego rodzaju ropniach.

Wiemy, że ropnie podprzeponowe występują jako cierpienia wtórne; z tego też względu należy niezmiernie drobiazgowo i starannie zbierać wywiady, których rozumne rozpatrzenie często naprowadzić nas może na drogę do rozpoznania choroby. Do wywiadów, zebranych od chorego lub jego otoczenia, w tych przypadkach przywiązuję wielką wagę.

Zwykle przy cierpieniach przewodu pokarmowego, wątroby, płuc, a nawet po urazie brzucha i t. p. występują bóle gwałtowne w okolicy wątroby lub śledziony, wraz z dreszczami i podniesieniem ciepłoty. Początek cierpienia zatem objawia się w sposób nagły. Niekiedy mamy najpierw wyraźne cechy rozlanego zapalenia otrzewnej, które po pewnym czasie uspokaja się, a pozostaje tylko bolesność w okolicy wątroby i prawego lub lewego podżebrza, stosownie do tego, w jakim miejscu rozwija się ropień podprzeponowy. Początkowo chory uskarża się tylko na bolesność w oznaczonej okolicy i gorączkuje; zwolna jednak występuje w tem miejscu obrzmienie, które chory sam nieraz stwierdza. Stan taki trwać może dosyć długo, co wpływa na wyczerpanie sił chorego; bolesność jednak i obrzmienie stopniowo się powiększają, gorączka niekiedy zupełnie ustępuje, a niekiedy ponawia się z napadami dreszczy, przyłącza się trudność oddechania, niemożność leżenia na bokach, a tylko na wznak, odbijanie częste i bolesne, niekiedy wymioty; przy ruchach siadania i przewracania się chorzy utrzymują sztywność, „jak gdyby brzuch i klatka piersiowa były z jednej niepodatnej sztuki“ [MATLAKOWSKI].

Bóle, według spostrzeżeń SENATOR'a ¹⁾, występują w *epigastrium* i w pod-

¹⁾ SENATOR. Ueber Pleuritis im Gefolge von Unterleibsaffectionen, namentlich von subphrenischen Abscessen. Charité-Annalen. 1884.

żebrzu, szerzą się ku grzbietowi pomiędzy łopatki. Oprócz owych bólów, SENATOR uważa przy ropniach podprzeponowych za cechy patognomoniczne: bolesność i sztywność grzbietu, odbijanie bolesne, położenie chorego na grzbiecie i obrzęk odpowiedniego boku.

Wszystkie przytoczone tu objawy upoważniają nas do podejrzenia, że mamy do czynienia z ropniem podprzeponowym. Badanie chorego powinno dostarczyć nam przekonywających dowodów, na zasadzie których moglibyśmy się utwierdzić w naszym podejrzeniu.

Znajdujemy tedy u takich chorych całą okolicę cierpiącą i podżebrze odpowiednie obrzmiałe i cokolwiek wypukłone, co w porównaniu ze stroną zdrową mniej lub więcej się zaznacza, zależnie od ilości zebranego wysięku. Owego wypuklenia i rozszerzenia klatki piersiowej, jakie spotykamy przy zapaleniu opłucnej, tu nie znajdujemy; międzyżebrza nie są wyrównane. Jeżeli ilość ropy jest niewielka, to klatka piersiowa nie przedstawia żadnych zgoła dostrzegalnych dla oka zmian. Okoliczność tę przytaczają jako cechę rozpoznawczą, spostrzegałem jednak przy większem nagromadzeniu wysięku, że dolna część klatki piersiowej jest zmieniona, cały łuk żebrowy cokolwiek uniesiony ku górze, jak gdyby rozdęty; jama brzuszna poniżej łuku żebrowego jeszcze bardziej wypukłona, co razem czyni wrażenie przeciętej na pół beczki, której górna część odpowiada ostatnim żebróm.

Ponieważ najczęściej spotykamy się z ropniami podprzeponowymi z prawej strony, przeto zwracam szczególniejszą uwagę na tę okolicę. Wątroba znacznie opuszczona ku dołowi; w większości przypadków przedni brzeg jej znajduje się na wysokości linii pępkowej i można go z łatwością wymacać przez powłoki brzuszne; niekiedy, oprócz tego, wątroba przesunięta bywa znacznie na wewnątrz, za środkową linię brzucha. Pod łukiem żebrowym przy większych wysiękach wyczuć można wyraźne chęłbotanie.

Opukiwanie klatki piersiowej daje nam niezmiernie ważne dane. Na przedniej ścianie otrzymujemy stłumienie bardzo wysoko, na linii sutkowej dosięga ono IV żebra, a niekiedy i wyżej; posuwając się na zewnątrz na bocznej ścianie klatki piersiowej, granica stłumienia opuszcza się cokolwiek ku dołowi, a jeszcze więcej się obniża przy kręgosłupie. Tym sposobem górna granica stłumienia kreśli nam linię krzywą w kształcie półksiężyca lub łuku, wypukłą stroną zwróconego ku górze; najwyższy punkt owego wypuklenia wypada na przedniej ścianie w pobliżu linii przymostkowej, a najniższy w bliskości kręgosłupa. Granica ta stłumienia jest niezmiernie charakterystyczną dla wysięków, zbierających się pod przeponą; zachowuje się ona wręcz przeciwnie, niż przy wysiękach w opłucnej, naturalnie nieotorbionych, które zajmują najniższe odcinki jamy opłucnej, t. j. ku tyłowi w bliskości kręgosłupa. Górna granica wysięku w opłucnej zmienia się stosownie do położenia chorego.

Niezmiernie jasne i zrozumiałe tłómaczenie tych zjawisk i różnic pomiędzy niemi znajdujemy u BIEGAŃSKIEGO ¹⁾. Krzywa linia stłumienia przy ro-

¹⁾ BIEGAŃSKI. Przyczynek do różniczkowego rozpoznawania ropni podprzeponowych. Medycyna. 1893, str. 26 i 27.

pniach podprzeponowych zależy od samej przepony, która przedstawia się w kształcie kopuły, z wierzchołkiem zbliżonym ku przodowi; otóż, wysięk, zbierając się pomiędzy wątrobą a przeponą, odpycha wątrobę ku dołowi, a jednocześnie unosi kopułę przepony ku górze, przez co więcej uciska przednią część płuca. Tym sposobem ropień podprzeponowy przylega bezpośrednio do klatki piersiowej na znacznie większej przestrzeni od przodu, aniżeli od tyłu.

Wobec znacznej ilości wysięku pod przeponą i uniesienia się tej ostatniej ku górze, naturalną jest rzeczą, że i przeciwna strona klatki piersiowej może przedstawiać pewne zmiany przy opukiwaniu. Jeżeli mamy wysięk z prawej strony, granice lewego płuca mogą być uniesione cokolwiek ku górze, a serce przesunięte na zewnątrz i ku górze. Dwa te objawy, zdaniem BIEGAŃSKIEGO, przemawiają „przeciw zapaleniu opłucnej, a za ropniem podprzeponowym w tych przypadkach, w których zachodzi wątpliwość, z jaką z tych dwu spraw patologicznych mamy do czynienia“. Nie zawsze jednak można wykazać owo przemieszczenie granic serca i płuca.

Pó ł k się ż y c o w a p r z e s t r z e ń TRAUBE'go przy ropniach podprzeponowych z lewej strony ginie. Stanowi to jedną z cech, różniących wysięki opłucnej od ropnia podprzeponowego; całkowite wypełnienie przestrzeni TRAUBE'go przy *pleuritis* należy do niezmiernych rzadkości ¹⁾.

W y s ł u c h i w a n i e klatki piersiowej wykazuje zazwyczaj brak objawów, wskazujących na zmiany chorobowe w płucach i jamie opłucnej. Powyżej linii stłumienia bezpośrednio wysłuchiwać możemy szmery oddechowe bez wszelkich rzężeń, a nawet przy głębokich wdechach granica stłumienia cokolwiek się obniża, jak to zaznacza LEYDEN i co miałem sam możność sprawdzenia; wtedy szmery oddechowe rozróżnić można poniżej. Na miejscu stłumienia szmerów oddechowych niema, również i *fremitus pectoralis* jest zniesiony. Tarcia opłucnej nigdzie nie wykrywamy. Dotyczy się to naturalnie tych przypadków, w których jest tylko ropień, a powikłania jeszcze nie wystąpiły.

Jeżeli w ognisku podprzeponowem mamy gazy, wtedy, oprócz stłumienia, otrzymujemy przy opukiwaniu na pewnej przestrzeni odgłos bębenkowy; lukowata granica stłumienia nie występuje tu tak charakterystycznie, jednak przy położeniu poziomem chorego od tyłu znajdujemy stłumienie znacznie niżej, aniżeli z boków, od przodu występuje wtedy dźwięk bębenkowy. Przy zmianie położenia chorego tępość odgłosu opukowego zmienia się szybko, lecz to wyłącznie ogranicza się do dolnej części klatki piersiowej. Na miejscu stłumienia brak szmerów oddechowych i *fremiti pectoralis*, jak przy *pyothorax subphrenicus*; wykazać jeszcze, oprócz tego, można szmery metaliczne i przy potrząsaniu wyraźny szmer, jakby pluskanie.

Niektórzy nadają pewne znaczenie, przy rozpoznawaniu wysięku pod przeponą i nad nią, zmianom w ciśnieniu podczas oddechania: pod przeponą ciśnienie zwiększa się przy wdechu, a zmniejsza przy wydechu, tymczasem w worku opłucnej zachowuje się odwrotnie. Rozpoznać to można przy nakłuciu na za-

¹⁾ SCHUEERLEN. l. c.

sadzie nierównomiernej szybkości wypływania cieczy, albo też za pomocą manometru.

Pozostaje nam jeszcze jeden środek pomocniczy przy rozpoznawaniu ropni podprzeponowych: jest nim przekłucie próbne. Zaznaczam tu, że jest to środek pomocniczy, gdyż za pomocą przekłucia wykazać możemy obecność wysięku i charakter jego, miejsce zaś wysięku, czy pod przeponą, czy nad nią, trudniej daje się rozstrzygnąć. Już FUEBRINGER w 1889 r. zwracał uwagę, że przy ropniach podprzeponowych igła, wprowadzona do jamy ropnia, robi pewne ruchy podczas oddechania chorego, przy wdechach część igły, pozostająca na zewnątrz, unosi się ku górze, przy wydechu opuszcza się ku dołowi, co zależnem jest od ruchów przepony brzusznej.

Spostrzeżenie to FUEBRINGER'a stwierdził na dwóch swoich chorych CHEŁCHOWSKI ¹⁾, który jest zdania, że na owe ruchy szpryki warto zwrócić uwagę, gdyż przez to nieraz można rozstrzygnąć wątpliwość, czy ropa jest w jamie brzusznej, czy też w klatce piersiowej.

Przyznaję się, że mało przywiązywałem znaczenia do owych ruchów szpryki, tembardziej, że przepona pod wpływem ropnego wysięku, według HERRLICH'a, ulega porażeniu, zatem przy ruchach oddechowych przyjmować udziału nie może. Ponieważ jednak porażenie przepony nie następuje od razu, przeto w pewnym okresie objawów może mieć swoje znaczenie.

Pomimo to w żadnym przypadku ropnia podprzeponowego nie zaniedbywałem przekłucia próbnego, ani też nie polegałbym na zapewnieniu innych, że przekłucie było wykonane. W tym celu posiłkujemy się strzykawką, zaopatrzoną w igłę długą, gdyż wkłuwać należy głęboko. Zabieg ten wykonujemy albo na klatce piersiowej, albo też na ścianie jamy brzusznej.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —

4. Dubreuilh i Lasnet. Badanie bakteriologiczne szankra miękkiego i dymienicy szankrowej. (*Étude bactériologique sur le chancre mou et le bubon chancreux*).

Praca DUCREY'a, odczytana na kongresie międzynarodowym dermatologicznym w r. 1889, była punktem wyjścia dla wszystkich badań bakteriologicznych, dotyczących zarazka wrzodu miękkiego. Nie mogąc sztucznie wyhodować pasożyta tego wrzodu, DUCREY przeszczepiał na skórę chorego wydzielinę jego własnego szankra, przy zachowaniu wszelkich ostrożności antyseptycznych. Już w trzeciej lub czwartej generacji wrzodów szczepionych znajdował jeden tylko pasożyt w obfitej ilości i to tak długo, pokaż trwała zaraźliwość szankra. Z tych szczepień wynioskował, iż pasożyt ten, który się stale znajduje tylko w ropie szankra i tylko on wykryć się daje w szankrze szczepionym, jest właśnie pasożytem chorobotwórczym szankra miękkiego. Do ta-

¹⁾ CHEŁCHOWSKI. Gaz. Lek. Nr. 48. 1893. str. 1266.

kich samych wyników doszedł wkrótce i KREFTING. UNNA zaś, barwiąc tkan-
kę szankra miękkiego, wykrył w niej laseczniki, połączone w łańcuszki (*streptobacillus*), równolegle się układające w pęczki. QUINQUAUD i M. NICOLLE, KREFTING, AUDRY, PETERSEN, CH. NICOLLE fakty te potwierdzili. Badania DUBREUILH'a i LASNET'a są również tylko potwierdzeniem wyników badań DUCREY'a i UNNY, tak, iż kwestyę pasożyta szankra miękkiego musimy dziś już uważać za zdecydowaną w głównych swych punktach i dlatego nieco obszerniej podajemy ostatnią w tym przedmiocie kontrolującą pracę.

I. Wykrycie lasecznika łańcuszkowego (*streptobacillus*) w ropie szankra jest proste i łatwe. Cienką warstwę ropy szankrowej osuszamy na szkiełku w zwykły sposób i barwimy fuksyną, błękitem metylenowym lub też fioletem gencyanowym [roztwór następujący: 1,0 fioletu, 10,0 wysoku bezwodnego i 100, wody destylowanej, do połowy rozcieńczamy wodą]; metodą GRAM'a pa-
sożyt ten się nie barwi, podczas gdy inne pasożyty, których w ropie szankro-
wej jest bardzo wiele, dobrze się nią barwią.

W ropie szankrowej zaraźliwej stale znajdują się laseczniki DUCREY'a, których niema w żadnych innych owrzodzeniach; ilość ich bywa rozmaita, zwykle wszakże proporcjonalną do stopnia zaraźliwości ropy. Najczęściej wykrywamy laseczniki łańcuszkowe w ciałach komórek ropnych, gdzie bywa ich po jednym, po kilka lub nawet cała grupa, składająca się albo z nieregularnie ułożonych laseczników od 5—20, albo z pęczków zgrupowanych z 4—5 równolegle leżących łańcuszków pałeczek. Ten ostatni ich układ jest najbardziej charakterystycznym. Prócz pałeczek, znajdujących się w ciele komórek, porozrzucane są pomiędzy komórkami już to oddzielne laseczniki, już też w grupach nieregularnych; prawdopodobnie są one uwolnione z rozpadłych lub zniszczonych przy preparowaniu komórek. Skoro ilość laseczników się zmniejsza, znajdujemy je pojedyncze lub po kilka w Nielicznych komórkach.

W tkance szankra UNNA pierwszy wykrył te laseczniki. Dla zabarwienia ich, skrawki zanurzał w mocno alkalicznym błękiecie metylenowym ¹⁾ na dwie minuty, poczem przemywał je w wodzie, eterze, znowu przemywał w wodzie, suszył i wtedy badał w balsamie kanadyjskim. QUINQUAUD i M. NICOLLE barwili skrawki roztworem błękitu metylenowego w wodzie karbolowej, ubezwodniali je i zprzezroczyszczali aniliną zmieszaną z ksylolem. DUBREUILH i LASNET skrawki barwili metodą KUEHNE'go [4 ctm. sześć. ¼% roztworu węglanu amoniaku i 10 kropel wysokowego roztworu błękitu metylenowego] i odbarwiali bardzo rozcieńczonym kwasem solnym.

Na skrawkach z tkanki szankra znajdują się stale laseczniki, podobnie jak i w ropie, a ilość ich i tu jest proporcjonalną do stopnia zaraźliwości. Układ laseczników w pęczki łańcuszków jest i w tkance bardzo stałym. Znacznej gru-

¹⁾ Skład tego roztworu, podług UNNY, jest następujący: błękitu metylenowego i węglanu potasu po 1,0, wody destylowanej 100,0, wysoku 20,0, wyparować do 100,0 i do tego dodać roztwór: błękitu metylenowego i boraksu po 1,0, wody destylowanej 100,0. Tego ostatniego roztworu samego przez się można również użyć do barwienia skrawków.

bości takie pęczki znajdują się w bliskości powierzchni owrzodzenia, skąd idą w głąb tkanki pomiędzy komórki, rozgałęziając się i cieniejąc coraz to bardziej. Lasecznik łańcuskowy nie przenika do komórek tkanki szankrowej ani do naczyń.

Co się zaś tyczy twierdzenia UNNY, iż lasecznik przezeń opisany jest różny od lasecznika DUCREY'a, zauważyć należy, iż własności morfologiczne, układ, wielkość i t. d. są jednakowe, tak dla lasecznika DUCREY'a, jak i UNNY i z tych też powodów laseczniki obu tych badaczy za identyczne poczytać należy.

Oddzielny lasecznik ma kształt małej pałeczki, 1,5—2,0 μ . długiej i grubej jak czwarta część jego długości. Izolowany ma końce zaokrąglone, jak to bywa w ropie, lecz w łańcuszku końce stykające się laseczników są ostro ścięte. Zwykle walcowaty, lasecznik ten niekiedy ma końce albo grubsze lub mocniej zabarwione, co zależeć może od przewężenia środkowej jego części, a rzadziej od obecności jasnej przestrzeni, co go czyni podobnym do diplokoka; podług KREFFING'a, ta forma ma wskazywać na początek segmentacji. Prócz tych form znajdują się pasożyty, przypominające koki, ale obecność ich pośród samych tylko laseczników łańcuskowych, ich barwienie się, jak tych ostatnich, nie pozwalają przypuszczać, by to być miały obce pasożyty. Zdaje się, iż jest to faza rozwoju laseczników, tylko co powstałych z mnożenia się.

Co do ich własności biologicznych, wiemy od czasu doświadczeń AUBERT'a, iż zarazek szankra miękkiego można zniszczyć przez ogrzewanie go w ciągu kilku minut do 40°, co spożytkowano już do celów leczniczych. D. i L. ogrzewali ropę szankrową do 38°, 40° i 42: szczepienie pierwszej jak najlepiej się powiodło, dwu zaś innych się nie udawało.

W końcu wspomnieć wypada, iż lasecznik DUCREY'a na żadnym ze znanych gruntów odżywczych się nie rozwija, co również stanowi ich cechę charakterystyczną. Jeżeli zaś znajdujemy kilka kolonii na gruncie, na którym zaszczipioną była wydzielina szankra trzeciej lub czwartej generacji, to są to kolonie pasożytów ropnych lub gnilnych, które przypadkowo tylko w wydzielinie się znajdowały.

II. Od czasów RICHORD'a przyjmowano za rzecz pewną, iż przeszło połowa dymienic, towarzyszących szankrowi, bywa zaraźliwą i przybiera wygląd szankra; RICHORD jednak zauważył dziwne zjawisko, iż pierwszego dnia po otworzeniu dymienicy, ropa jej nie jest zaszczipialną, dopiero dni następnych staje się zaraźliwą i wrzód szankrowy szczepieniem jej wywołać się daje. STRAUS w roku 1884 dowodził, iż w ropie dymienicy ani badaniem drobnostkowym, ani hodowlami nie można wykryć pasożytów, i że dymienica nie jest szankrową sama przez się, ale staje się nią wskutek przeniesienia zarazka szankra na ranę, powstałą po przecięciu dymienicy, od czego antyseptyczny opatrunek zawsze uchroni. W późniejszym wszakże czasie STRAUS przyznał, iż w bardzo rzadkich przypadkach dymienica może być od samego początku zaraźliwą i obdarzoną własnościami takimi, jak szankier miękki.

DUBREUILH i LASNET w pierwszej połowie 1893 r. spostrzegali w szpitalu 136 przypadków dymienic, towarzyszących szankrowi miękkiemu, a z pośród tych w 51 przypadkach dymienice stały się zaraźliwymi następco, gdyż w chwili otworzenia ich takimi nie były, a w trzech tylko od razu były zaraźliwymi, szankrowymi. Badanie drobnowidzowe wykryło w ropie wszystkich dymienic, których szczepienie się udało, laseczники DUCHER'a, gdy zaś szczepienie się nie udawało i badanie drobnowidzowe na laseczники łańcuszkowe dawało wynik ujemny. Musimy więc przyjąć, iż dymienicom charakter zaraźliwych, szankrowych dają laseczники łańcuszkowe, a w miarę zmniejszania się ich ilości, rany się oczyszczają, nalot szarawy powoli ustępuje, a gdy zupełnie już laseczników tych badanie drobnowidzowe nie wykrywa, rana przybiera charakter zwykłej rany, zdrową ziarniną pokrytej i wkrótce też się zabliznia.

Po większej części jednak dymienice, towarzyszące szankrowi miękkiemu, nie są zaraźliwe, szczepić się więc nie dają. Charakter ich też jest nieco odmienny: ropienie bywa mniej obfite, a wydzielina, która z rany wypływa, jest mniej ropną, a więcej surowiczą, rana nie okazuje żadnej dążności do powiększania się, ale w gruczołach nie prędko zmiany zapalne ucichają, jak to miewa miejsce w dymienicach zaraźliwych. Zdawałoby się, iż w tych ostatnich gruczoły całkowicie ulegają zniszczeniu wskutek sprawy szankrowej, podczas gdy w pierwszych gruczoły nie ulegają w całości i tak zupełnemu zniszczeniu, i dlatego nie tak szybko sprawa się kończy; nieraz nawet tworzą się przetoki, trudne do wyleczenia, zwłaszcza gdy w gruczołach drobne ogniska ropne są rozsiane, lub gdy masa gruczolowa twarda nie może być przez ropienie zniszczoną.

Jaka jest tego przyczyna w jednym i drugim razie? W dymienicach, które się szankroweni po przecięciu stały, ropienie bywa niezbyt obfite przed otworzeniem ich; na gruntach odżywczych, zaszczerpionych ich wydzielina, albo nic się nie rozwija, albo też bardzo nieliczne kolonie pasożytów ropnych. Ropienie więc takie, jakie w nich jest, nie może zależeć od tych kilku kolonii, ale, jak DUCHER przypuszcza, od wchłaniania toksyn ropotwórczych z szankra. Późniejsze zaś ropienie, gdy dymienica na wrzód szankrowy się zamienia, przypisać musimy tylko lasecznikom DUCHER'a, gdyż znane nam dotychczas ropotwórcze pasożyty tak obfitego ropienia nie wywołują, a te nieliczne stafilocoki i inne, jakie się w dymienicach znajdują, w żadnym razie tak obfitego ropienia nie dadzą.

W końcu na pytanie, dlaczego dymienice zapalne przybierają charakter dymienic szankrowych, możnaby dać takie objaśnienie: toksyny dochodzące do gruczołów przez naczynia chłonne, wywołują zmiany zapalne w gruczołach, a następnie ucisk i przerwę krążenia w naczyniach chłonnych. Po przecięciu dymienic ciśnienie się zmniejsza, stan zapalny dokoła ustępuje i krążenie w naczyniach chłonnych powraca, a wskutek tego laseczники łańcuszkowe mogą się już przedostawać do gruczołów. Hypoteza ta jednak nie jest w stanie objaśnić tych przypadków, w których dymienice otwarte były wiele dni po zabliznieniu szankra, a jednak stały się później zaraźliwymi.

(*Archives cliniques de Bordeaux* r. 1893. Nr. 10 i 11).

Antoni Elsberg.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne z dnia 3. X. 1893. Prof. Kosiński przedstawia chorego po operacji plastycznej *hypospadiasis*. Brak dolnej ściany cewki na całej przestrzeni został załatany dwoma płatami skóry, odseparowanymi po obu stronach cewki i założonymi jeden na drugi w ten sposób, że powierzchnie okrwawione po odwróceniu stykały się z sobą.

Sokołowski mówił „o tętniakach aorty“. Rzecz ta ogłoszoną była w № 46 Gazety Lekarskiej.

W uzupełnieniu powyższego odczytu prof. Brodowski przedstawił preparat anatomiczny i opisał zmiany w sercu i aorcie, znalezione przy sekcji w przypadku tętniaka łuku i aorty wstępującej. Serce normalnej wielkości żadnych zmian zastawkowych nie przedstawia, mięsień blady i wiotki. Na powierzchni wewnętrznej aorty wstępującej i łuku sprawa miażdżycowa w wysokim stopniu rozwoju; na tylnej ścianie łuku tętniak workowaty z otworem okrągłym, mającym 3 ctm. średnicy. Z otworu tego wchodzi się do worka tętniaka, którego ścianę stanowią z jednej strony skrzepy krwi, z drugiej ścięczała i rozerwana ściana tętnicy tuż nad miejscem podziału. Obok tego tętniaka poniżej i od tyłu znajdują się dwa inne mniejsze [średnicy od 4—6 mm.], nie pęknięte, lecz o mocno ścięczalej ścianie; jeszcze niżej na części wstępującej aorty na jej tylnej ścianie tętniak tej samej wielkości i formy. Następnie mówca rozbiera etyologię tętniaków workowatych i poddaje krytyce poglądy na tę kwestyę ROKITANSKY'ego, KOESTERA, EPPINGER'a, wresznie THOMA'y. Gdy pierwszy przyczynę tętniaków upatrywał w miażdżycy, drugi w przeistoczeniu włóknistym błony średniej (*mesoarteriitis fibrosa*), EPPINGER przy powstawaniu tętniaków ważną rolę przypisywał pęknięciu włókien sprężystych błony średniej w tęnicach. Że takie pęknięcia nie tylko włókien sprężystych lecz i całej błony średniej i wewnętrznej mają miejsce w takiej nawet tętnicy jak aorta, dowodzą tego t. z. *aneurysmata dissecantia* tego naczynia; nieraz jednak najtrojskliwsza nawet badania drobnowidzowe nie były w stanie wykryć w tych przypadkach jakichkolwiek bądź zmian w budowie ścian aorty. Że pęknięcia włókien sprężystych nie są własnością tętniaków workowatych, dowodzą tego badania MANCHOTA, dokonane w pracowni v. RECKLINGHAUSEN'a, które doprowadziły do przeświadczenia, że pęknięcia podobne mają miejsce przy rozszerzeniach rozlanych tętnic. Według THOMA'y, arterioskleroza odgrywa ważną rolę w powstawaniu tętniaków, a sprawa ta ma być następstwem upadku ogólnego odżywiania, który powoduje zwątlenie błony średniej tętnicy. Pod wpływem tego zwątlenia powstaje rozszerzenie jej światła; a w następstwie kompensacyjny wzrost błony wewnętrznej dla zniesienia tego rozszerzenia i wzmocnienia nadwątlonej ściany; gdy jednak kompensacja okaże się niedostateczną, ściana tętnicy w odnośnem miejscu ma się wypuklać, dając początek tej postaci rozszerzenia, które THOMA nazywa namiotowem, poczem gdy błona wewnętrzna i środkowa pękną, powstaje rozszerzenie workowate a. *sacciforme*). Wobec

tego, że są kraje [Anglia, Ameryka północna, a według Thom'y i prowincje nadbałtyckie], w których tętniaki są częste, w innych zaś [np. u nas] rzadkie, dalej wobec tego, że bywają tętniaki dziedziczne, że przy badaniu tętniaków workowatych w samym początku ich powstawania nie widać nieraz najmniejszych oznak arteriosklerozy, prof. BRODOWSKI dochodzi do wniosku, że przy powstawaniu tego cierpienia bardzo ważną odgrywa rolę wążłość ścian wrodzona lub odziedziczona.

W dyskusyi PAWIŃSKI zaznacza, że pod względem klinicznym te właśnie tętniaki aorty brzusznej zasługują na uwagę, które rzeczywiście przebiegają skrycie, t.j. gdzie niema ani guza, ani szmeru; dotyczy to mianowicie tętniaków pod samą przeponą. Przypadek, obserwowany przez PAWIŃSKIEGO, ciekawym jest pod względem rozpoznawczym, gdyż jedyny objaw stanowiły silne bóle, uspakajające się w pozycyi chorej *à la vache*; guza nie można było wy-czuć, szmeru nie było. Rozpoznanie, bardzo trudne, postawić było można przez wykluczenie innych cierpień, a podejrzenie tętniaka wzbudzało opóźnienie tętna w kończynach dolnych. Na seceyi wykryto obok tętniaka aorty brzusznej trzy tętniaki w arcie wstępującej; przy badaniu drobnowidzowem okazało się, że błona wewnętrzna była lekko pomarszczona. Drugi przypadek tętniaka aorty brzusznej dotyczył 32-letniego mężczyzny, który doznawał silnych bólów rozchodzących się z okolicy podmostkowej w różnych kierunkach. Rozpoznanie, postawione na zasadzie wykluczenia innych cierpień, potwierdził również prof. BAMBERGER. Chory zmarł nagle wskutek krwotoku.

KRYSIŃSKI potwierdza, że w krajach nadbałtyckich tętniaki spotyka się bardzo często, sprawa zaś miażdżycowa w naczyniach należy do rzadkich. W Saksonii przeciwnie tętniaki zdarzają się rzadko, miażdżyca tętnic bardzo często.

Prof. BARANOWSKI zgadza się z prelegentem, że najważniejszym objawem przy rozpoznawaniu tętniaków aorty brzusznej są bóle. Co się tyczy szmeru, to mówca nie uważa go za objaw zbyt ważny, gdy wysłuchując stetoskopem, łatwo spowodować naciśnienie tętnicy i sztuczne wywołanie szmeru, a powtóre często wysłuchujemy szmeru nie mający związku z tętniakiem, jeżeli aorta jest ucisniętą przez guz, wysięk lub t. p.. Jednym z najważniejszych objawów do rozpoznania tętniaka jest obecność rozległych zmian w układzie naczyniowym w ogóle. Bardzo ważnym objawem jest również opóźnienie tętna.

Z powodu przypadku przebiegającego z porażeniem obu nerwów zwrotnych, prof. KOSIŃSKI zwraca uwagę, że tracheotomia, wykonywana przy tętniakach jako *indicatio vitalis*, nieraz przynieść może ulgę choremu. Mówca miał okazywać przypadek taki obserwować: chora przywieziona do kliniki z objawami gwałtowniej duszności żyła po tracheotomii przez 3 miesiące; śmierć nastąpiła wskutek krwotoku. W przypadku tym zwykła rurka okazała się niedostateczną, wprowadzono więc kateter i długą rurkę tracheotomijną. Główny powód duszności przy tętniaku jest ucisk na tchawicę i jej zwężenie.

SOKOŁOWSKI odpowiada, że szmer w opisanym przezeń przypadku uważa za objaw bardzo ważny; słyhać go przy najlżejszem przyłożeniu stetoskopu na przestrzeni ściśle ograniczonej. Co się tyczy etyologii, to oprócz urazu za

momenty usposabiające uważa alkoholizm i przymiot. Niektóre z opisanych przypadków dowodzą, że nie zawsze przy tętniakach istnieją zmiany w całym układzie naczyniowym. Co do tracheotomii przy tętniakach, to SOKOŁOWSKI zaznacza, że robi się ją najczęściej na żądanie chorego i tam, gdzie ucisk jest wysoko, może przedłużyć życie. Na to, żeby duszność zależała wyłącznie od ucisku, SOKOŁOWSKI zgodzić się nie może, a najlepszy dowód tego, że tak nie jest, stanowi jeden z opisanych przypadków, w których duszność występowała przejściowo z powodu podrażnienia nerwu zwrotnego.

BRONOWSKI w kwestyi etyologii tętniaków aorty zaznacza, że LEWASZEW na 5 przypadków krótkotrwałego podwiązania aorty brzusznej u psów, w dwóch spostrzegał po jakimś czasie powstanie tętniaka powyżej podwiązki. Doświadczenia powyższe przemawiają za tem, że tętniaki mogą powstawać nawet przy zupełnie normalnych ścianach aorty [bo te nawet przy drobnowidzowym badaniu okazały się niezmiennymi], a tylko skutek czasowo podniesionego ciśnienia w aorcie.

Posiedzenie kliniczne z d. 17. X. 1893.

RYCHLIŃSKI przedstawił chorego 57-letniego z postępującym zanikiem mięśni (*atrophia musculorum progressiva myopathica*). O ile sądzić można z wywiadów, cierpienie zaczęło się w młodym wieku chorego zanikiem mięśni łopatkki, szło powoli, obejmując coraz to nowe grupy mięśniowe i obecnie z wielu mięśni (*serratus anticus, cucullaris, rhomboidales, latissimus dorsi*) pozostały zaledwie strzępy szczególnie z lewej strony. Mięśnie ręki pozostały prawie nienaruszone. 12 lat temu zanik zajął i mięśnie dolnych kończyn, od tej daty bowiem rozpoczyna się uczucie osłabienia przy chodzeniu i odrębny chód chorego. Na pierwszy rzut oka zdaje się, że chory ma bezwład ruchomy, wpatrując się jednak, zauważyć możemy, że nieprawidłowość w chodzeniu, jak słusznie zauważył DUNIN, na oddziale którego leżał w zeszłym roku chory, zależy głównie od zaniku mięśni dolnych kończyn. Badanie nie wykazało żadnych zmian czucia, odruchy ścięgnowe i skórne zachowane, pobudliwość na prąd indukcyjny cokolwiek zmniejszona, odczynu zwyrodnienia niema. Badanie pola widzenia wykazało znaczne zwężenie na wszystkie kolory w lewym oku. Chory zjawił się u RYCHLIŃSKIEGO, z porady LEŚNIEWSKIEGO, skarżąc się na uczucie odrętwiałości w lewej stopie i na podszewie. Oprócz tego chory od czasu do czasu miewa silne bóle krzyża, które często nie pozwalają mu zrobić żadnego ruchu. (*Autoreferat*).

HEWELKE miał odczyt p. t.: „W kwestyi leczenia suchot płucnych kreozotem“. W celu wywołania dyskusyi nad kwestyą stosowania kreozotu w leczeniu suchot, nad wartością leczniczą tego środka, prelegent przedstawia stan obecnej literatury przedmiotu zarówno ze strony teoretycznej, jak i praktycznej, oraz kilka swoich spostrzeżeń. Co się tyczy strony teoretycznej, HEWELKE rozbiera kwestyę antyseptycznego działania na laseczniki gruźlicze kreozotu przez krew. Według GUTTMANN'a, obecność we krwi kreozotu 1:400 byłaby dostateczną do powstrzymania rozwoju laseczników. Obecnie, gdy dawki kreozotu podniesiono do ilości, mogących doprowadzić do takiego roz-

cieńczenia we krwi, a wyleczenia pomimo to niema, teoria ta traci rację bytu. Zbijają ją też SEIFERT i HOELSCHER, według których krew zwierzęcia nasyconego kreozotem nie przedstawia własności antyseptycznych. Sam autor, badając krew suchotników, ze względu na kwestyę infekcyi mieszanych, przekonał się na hodowlach ze krwi osób, zażywających duże ilości kreozotu, że zawiera ona nieraz żywe i zdolne do życia pasożyty (*staphylococcus*, *streptococcus* i t. p.). Dalej wylicza HEWELKE teorię DINKLER'a, który przypuszcza, że wpływ kreozotu na suchoty jest tylko pośredni, wskutek działania tego środka na żołądek; następnie teorię SEIFERT'a i HOELSCHER'a, według których gwałtownie łączy się z produktami życia laseczników gruźliczych w związki trudniej rozpuszczalne, a łatwiej ulegające spaleni i tym sposobem neutralizuje szkodliwy ich wpływ na ustrój. Ze spostrzeżeń praktycznych przytacza autor cały szereg prac, szczególnie z ostatnich lat, których autorowie mniej lub więcej wybitnie podnoszą dobry wpływ kreozotu przy suchotach. Własne spostrzeżenia HEWELKEGO w 4-ch przypadkach, w których stosował kreozot lub gwałtownie podskórnie w większych dawkach [do 1 grm. kreozotu i do 4 grm. gwałtownie], doprowadzają do wniosków raczej ujemnych o działaniu kreozotu na sprawę gruźliczą; w 2-ch bowiem wpływu nie było żadnego, a w dwóch znaczne pogorszenie. Na gorączkę wpływu nie zauważono, na apetyt zato widziano wpływ korzystny; waga ciała spadała. Autor, poddawszy krytyce niektóre z przytoczonych w literaturze spostrzeżeń wnioskuję, że nie są one przeprowadzone dosyć ściśle i że na *conto* dobrego działania kreozotu zaliczane bywają wpływy korzystne, z innych źródeł wynikające [lepsze warunki higieniczne, usunięcie powikłań]. Ostatecznie HEWELKE wnioskuję, że kreozot wywiera pewien korzystny wpływ na apetyt i łagodzi kaszel, na samą jednak sprawę gruźliczą nie jest w stanie wpłynąć. (*Autoreferat*).

Posiedzenie kliniczne dodatkowe z d. 31. X. 1893.

NEUGEBAUER demonstrował stosunkowo rzadki preparat anatomiczny poronionego w 2-m miesiącu ciąży jaja płodowego. Osobliwość polegała na tem, że po 3-dniowym trwaniu krwawienia i bólów błony zewnętrzne pękły w miejscu macicznym, przez otwór zaś wyslizgnął się nietknięty worek owodnej wraz z pływającym w nim około 8-o tygodniowym płodem. Pępowina okazała się urwaną w samej osadzie, wskutek nieodklejenia się jeszcze kosmówki (*decidua serotina*) od ściany macicznej, podczas gdy wskutek kurczów macicznych worek owodnej coraz bardziej się ku szyjce obniżał, dopóki nareszcie nie wyszedł w całości. Poronienie nastąpiło w piątek wieczór, a po 4-ch dniach jeszcze worek owodnej okazał się całym i również jak *liquor amnii* zupełnie przezroczystym; preparat trzymany był przez pierwszą dobę w 30%, a następnie w 50%-owym wysoku. Przyczyna poronienia niewiadoma; prawdopodobnie nastąpiło ono wskutek ciężkiej pracy i dotyczyło 30-letniej, praczki, od kilku lat zamężnej, która poprzednio urodziła jedno dziecko *sponte* i donoszone. (*Autoreferat*).

JASIŃSKI przedstawia chorego, lat 24 liczącego, który, mając $\frac{1}{2}$ roku życia, jakąś ciężką chorobą mleczną podobno przechodził. Od tego czasu datuje

prawie zupełny bezwład obu kończyn dolnych wraz ze znacznym zanikiem mięśni i powstrzymaniem rozwoju kości. Niedowład układu mięśniowego, brak ruchów normalnych w stawach, spowodowały w końcu szereg zbezkształtnień: brak hamulców więzadłowych, kostnych i mięśniowych, niesprawność kończyn prawie ostateczną. Chory posuwa się po ziemi za pomocą rąk, wlokąc za sobą miednicę i kończyny dolne. Stawy wszystkie uległy dużym zmianom, przeważnie w kończynie dolnej prawej, która jest nawet zwicznęta w stawie biodrowym (*luxatio iliaca*). Za pomocą *ad hoc* obmyślanego przyrządu ortopedycznego J. był w stanie dźwignąć chorego i umożliwił mu stanie na dwóch nogach. Dalsze starania Jasińskiego skierowane są ku temu, aby chory ten mógł o własnej sile na dwóch nogach chodzić. (*Autoreferat*).

Przedstawił również Jasiński dziecko pięcioletnie, które przybyło do szpitala przed miesiącem; ze słów matki dziecka dowiedziano się, że bezpośrednio przed przyjściem do szpitala chorowało ono na szkarlatynę z zapaleniem nerek, a potem na zapalenie płuc. Badanie, dokonane przez Rakka, wykazało: stan gorączkowy, stępienie na całej przestrzeni lewej strony klatki piersiowej od tyłu i od przodu, oddech oskrzelowy i rzęzenia trzyczęściowe, z tyłu w dolnej części na bardzo ograniczonej przestrzeni oddechu nie było słychać zupełnie. Dziecko przyniesiono do sali operacyjnej, gdzie Orzeł wykonał na wysokości VIII żebra w linii pachowej tylnej wklucie próbne i wydobył ropę. Na zasadzie powyższych danych Jasiński przystąpił do operacji: po przecięciu powłok zewnętrznych i wycięciu dużego kawałka VIII-go żebra znalazł grubą tkankę bliznową, którą przeciął, lecz ropy nie wykrył; w celu powiększenia pola operacyjnego, usunął kawałek VII żebra, poczem przy głębszem cięciu natrafił na mocno krwawiącą tkankę, o ile się zdaje płucną, [gdyż krew jasna, pienista wydobywała się z gąbczastej, dość łatwo rozrywalnej tkanki]. W głębokości 4—5 ctm. znaleziono ognisko, z którego wylało się kilka łyżek czystej, biało-żółtawej ropy bez odoru. Po miesiącu nastąpiło zagojenie i dziecko jest zupełnie zdrowe. Jasiński przypuszczał początkowo, że ma do czynienia z infarktem pyemicznym, i dlatego przewidywał, że prawdopodobnie wystąpią inne ogniska przerzutowe czy to w płucach, czy w innych częściach ustroju. Prelegent sądzi, że to jego przypuszczenie wydać się może niesłusznem wobec bezgorączkowego przebiegu choroby po operacji i wobec zupełnego powrotu dziecka do zdrowia.

(*Autoreferat*).

W dyskusyi Sokołowski zaznacza, że w przypadku drugim przedstawionym przez prelegenta, anamneza nie jest zupełnie dokładną, nie wiadomo bowiem, jak długo trwała sprawa gorączkowa. Wobec braku w okresie przedoperacyjnym kaszlu i złowonnej ropy Sokołowski sądzi, że ognisko ropne znajdowało się nie w płucu, lecz że był to ograniczony, otorbiony empyemat, jako następstwo zakażenia.

Bączkiewicz wyraża przypuszczenie, że punktem wyjścia dla sprawy ropnej mogły być gruczoły oskrzelowe.

Według zdania prof. Kosińskiego w omawianym przypadku najprawdopodobniej był ograniczony empyemat o bardzo grubych ścianach. Gdyby ro-

pień był w płucu, lub pomiędzy dwoma zrazami płuca, wówczas po operacji dziecko wykrztusiłoby krew przy kaszlu. Przypuszczenie ropnia przerzutowego prof. Kosiński wyklucza na tej zasadzie, że ropnie te nie zawierają czystej, niezłowanej ropy.

Juljan KRAMSTYK zaznacza, że stępienie na całej połowie klatki piersiowej od przodu i od tyłu wskazuje na zajęcie opłucnej, chociaż płyn może być na bardzo ograniczonej przestrzeni.

W odpowiedzi JASIŃSKI zwraca uwagę, że przypuszczenie o istnieniu ogniska ropnego opierał na tem, że tkanka, którą przeciął w głębi, była sino-czerwona, gąbczasta i że z niej sączył się płyn krwawy, pienisty; ognisko ropne było ze wszystkich stron ograniczone, próby dostania się zeń do większej jamy były bezowocne, we wszystkich kierunkach napotymano tkankę bliznowatą. Pole operacyjne znajdowało się na wysokości VII i VIII żebra, a więc nie w tem miejscu, w którem płuco dzieli się na zrazy, nie mogło być również ropienia gruczołów oskrzelowych, rana bowiem sięgała nie więcej niż na 4—5 ctm. wgłąb. Co do kaszlu i krwawej płwociny, te objawy te nie zawsze występują przy zranieniu powierzchownych warstw płuca. Co się wreszcie tyczy ropni przerzutowych, to w wielu obserwowanych dawniej przypadkach takich ropni znajdował ropę czystą i niezłowną.

W dyskusji nad pierwszym przypadkiem przedstawionym przez JASIŃSKIEGO, NEUGEBAUER zaznacza, że zna w Warszawie podobną pacyentkę, którą od r. 1880 do chwili obecnej leczy i od czasu do czasu widuje. Spostrzeżenie to w roku 1881 NEUGEBAUER opisał na str. 161 — 163 swojej dysertacji wraz z rysunkiem. Salka Br., córka zmarłego obecnie grabarza na Cmentarzu Żydowskim, była w roku 1880 przywieziona do ambolatoryum N. na poradę wskutek częściowej paraplegii. Miała wtenczas lat 18. Do 6 roku życia była zupełnie zdrową, w 7 roku życia zauważono nagłe sparaliżowanie jednej kończyny dolnej, wkrótce potem i drugiej. Po kilku miesiącach pewien dobroczyńca, bankier X. w Warszawie, wywiózł nieszczęśliwą kalekę do LANGENBECK'a w Berlinie, który według opowiadania matki dokonał na obu kończynach tenotomji ścięgna Achillesa z następczem ogipsowaniem. Przez kilka miesięcy po tej operacji chora odzyskała możność chodzenia, potem powrócił stan dawniejszy, pogarszając się stale, wytworzyło się prawie zupełnie obezwładnienie obu rąk, podczas gdy ramię i przedramię pozostały w stanie normalnym (*pes equinovarus paralyticus duplex*). Ręce absolutnie obezwładnione; gdy chora chce uchwycić jakiś przedmiot, chwytą go obu przedramionami, mianowicie końcami przedramion tak, że dotyka przedmiotu dorsalną powierzchnią obu przedramion, albo środkową powierzchnią obu, lub też chwytą przedmiot pomiędzy dorsalną powierzchnią jednego a wolarną drugiego biorąc go i za tem unosząc ku górze. Uda potrafi zgnać w kolanach i z pewną siłą nogi wyprostowywa. Brzuch obwisły, piersi silnie rozwinięte, znacznie obwisłe (*hypertrophia lipomatosa*) pomimo stanu dziewiczego. Zdaje się, że prócz paraplegii częściowej istnieje i pewien stopień parezy *mm. rectorum abdominis*. Powłoki skórne wszędzie grube; skórę trudno unieść w fałdę; ciepłota skórna na rękach i na dolnych kończynach niska, daje, przy palpacji uczucie

zimna w porównaniu z tułowiem, drażliwość odruchowa zniesiona na kończynach obezwładnionych, prąd elektryczny skurczów nie wywołuje, wrażliwość na drażnienie elektryczne zmniejszona. Kończyny dolne również jak i tułów noszą pozory budowy atletycznej wskutek *pseudohypertrophie amyotrophicae lipomatosae* DUCHENNE'a, zaniku mięśni o następczem zwyrodnieniu tłuszczowem, podobnie do przypadków przez DUCHENNE'a odrysowanych w jego podręczniku: „*De l'électrisation localisée. III Édition. Paris. 1872, str. 597 i n.*“ Mamy w naszym przypadku [patrz figura] przed sobą przykład: *paralyseos pseudohypertrophicae infantilis essentialis progressivae*. Pomimo to że chora od 7 roku życia [dziś liczy sobie lat 30], przykutą jest do łóżka, wydano ją za męż. Pierwsze dziecko donoszone, odbierał kleszczami kol. HUZARSKI, następnie S. dwa razy poroniła, ostatnim razem kilka miesięcy temu. Z powodu *subinvolutionis uteri p. abortum* w roku bieżącym wezwano NEUGEBAUERA do chorej, która, oswojona z trybem swego życia, czuje się stosunkowo dobrze i, o ile można, wypełnia rolę żony i gospodyni. Kręgosłup w zwykłej siedzącej pozycji chorej wskazuje bardzo głębokie wklęsnięcie lędźwiowe o znacznie powiększonym nachyleniu miednicy oraz przedmiotylnem spłaszczeniu takowej i rozszerzeniu poprzecznem ujściu miednicy. Przy transformacji miednicy z kształtów dziecińczych na kształt dorosłej, działała tylko siła ciężaru tułowia znaczną trakcją na *ossa ilei* w ten sposób, że tylne oba końce się ku sobie zbliżają, przednie zaś się rozchodzą, o ile temu nie przeszkadza spojenie łonowe. W samem zaś spojeniu łonowem odbywa się walka dwóch sił: każde *os pubis* wywiera trakcję ku sobie na współimiennika swego; siły te są w równowadze. Podczas gdy w normalnych warunkach na przekształcenie dziecięcej miednicy o wejściu w formie sagitalnego owalu na kształty miednicy dorosłej kobiety, o wejściu w formie poprzecznego owalu, działają trzy siły ($R = \text{Rumpflast}$, $S = \text{Symphysenzug}$, $F = \text{Femoraldruck}$) [ucisk obu ud na boczne ściany miednicy przy chodzeniu], z tych 3 sił w danym przypadku brakuje działania siły F , ponieważ od 7 roku życia



Paralysis pseudohypertrophica essentialis infantilis progressiva u 18-letniej panny S. Br. w Warszawie. [Podług fotografii].

życia chora stale leży. Ponieważ dalej siły S = trzymają sobie równowagę, pozostaje głównie działanie siły R = siły ciężaru tułowia, dążące do spłaszczenia miednicy. Atoli zamiast sił F = ucisku bocznego ud, wstępuje inny czynnik opór, czyli siła wywarta przez łożo, na którym chora leży. Miednica wskutek tego jest *par excellence* szeroką i płaską i należy do typu tak zwanej przez prof. HOLST'a: „*Sitzbecken*“. Prototyp miednicy tego rodzaju HOLST opisał (*Beiträge. II. Tübingen. 1867, str. 145*) u żebraczki, 40-letniej, Ewy Lang, którą przez długi szereg lat co Niedzielę można było widzieć w wózku, przywiezioną przed wejście do kościoła zwanego „*die rothe Kuh*“. Rysunek Ewy Lang podają również FOERSTER (*Die Misbildungen d. M. Tafel. II. Fig. 2.* oraz F. A. v. AMMON: *Die angeborene chirurg. Krankheiten des Menschen. Berlin. Herbig's Torlag. Tafel XXXI. Fig. 1*). Ewa Lang—Amelus—urodziła się bez rąk i nóg, miednica była płaską bardzo szeroką. *Ossa ilei* dokonały tak znacznej rotacji dookoła osi sagitalnej, że podczas gdy odstęp *tuberum ischii* wynosił 15 cm., odstęp grzebieni *oss. ilei* nie przewyższał $20\frac{1}{4}$, *cristae*: 7,5 cala, *spinae ant. sup. oss. ilei* $7\frac{1}{4}$ cala, wymiary poprzeczny i prosty ujścia $5\frac{3}{4}$ i 5 cali. *Conj. externa* 7 cali. Łuk łonowy szeroki, bardzo płaski, *ankylosis sacrococcygea*.

Właśnie poszukiwania tego rodzaju zboczeń miednicy przyczyniły się do tego, że N. zainteresował się biedną pacjentką. Dla porównania kształtów wklęsnięcia lędźwiowego — lordozy — nachylenia miednicy N. zjął w swoim czasie fotografię w pozycji siedzącej i wiszącej [w szubienicy SAYRE'a], wpływ odjęcia ciężaru tułowia nader jawny, w wiszącej pozycji lordoza znacznie jest mniejszą, nachylenie miednicy również odpowiednio mniejsze. *Tubera ischii* na zewnątrz wygięte. W następstwie ponieważ S. Br. żaliła się najbardziej na stały ból uciskowy *in junctura lumbosacrali*, przy łaskawej pomocy JASIŃSKIEGO NEUGEBAUER nałożył jej gorset gipsowy, który chora przez długi czas nosiła z dobrym co do zmniejszania bólów skutkiem. Wielokrotne przypalanie żegadłem PAQUELIN'a po obu stronach wzdłuż kręgosłupa zmniejszyły również bóle, leczenie elektryczne ani tu na miejscu, ani w klinice NOTHNAGEL'a w Wiedniu, gdzie chora w ostatnich latach raz przebyła kilka miesięcy na zastarzały bezwład kończyn, żadnego wpływu nie miało. Osobiście N. uważa sprawę tę za nieuleczalną, głównie z tego powodu, że cierpienie zastarzało, że zanik mięśni po tylu latach niczem się nie da usunąć. N. proponował w swoim czasie chorej gimnastykę bierną, masaż, aby pobudzić czynność mięśni, nawet pisał do specjalnej fabryki Carder'a w Londynie o zbudowanie wózka, który chora mogłaby uciskiem przedramion w ruch wprowadzić, nogi zaś miały być pasywnie poruszane. Wózek taki miał kosztować 500 szylingów. Wobec takiej ceny do dalszych transakcji już nie przyszło.

Wobec tak rozpaczliwego położenia chorej, N. tembardziej zainteresował przyrząd ortopedyczny, dziś przez JASIŃSKIEGO w Towarzystwie demonstrowany. Przyrząd ten, umożliwiający rzeczywiście choremu, który przez tyle i tyle lat na 4-ch kończynach pełzał po ziemi, utrzymać się pionowo na własnych nogach przy małej pomocy, podpieraniu — jest świetnie obmyślony i stosunkowo bardzo prostej budowy, czy zaś przyniesie on faktyczny pożytek choremu, czy będzie tenże długo i z własnej woli z niego korzystał — o tem N. wątpi. Przeciwnie N.

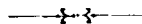
przypuszcza, że ucisk przyrządu chociaż przez najwygodniejszy pedały zmniejszony, oraz powiększony dla utrzymania równowagi wysiłek pracy mięśni staną się przeszkodą dla długiego korzystania z przyrządu. Istnieje dziś cały szereg pomysłów ortopedycznych arcy-pomysłowych, rzeczywiście praktycznych. Anglia tak daleko posunęła sztukę mechaniki, że dziś opisują ciekawy wynalazek „*the electric man*“ manekina naturalnej wielkości dorosłego człowieka, odzianego w średniowieczny rysztniek, który jedynie przy pomocy elektromotora, w środku ukrytego, prawidłowo wykonywa ruchy lokomocyjne, chodzi w tył i naprzód, utrzymując zupełnie równowagę i t. d., lecz, niestety, co manekin wytrzyma bez słowa skargi, tego człowiek nie wytrzyma. Zresztą przyszłość wykaże, o ile Jasiński uzyska rezultat pożądaný jako wynagrodzenie za mozolne trudy i starania, poświęcone nieszczęśliwemu kalece. (*Autoreferat*).

Prezes PRZEWOSKI przedstawił znalezione przez niego wrzody w krtani na dwóch trupach ludzi zmarłych na cholera w okresie odczynu. Pierwszy Słedziak Walery, lat 44, robotnik z Mokotowa, zachorował dnia 24 października 1893 r., umarł dnia 30 października tegoż roku. *Stadium algidum* trwało około 1 doby, stolce i wymioty obfite, kurcze w dolnych i górnych kończynach mocne, *vox cholericæ*. Dnia 26 października chory pierwszy raz oddał 150 ctm. sześć. moczu mętnego, gęstego, w którym było wiele białka. Tegoż dnia wieczorem ciepłota podniosła się do 37,8, ból głowy mniej więcej na takiej wysokości utrzymał się do końca życia. Głos powrócił. Na trupie znaleziono *enteritis diffusa acuta*, *anaemia et oedema cerebri*, *pleuritis fibrinosa-serosa sinistra* [około 3 litrów] *pleuritis fibrinosa-serosa dextra* [około 1 litra płynu]. *Pericarditis serosa-fibrinosa acuta*. Nerki jak zwykle przy cholery, w krtani nad *processus vocalis* z każdej strony wrzód owalny około 8 mm. długi i 5 mm. szeroki. Wrzody zupełnie symetryczne. Brzegi ich szaro-żółtawe, błonkowate. Dno także szaro-żółtawe dochodzi do błony podśluzowej. W pozostałej części krtani błona śluzowa tylko trochę zaczerwieniona. Błona śluzowa gardzieli, tchawicy i oskrzeli także tylko trochę zaczerwieniona. Drugi przypadek: Cupit Józefa, lat 36, z Warszawy. Zachorowała 26 października 1893 r., zmarła 30 października 1893 r., *stadium algidum* także trwało blisko 2 doby. Rozwolnienie i wymioty mocne. Mocno wyraźny głos choleryczny w okresie zapaści później zupełnie ustąpił. Na trupie znaleziono: *nephritis diff. chronica* z wyraźną ziarnistością substancji korowej. *Anaemia et oedema cerebri*. W kiszce cienkiej *enteritis acuta diff.* i miejscami na ograniczonych przestrzeniach *enteritis diphteritica*. W krtani wrzody symetryczne nad *processus vocalis*, zupełnie takie same, jak w przypadku poprzedzającym. Przewoski jest przekonania, że przedstawione wrzody w krtani u cholerycznych są zupełnie analogiczne do tych, jakie obserwuje się w krtani przy tyfusie brzuszny i że *necrosis per decubitus* warunkuje ich powstawanie. (*Autoreferat*).

ŚWIĄTECKI przedstawił stan epidemii cholery azyatyckiej w Warszawie według wykazów oddziałów cholerycznych w Warszawie. Sprawozdanie to było w Nr. 45 Gazecie Lekarskiej z r. z.

[D. n.].

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



SZANOWNY REDAKTORZE!

Kilka słów z powodu spostrzeżenia li podanego w pracy kolegi Kijewskiego „O ropniach podprzeponowych“ w Nr. 2 Gazety Lekarskiej.

Przypadek ropnia podprzeponowego, opisany przez kolegę KIJEWSKIEGO w spostrzeżeniu II, należy do niezwykłych pod względem etyologicznym. Ropień podprzeponowy w następstwie zapalenia płuc, lub jakiegoś innego cierpienia narządów w klatce piersiowej zawartych, stanowi zjawisko bardzo rzadkie. Najczęsztem bowiem źródłem ropni podprzeponowych jest cierpienie narządów w jamie brzusznej zawartych. LEYDEN, któremu zawdzięczamy pierwsze dokładniejsze wiadomości o tem cierpieniu, zaszedł nawet tak daleko, że przy rozpoznawaniu ropni podprzeponowych między innymi znakami podaje, że jeżeli mamy chorego, u którego znajdujemy objawy wysięku w klatce piersiowej, a podczas choroby, a przynajmniej z początku nie mamy ani kaszlu, ani żadnego innego objawu, wskazującego na cierpienie narządów klatki piersiowej, jesteśmy upoważnieni do rozpoznania ropnia podprzeponowego. MELTZER¹⁾, który w pracy o ropniach podprzeponowych, na mocy spostrzeganego przez się bardzo interesującego przypadku ropnia podprzeponowego w następstwie zapalenia płuc i kilku innych przypadków znanych w literaturze, podaje w wątpliwość ważność momentu etyologicznego przy rozpoznaniu ropni podprzeponowych, tłumaczy powstanie ropnia podprzeponowego w następstwie zapalenia płuc przejściem drobnoustrojów zapalenia płuc bezpośrednio z ogniska zapalnego w płucach pod przeponę przez kanały limfatyczne przepony, które, podług poszukiwań LUDWIG'a i SCHWEIGGER, SEYDEL'a, są dosyć szerokie. Brak zapalenia opłucnej przy zapaleniu płuc, a szczególnie opłucnej przeponowej i zrostów, sprzyja, zdaniem M., takiemu przejściu drobnoustrojów przez przeponę.

Sądzę, że i w przypadku kolegi KIJEWSKIEGO, przy którym podczas operacji kol. K. nie znalazł zrostów opłucnej, w powyższy sposób wytłumaczyć sobie można powstanie ropnia podprzeponowego w następstwie zapalenia płuc, a niekoniecznie, jak to czyni kol. K., przypuszczać powstanie ogniska rozpadu-ropnego lub zgorzelinowego w płucach i zanieśienia skrzepu do wątroby. Nie przeczę bynajmniej możliwości powstania ropnia przeponowego w sposób podany przez kolegę K.; zwracam tylko uwagę na inny jeszcze możliwy sposób powstania ropnia podprzeponowego w następstwie zapalenia płuc.

Feliks Arnstein.

Wiadomości bieżące.

— LUTHER, pobudzony tem, że po wdechaniu, jak również wewnętrznem użyciu chloroformu, w moczu może zjawiać się białko, a następnie tem, że po otruciach chloroformem na sekcjach znajdowane były zmiany w nerkach, badał szereg chorych przed i po uśpieniu chloroformem. Znalazł przytem po każdym uśpieniu w moczu białko i cylindry. Mocz badanych chorych przed uśpieniem białka nie zawierał. Białko i cylindry zjawiają się przytem jednocześnie i znikają zaledwie po kilku dniach. L., opierając się na tem spostrzeżeniu, pragnie, by chloroform używanym był jedynie w najważniejszych przypadkach. Następnie radzi, by mocz każdego chorego, którego mamy chloroformować, był zbadany, sądzi przytem, że cierpienie nerek powinno być uważane za ważniejsze przeciwskazanie do użycia chloroformu, niż zaburzenia w działalności serca, a nawet jego wady. Szczególnie ostro występuje L. przeciw używaniu chloroformu przy eklampsyi, ponieważ tam uśpienie powinno trwać niezmiernie długo, a następnie ponieważ nerki tych chorych prawie zawsze są patologi-

¹⁾ Internationale klinische Rundschau. Nr. 29, 31. 1893.

cznie zmienionemi. Na zakończenie radzi po każdym chloroformowaniu podawać środki słabo moczopędne. (*Münchener med. Wochenschr.* 1893). D.

— ROBIN przy sekcyi starego, 67-letniego kamieniarza, który przez długi czas cierpiał na zapalenie oskrzeli, znalazł gruczoły limfatyczne śródpiersia, krezki i pozatrzewnowe zupełnie zwapniałymi. Badanie chemiczne tych gruczołów wykazało, że zawierają wielką ilość siarczanu sodu, a wiemy, że sól ta wogóle przy zwapnieniach nigdy nie bywa znajdowaną. Zatem było to odkładanie się gipsu, który chory przez wiele lat przy swem zajęciu wdechał. Widzimy stąd, że pył gipsowy może być wchłanianym w płucach i kiszkach bez uszkodzeń błon śluzowych. D.

— Kol. OTTON HEWELKE mianowany został ordynatorem szpitala Ś-go Rocha w Warszawie.

— Tegoroczny zjazd balneologów w Berlinie został odwołany z powodu kongresu w Rzymie.

— Ilość lekarzy w Niemczech w r. 1893 wynosiła 21621, co w porównaniu z r. 1892 [20500] stanowi $5\frac{1}{2}\%$ więcej. W samym Berlinie w r. 1892 było lekarzy 1636, a w r. 1893—1799, t. j. o 10% więcej, przypada więc 11 lekarzy na każde 10000 mieszkańców.

— W auli uniwersytetu Wiedeńskiego ustawiono pomniki K. BRAUN'a i E. BRUECKE'go.

— Następcą MOLESCHOTT'a na katedrze fizjologii we Florencyi został LUCIANI, znany z badań nad fizjologią mózdzku.

— **Zmarli:** w Kamieńcu Podolskim w 64 r. życia D-r ANTONI JÓZEF ROLLE — zaszczytnie znany w literaturze pod pseudonimem D-ra ANTONIEGO J., autor wielu prac treści historycznej; — w Louvain [Belgia] w 85 r. życia prof. PETER JOSEF VON BENEDEN, jeden z twórców nowożytniej zoologii, założyciel akwaryum i laboratorium w Ostendzie [1843].

— Otrzymaliśmy pismo treści następującej:

XI Kongres międzynarodowy lekarski w Rzymie 1894. Aby ułatwić członkom kongresu i ich towarzyszom wyszukanie mieszkań i zwiedzanie najpiękniejszych miejscowości Włoch południowych, polecił Komitet jeneralny znanemu domowi M. M. Thos. Cook et Son zająć się dostarczaniem mieszkań i urządzeniem wycieczek do okolic Neapolu, Sycylii i t. d.. Pośrednictwem w tych rzeczach zajmie się specjalny delegat centralnego biura Thos-Cook et Son w Londynie z pomocą filii tego domu w Rzymie, Neapolu.

Te wyjątkowo przystępne warunki są następujące:

1) Za cenę 12 franków 50 ct. dziennie dostarczy dom T. C. et Son mieszkania, światła, pożywienia i usługę w pierwszorzędnym hotelach i pensjach Rzymu.

2) Wycieczki trzydniowe z Neapolu do Wezuwiusza, Pompei, Capri, Sorrento, Castellamare i Ramo będą kosztowały ze wszystkim razem po 70 franków od osoby.

3) Wycieczki dziesięciodniowe do Sycylii, drogą: Neapol, Messyna, Taormino, Catano, Girgento, Syrakusy, Palermo, Neapol, będą kosztowały około 200 franków od osoby, wliczając w to: mieszkanie, usługę, bilety na koleje, statki, omnibusy oraz przewodników i napiwki. Za tę cenę dostaną podróżni pierwszorzędne mieszkanie i bilety 1-szej klasy. Dla drugiej klasy będą ceny tańsze.

4) Uprasza się członków Kongresu o zgłoszenie się jak najwcześniejsze, jeśli można, przed 15 lutego, zarówno pod względem mieszkania jak i wycieczek do najbliższej dla nich agencji domu T. Cook et Son.

5) Program szczegółowy wycieczek będzie dołączony do wydanych przez Komitet centralnej instrukcji dla podróżnych, które będą rozdawane wszystkim członkom Kongresu, o te programy jak niemniej o instrukcje i karty legitymacyjne zgłaszać się należy do Sekretarza XI Kongresu międzynarodowego w Genui [Włochy].