

GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU DRA CHEŁCHOWSKIEGO I Z PRACOWNI DRA FLATAUA.

Przypadek porażenia Landry'ego, zbadany anatomicznie.

Podali

Władysław Starkiewicz i Jan Koelichen.

Postać chorobowa, zwana dotąd z powodu cech swych zewnętrznych „porażeniem wstępującem“ LANDRY'ego, i dziś jeszcze, po półwiekowem niemal istnieniu w nauce, ma ustaloną dość dokładnie jedynie symptomatologię kliniczną; jej etyologia i podkład anatomiczny nie są dotąd wyjaśnione ostatecznie.

Spostrzeżenia dotychczasowe, których liczba zapewne znacznie już setkę przewyższa [DYDYŃSKI w źródłowej swej pracy zebrał 83 opisy porażenia LANDRY'ego], w sprawie etyologii doprowadziły zaledwie do przypuszczenia, że rolę czynnika przyczynowego mogłyby tu odgrywać różnorodne zatrucia i zakażenia [ospa, tyfus, czarna krosta i t. p.], lub też może niewykryty dotąd zarazek swoisty.

Co się tyczy zmian anatomicznych, to tu, po odrzuceniu mitycznego pojęcia o porażeniu samoistnem [idyopatycznym], na którego poziomie stał sam LANDRY, a po nim WESTPHAL, coraz liczniej zjawiały się prace z dodatnim wynikiem badania anatomicznego. Zaznaczyć należy fakt, że mianowicie w ostatnich latach, od czasu wynalezienia udoskonalonych metod barwienia, coraz mniej zjawia się opisów kazuistycznych omawianego cierpienia bez żadnych zmian anatomicznych w układzie nerwowym, coraz więcej natomiast ze zmianami bądź w układzie ośrodkowym, bądź w nerwach obwodowych. Jednakże próba LEYDEN'a zestawienia otrzymanych dotąd wyników i ustalenia na ich podstawie różnych odmian anatomicznych choroby LANDRY'ego, była widocznie przedwczesną, skoro uadal zjawiają się nowe teorie anatomiczne i nowe próby ujednostajnienia obrazu anatomicznego tak odrębnego pod względem klinicznym cierpienia. Zauważyć się przytem daje wyraźna dążność niektórych nowszych

autorów do krytycznej oceny dawniejszych przypadków „rdzeniowo - opuszkowych“ i do zaznaczania obwodowego charakteru sprawy. Ponowną próbę tego rodzaju podjął niedawno ROLLY w pracy pod tytułem: „*Zur Kenntniss der Landry'schen Paralyse*“ (*Münchener med. Wochenschr.* 1903. N. 30 i 31). Autor ten, na zasadzie kilku spostrzeganych przez siebie przypadków, usiłuje sprowadzić istotę choroby do zmian zapalnych w drobnych rozgałęzieniach mięśniowych nerwów obwodowych, przyczem pni nerwowych zmiany te mogą zupełnie nie dosięgać. Zmiany, spostrzegane w chorobie LANDRY'ego w układzie ośrodkowym, ROLLY odsuwa na plan drugi, przyrównując je do tych zmian w rdzeniu, jakie opisywano jako zmiany wtórne w przypadkach zatrucia łożowem, arsenikiem, wysokiem [REMAK]. Nie przesądzając wartości tego jednostronnego tłumaczenia, nie popartego zresztą dostatecznie faktami, przyznać należy, że wystąpienie ROLLY'ego bądź co bądź świadczy o potrzebie dalszych badań anatomicznych, dalszego zbierania materiałów kazuistycznych do przyszłej syntezy.

Badania anatomiczne pożądane są mianowicie w przypadkach z typowym przebiegiem klinicznym, gdyż niewątpliwie pewną liczbę przypadków, opisanych jako choroba LANDRY'ego, zaliczyliby należało do rzędu zwykłych zapaleń nerwów obwodowych. Z tych względów uważamy za stosowne dorzucić do już istniejących opis kliniczny i anatomiczny takiego właśnie klasycznego przypadku porażenia LANDRY'ego.

Chory J. N., ślusarz, lat 38, przybył na oddział dra CHEŁCHOWSKIEGO w szpitalu Dz. Jezus dnia 31 lipca 1903 r., skarżąc się na osłabienie kończyn górnych i dolnych oraz na bóle [darcie] w krzyżu. W niedzielę dnia 26.VII był jeszcze zdrów zupełnie, chodził dobrze i mógł ciężko pracować. Następnego dnia, w areszcie, dostał dreszczów i począł doznawać drętwienia obu rąk do łokci, drętwienia pleców oraz bólów w prawem ramieniu i wzdłuż prawej łydki. Już wówczas czuł pewne osłabienie kończyn dolnych, ale chodzić mógł jeszcze dobrze. We wtorek osłabienie w nogach wzmogło się do tego stopnia, że idąc, musiał się opierać rękami o ścianę, w środę zaś bez pomocy nie mógł już kroku uczynić. Jednocześnie osłabienie wystąpiło i w rękach, tak iż w czwartek nie był w stanie ubrać się bez pomocy. W czwartek również zauważył utrudnienie mowy [nie był w stanie krzyknąć głośno] i kaszlu. Na kaszel chorował już przedtem. Przed trzema tygodniami dostał jakoby krwioplucia. W dzieciństwie przebył ospę. Przymiotu nie przebywał. Wódki piął dużo. Żonaty i dietny.

S t a n o b e c n y. Chory dobrej budowy, miernie odżywiony. Stan bezgorączkowy. Tętno miarowe, 84., oddechów 24 na minutę. W płucach, sercu zmian nie znaleziono. Wątroba, śledziona nie powiększone. Wypróżnień nie miał od 2-ch dni. Zaburzeń w urynowaniu nie ma. Mocz o ciężarze właściwym 1026, białka ani cukru nie zawiera. Układ nerwowy: źrenice równomierne, na światło oddziaływają dość leniwie, na akomodację prawidłowo. W obrębie n. twarzowego zaburzeń nie znaleziono. Wybitny niedowład kończyn górnych i dolnych. Chodzić chory może z trudnością i tylko potrzymany z obu stron. Chód niedowładny z nieznaczem wyrzucaniem nóg ku przodo-

wi. W pozycji leżącej nogi wyprostowane podnosi bardzo słabo, zgina je w stawach biodrowych i kolanowych, lecz oporu najmniejszego pokonać nie może. Nogi zgięte wyprostowuje nieźle. W stawach skokowych i w palcach nóg zaledwie ślad ruchów. Usiąść sam nie jest w stanie. Z boku na bok przewraca się dość dobrze. Ruchy głową wykonywa dobrze. Ramiona podnosi zaledwie pod kątem 45°. Ręce zgina i wyprostowuje w łokciu nieźle. Dłonie ściska słabo.

Mięśnie wszędzie dobrze rozwinięte, napięcie ich zmniejszone. Czucie dotykowe, być może, nieco osłabione na obwodzie kończyn dolnych, czucie bólowe i cieplikowe wszędzie zachowane. Liczne pnie nerwowe okazują wrażliwość na ucisk w stopniu wybitnym: nerwy potylicowe, sploty barkowe, szczególnie lewy, nerwy pachowe, międzyżebrowe [zwłaszcza górne z prawej strony niemal wszystkie po stronie lewej] i nerwy kulszowe; mniej wrażliwe są nerwy strzałkowe. Pnie nerwów promieniowych, łokciowych oraz nad- i podoczodołowych wcale nie wrażliwe na ucisk. Zmysł mięśniowy wszędzie zachowany. Odruchy ścięgnowe zarówno z górnych, jak i z dolnych kończyn zupełnie zniezione, również brak wszystkich odruchów skórnych. Łykanie nie utrudnione. Podniebienie miękkie porusza się żywo i przy mowie i przy dotknięciu. Tłoczenia brzuszna przy oddychaniu napina się dość dobrze. Przepona porusza się słabo, dolne granice płuc prawie nieruchome; kaszel, ruchy wydechowe utrudnione.

1.VIII. Ciepłota 37,1°. Tętno 126, małe, trudne do liczenia. Oddechów 36. Mowa cicha, głośno chory mówić nie może. Wyrzuca plwocinę z trudnością, zostaje mu na wargach. Przewrócić się z boku na bok nie może. *Epigastrium* przy oddechu nie porusza się wcale. Przy wydechu chory tłoczni brzusznej napiąć prawie nie może. Kończyny znacznie słabsze; dolne tylko przysuwa i odsuwa oraz zgina nieco w kolanach, w górnych ruchy są, ale daleko słabsze niż dnia poprzedniego. Czucie zachowane. Chory spał źle. Po kalomelu 4 wypróżnienia. Plwocina bardzo obfita [do 4-ch kufli na dobę], pienista, kataralna, łaseczników gruzliczych nie zawiera.

2.VIII. Ciepłota 37,0°. Tętno 126. Oddechów 38. Chory czuje się nieco lepiej, mniej kaszle, pewne polepszenie ruchów w kończynach dolnych. Może poruszać palcami nóg, zginać nieco nogi w stawach skokowych, przytem w prawej nodze ruchy lepsze niż w lewej. Podnosić nóg wyprostowanych nie może, lepiej zgina i wyprostowuje w stawach kolanowych. Ruchy ksojne i odsiebne słabe. Ramion podnieść prawie nie może. Zgina ręce w łokciach, jako tako. W palcach rąk ruchy bardzo nieznaczne. Ruchy głowy dobre. Oczynność *m. cucullarium* i *rhomboideorum* zachowana, *pectorales* działają słabiej. Ruchy miękkiego podniebienia prawidłowe. Łykanie dobre, wczoraj jednakże, pijąc mleko, chory zachłysnął się parokrotnie. Czucie dotykowe cokolwiek być może osłabione na stopach i dłoniach. Odruchów ścięgowych i skórnych brak. Spluwanie utrudnione. Badanie krtani zapomocą wziernika okazało niedowład strun głosowych, wybitniej lewej.

Wieczorem tegoż dnia ciepłota, dotąd prawidłowa, podniosła się do 38,2°. Chory skarżył się na wielkie osłabienie, leżał zupełnie bezwładnie, nie porusza-

jąc nawet rękami. Mówił bardzo cicho, odkasznając nie był w stanie. Łykał dobrze. Przytomność zachował zupełną. O godz. 8-ej wieczorem zmarł.

Przebieg kliniczny cierpienia w zupełności odpowiadał klasycznemu obrazowi porażenia LANDRY'ego. Po bardzo krótkim okresie zwiastunów [dreszcze, bóle, parestezye] wystąpił niedowład wiotki kończyn dolnych, następnie górnych, dalej mięśni brzucha i tułowia, wreszcie przed śmiercią wystąpiły objawy porażenia nerwu przeponowego, błędnego oraz zwrotnego. Nie było zaburzeń w obrębie nerwów ocznych, twarzowych, nie notowano również żadnych nieprawidłowości ze strony zwieraczy, ani żadnych zaburzeń troficznych. Pobudliwości elektrycznej mięśni i nerwów nie badano. Podnieść należy minimalne zaburzenia czuciowe na obwodzie kończyn i wrażliwość licznym pni nerwowych. Zaznaczyć wreszcie należy wystąpienie pierwszych objawów w areszcie [gdzie chorego podejrzewano początkowo o symulację]. Choroba zakończyła się śmiercią po tygodniowym zaledwie trwaniu.

Badanie pośmiertne, dokonane przez prof. PRZEWOSKIEGO, nie wykryło absolutnie żadnych zmian makroskopowych w narządach wewnętrznych, ani w układzie nerwowym, zarówno ośrodkowym, jak i obwodowym. Ze względu na obfitość pianistej płwociny oraz gorączkę, oczekiwaliśmy, że może znajdziemy obrzęk płuc, a obok tego może ognisko zapalne, jednakże badanie pośmiertne nie potwierdziło tego przypuszczenia. Pomimo ujemnego wyniku oględzin układu nerwowego, rdeń, opuszka i niektóre nerwy obwodowe, a mianowicie: *n. phrenicus dext.*, *vagus dext et sin.*, *plexus brachialis dext.* oraz *n. ischiadicus dext.*, poddane zostały badaniu brobnowidzowemu. Kawałki rdzenia, po jednym z każdego odcinka oraz kawałki opuszki i nerwów utrwalone zostały w płynie MÜLLER'a, ew. w alkoholu lub w kwasie osmowym i skrawki z nich otrzymane barwiono według metody WEIGERT'a, VAN-GIESON'a, hematoksyliną, według metody MARCHI'ego i NISSL'a. W budowie tkanki zmian wybitnych w rdzeniu, opuszce i nerwach obwodowych pod drobnowidzem nie wykryto. Zauważono jedynie, że w części szyjowej i górnej grzbietowej rdzenia naczynia krwionośne i okołonaczyniowe przestrzenie limfatyczne w istocie szarej są znacznie rozszerzone [patrz rysunek A]; prócz tego na skrawkach, barwionych według metody MARCHI'ego, rzucała się w oczy znaczna ilość pigmentu, nagromadzonego w komórkach przednich rogów istoty szarej rdzenia oraz w komórkach jąder ruchowych opuszki. Na skrawkach, barwionych według metody NISSL'a, wystąpiły prócz tego zmiany bardziej widoczne. Mianowicie w grupie komórek nerwowych, stanowiących jądro *n. hypoglossi* w opuszce oraz w grupach komórek przednich rogów istoty szarej rdzenia wyróżniają się niektóre komórki niezwykle wyjątkowym wyglądem. Komórki te przy zachowanych ogólnych zarysach posiadają jedynie na obwodzie normalnie zabarwione ciała NISSL'a, cały zaś środek komórki posiada wygląd przypominający pianę. Widać tu bowiem duże bezbarwne luki, poprzedzielane nadzwyczaj delikatnymi niebiesko zabarwionymi przegródkami, tworzącymi rodzaj siatki; jądra, ani jąderka w komórkach tych nie widać [patrz rysunek B]. Komórek z tak daleko posuniętymi zmianami znajdujemy jednak stosunkowo niewiele, daleko więcej komórek posiada normalne zarysy, zachowane ciała NISSL'a, jądro i jąderko, lecz naokoło jądra pewna

część protoplazmy posiada powyżej opisaną budowę piany. Komórki nerwowe, wykazujące zmiany powyżej opisane, znajdujemy w sporej ilości w jądrze *n. hypoglossi* i w przednich rogach istoty szarej rdzenia szyjowego, w górnej części

Rys. A.



Rys. B.



rdzenia grzbietowego i w rdzeniu lędźwiowym w okolicy zgrubienia. We wszystkich tych okolicach spostrzegamy jednocześnie dużą liczbę komórek o wyglądzie zupełnie normalnym, zawierających jednakże bardzo wiele pigmentu.

[D. n.]

II. KILKA SŁÓW O ROZPOZNAWANIU wczesnego dziedzicznego syfilisu.

Skreślił

Ludwik Rabek,

ordynator Warszawskiego Szpitala dla dzieci.

W pracy mej, drukowanej w roku 1897 w *Kronice Lekarskiej* p. t.: „O b-jawy, rozpoznawanie i leczenie wczesnego przy-miotu dziedzicznego” pisałem w krótkości o objawach, którym ulega skóra na całej swej przestrzeni.

W pracy obecnej chcę zaznaczyć ważne znaczenie tych objawów przy rozpoznawaniu cierpienia.

Przy wczesnym dziedzicznym syfilisie skóra obok zmian ograniczonych [wysypek, nacieczeń i t. d.] ulega zmianom na całej swej rozciągłości.

Skóra całego ciała staje się nadzwyczaj bladą, bezkrwistą. HEUBNER wyraża się, że skóra staje się podobną do pergaminu i ma taki wygląd, jak gdyby nie zawierała ani kropli krwi. Według MONTI'ego, w pojedynczych przypadkach skóra może przyjąć nawet zabarwienie trupie. Taką bezkrwistość całej skóry HEUBNER spostrzegał w większości przypadków, a BENDIX widział prawie we wszystkich spostrzeganych przypadkach.

Zabarwienie skóry całego ciała zmienia się nadzwyczaj wybitnie. Skóra traci prawidłowe blado-różowe zabarwienie i przyjmuje odcień brunatny. Zmiana zabarwienia skóry jest mocniejszą na miejscach, które przez pewien czas pozostają pod wpływem wysypek silnego natężenia. Twarz—zwłaszcza okolica brwi i podbródek—stanowi bardzo ulubione umiejscowienie wysypek syfilitycznych; z tego powodu zmiana zabarwienia skóry na twarzy występuje nadzwyczaj wybitnie. Według HEUBNER'a, skóra twarzy przyjmuje zabarwienie ziemisto-szare lub żółtawe. Zmianę zabarwienia skóry całego ciała BENDIX widział prawie we wszystkich spostrzeganych przypadkach wczesnego dziedzicznego syfilisu.

Następna zmiana własności skóry całego ciała na tem się zasadza, że skóra staje się twardą, mniej elastyczną. Najwidoczniej daje się to spostrzegać w miejscach, gdzie skóra przechodzi w błonę śluzową, a więc przy wszystkich otworach naturalnych, jak np. usta, nos, oczy, otwór stolcowy. W następstwie tego tworzą się tak charakterystyczne dla syfilisu rozpadliny, które drążą w głębsze warstwy tkankowe i pozostawiają po sobie rozległe blizny.

Skóra całego ciała przyjmuje taki wygląd, jak gdyby była nawoskowana, co najłatwiej daje się spostrzegać przy patrzeniu pod światło. Zmia-

na ta skóry jest najwybitniejszą u dzieci tłustych, szczególnie na częściach ciała zaokrąglonych. Na miejscach wysypek i nacieczeń skóra staje się błyszczącą i jak gdyby wylakierowaną. Według Montiego, w tym razie skóra tak wygląda, jak gdyby była pokryta rozczynek gumy. Z całego ciała chorego dziecka ta zmiana skóry najwybitniej występuje na podszewkach. Błyszczące lakerowane podszewy Filatow nazywa charakterystycznymi dla syfilisu. Henoch, opisując szczegółowo wygląd dziecka w okresie wczesnego dziedzicznego syfilisu, pomiędzy objawami typowymi umieszcza również błyszczące lakerowane podszewy.

Wszystkie wyżej skreślone zmiany własności skóry całego ciała u dzieci, obarczonych syfilisem dziedzicznym, występują przed pojawieniem się wysypek skórnych, najwyższego stopnia natężenia osiągają w okresie kwitnienia wysypek i przez długi czas trwają po ustąpieniu wysypek.

Zmiany te, gdy są wybitnie rozwinięte, przy jednocześnie istniejącym przewlekłym niezycie nosa i przy syfilisie w anamnezie rodziców, dają możliwość postawienia właściwego rozpoznania nawet w tym okresie, gdy brak typowych wysypek skórnych. Jak słusznie zaznacza Monti, w takich przypadkach należy zalecać wielką ostrożność i przystąpić do rozpoznania po dłuższym trwaniu obserwacji.

Wczesny dziedziczny syfilis występuje najczęściej w połowie drugiego miesiąca życia niemowlęcia, lecz niezbyt rzadko zjawia się znacznie później. Ta okoliczność sprawia wiele trudności w wyborze mamki przy ocenianiu jej stanu zdrowia. Gdy mamka i jej dziecko przy badaniu przedstawiają kwitnący obraz zdrowia, to zdanie stanowcze można wydać od razu bez żadnego wahania. Lecz, na nieszczęście, takie okazy zdrowia są wyjątkowe. Zwykle kandydatki na mamki posiadają pewnego stopnia braki czyto w odżywianiu ogólnem, czy w czynnościach narządów poszczególnych. W tym razie ważność zajętego narządu i stopień upośledzenia jego czynności decyduje, czy mamka rzeczywiście może odpowiadać zadaniu. O dziecku wypowiedzieć stanowczo, czy w chwili badania nie jest obciążone syfilisem ukrytym, często na razie jest nie możliwe. Gdy więc dziecko mamki posiada choćby najmniejsze wątpliwości co do obciążenia syfilisem dziedzicznym, to należy je przed wypowiedzeniem zdania katagorycznego przez czas dłuższy obserwować.

L I T E R A T U R A.

- 1) E. HENOCH. Choroby dzieci (po ros.). 1888.
- 2) N. FILATOW. Semiotika i diagnostika detskich boleznej. 1895.
- 3) O. HEUBNER. Syphilis in Kindesalter. 1896.
- 4) B. BENDIX. Lehrbuch der Kinderheilkunde. 1899.
- 5) A. MONTI. Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. 1901.

III. Z KLINIKI CHORÓB WEWNĘTRZNYCH WE LWOWIE.
[DYREKTOR PROF. DR A. GLUZIŃSKI].

O WĘGORKU JELITOWYM

(*Anguillula intestinalis*)

Napisał

dr Witold Ziembicki,

asystent kliniki.

[Dokończenie.—Patrz Nr. 39].

Przypadki, w których znaleźliśmy węgorzka w klinice lwowskiej, były następujące:

P r z y p a d e k I. M. K., lat 30, żona masarza. Przyjęta została do kliniki w dniu 15-go października 1902 roku.

Anamneza przedstawia się w krótkości, jak następuje:

Obciążenia dziedzicznego w żadnym kierunku nie stwierdzamy. W dzieciństwie kszusiec i płonica. Miesiączkowanie prawidłowe od 14-go roku życia. Nie rodziła, nie roniła. Cierpiała na białe upławy; aby miała kiedykolwiek objawy przymiotu, zaprzecza.

W r. 1896, przebyła operację z powodu *kystoma ovarii dextri*.

W r. 1899, poddała się powtórnie operacji (*pyosalpinx; absc. ovarii sin*).

Pomiędzy pierwszą a drugą operacją zaczęły u chorej występować przypadłości ze strony przewodu pokarmowego. Zgaga, gniesienie i bóle w okolicy żołądka, wymioty [zwyczajnie po jedzeniu] stanowiły zbiór objawów. Zawartość wymiotowana miała barwę przyjętych pokarmów, lub też częściej, była zieloną. Wyraźnie ciemne zabarwienie raz tylko chora miała zauważyć. Zwyczajnie po wymiotach zgaga się zwiększała. Stolec był prawidłowy, lub zaparty; raz tylko, a to w czasie powtórnego pobytu w szpitalu, chora dostała biegunki, przyczem miała się pojawić *k r e w w s t o l c a c h*. Napady bólów i wymiotów powtarzały się co parę lub kilka tygodni, z rozmaitem nasileniem przez przeciąg około 2-eh lat. W ciągu tego czasu odżywienie chorej miało znacznie podupać. Wreszcie objawy zaczęły z wolna ustępować i ustały, nie powtarzając się przez szereg miesięcy. Wówczas utrzymywało się tylko nieznaczne gniesienie w dolku podsercowym, częste przelewanie i kruczenie w jelitach.

Naraz przed trzema tygodniami pojawiły się nader uporczywe wymioty wraz z silnymi bólami w całym brzuchu i utrzymują się z małymi przerwami do tej chwili. Dolegliwościom tym towarzyszy ból głowy, uczucie braku sił.

Stolec zaparty. Moczu ilość skąpa.

St. praes. Odżywienie dość dobre. Skóra biała, na twarzy zaróżowiona. Temperatura niepodwyższona. Zakończenia n. trójdzielnego niebolesne, w zakresie n. twarzowego brak zmian.

Prawa żrenica nieco szersza, aniżeli lewa.

Badanie narządu wzrokowego, przewidziane w klinice okulistycznej, wykazuje:

Hypermetropia min. grad.

Asthenop. muscul. et accomod. oc. utrius.

O b j a w ARGYLL - ROBERTSON'a.

W narządzie oddechowym: objawy lekkiego nieżytu oskrzeli.

W układzie krwionośnym: brak zmian chorobowych.

Wątroba lekko namacalna, nieco bolesna.

Śledziona powiększona, namacalna, brzeg twardy, bolesny.

Okolica dołka podsercowego bolesna przy obmacywaniu. Pluskania w żołądku nie stwierdzamy.

Brzuch miernie wzdęty. Powłoki dość wiotkie. W jelitach kruczenie.

Odruchy kolanowe prawidłowe.

Zboczenia naczyńiorachowe, objawiające się jako dermatografia. Nawet w miejscach stykania się ciała z pościelą żywo - różowe plamy i linie. W czuciu zmian nie wykazujemy.

W moczu brak składników nieprawidłowych.

Stolec zaparty. W kale, uzyskanym po ławatywie, znaleziono dość liczne pasożyty, odpowiadające opisanym przez BAVAY'a jako *anguillula stercoralis*

O b s e r w a c y a. Silne bóle w całym brzuchu utrzymują się z małymi przerwami. Chora wymiotuje uporczywie, po kilka i kilkanaście razy dziennie. Zawartość najczęściej mętna, zielonkawa, ze strzępami śluzu. W zawartości obecny wolny kwas solny.

Bóle jako też i wymioty nie dały się usunąć żadnymi środkami. Chora zaczęła podupadać na siłach. *Per os* nie przyjmowała wreszcie żadnych pokarmów, przystąpiono więc do żywienia *per rectum*. W moczu pojawił się aceton. Stan ten trwał do dnia 4-go listopada, a zatem razem przeszło 5 tygodni. Objawy ustępowały stopniowo.

B a d a n i e z a w a r t o ś c i ż o łą d k o w e j, przewidziane w tym czasie, o ile na to pozwalał stan chorej i o ile nie zwymiotowała próbnego posiłku, daje wynik następujący:

Dnia 16.X. Na czczo. Po wlaniu 50 ctm³ wody wydobyto zawartość białawą, o przesączu jasnym jak woda, o oddziaływaniu kwaśnem. Stopień kwasności ogólnej 32. Wolny HCl nieobecny (?). Pod mikroskopem bardzo obfita liczba jąderek, liczne ciała wypocinowe, komórki przybłonkowe.

Dnia 17.X. Na czczo. Zawartości ilość skąpa. Wolnego HCl ślad.

P r ó b a b i a ł k o w a. Po 3-ch kwadransach bez wiania wody wydobyto około 40 ctm³ zawartości mętnej, białawo-żółtej, skąpe, nadtrawione resztki-

białka zawierającej. Przesącz mętnawy. HCl bardzo wyraźny. Kwaśność=40. Pod mikroskopem: jąderka, ciała wypocinowe, *detritus*.

Obiad próbny. W 4-y godziny bez wiania wody wydobyto około 50 ctm³ miazgi pokarmowej. Przesącz jasny. HCl wyraźny. Kwaśność: 20. Pod mikrosk.: włókna mięsne z prążkowaniem zatarciem, ciała wypoc., tłuszcz, skrobia, drożdże.

Dnia 28.X. Na czczo. Bez wiania wody wydobyto 50 ctm³ zawartości mętnawej ze strzępami śluzu. Przesącz jasny. Kwaśność 2. HCl: ślad ledwo dostrzegalny.

Próba białkowa. Bez wiania wydobyto 50 ctm³ zawartości mętnawej z nielicznymi resztkami białka. Przesącz jasny. Kwaśność: 1., HCl brak.

W zawartości żołądkowej pasożytów wcale nie znaleziono.

Podobne do powyżej przedstawionych objawy ze strony przewodu pokarmowego powtórzyły się znowu dnia 27.XI i trwały do dnia 14.XII.

Po raz trzeci zaś wśród tej pierwszej obserwacji klinicznej napad trwał od 2.I do 20.I. 1903 r., poczem przez przeciąg blisko 4-ch miesięcy pauzował względny spokój.

Chora opuściła klinikę z rozpoznaniem: *Crises gastriques in ind. cum ovariotomia bilat. fact.*

W dniu 26 maja 1903 r. zgłosiła się znowu do kliniki, gdzie przebywała do końca lipca tegoż roku, okazując z małymi przerwami też same objawy. Badanie zawartości żołądkowej dawało wyniki podobne do poprzednich.

W ciągu roku 1903/4 panował spokój. Pomimo tego pasożyt utrzymywał się ciągle. W czasie tym chora dość znacznie przybrała na wadze; badanie układu nerwowego nowych zmian nie wykazywało.

Z początkiem 1904/5 r. przez parę tygodni uporczywe wymioty i bóle. W układzie nerwowym nowych zmian niema. Pasożyt utrzymuje się.

W czasie całej tej obserwacji w stolcu, który był prawie zawsze zaparty, znajdowano stale mniejszą lub większą liczbę młodych okazów pasożyta, którego oznaczenie, przy bliższym zapoznaniu się z nim, nie ulegało wątpliwości. Ostatecznie z chwilą, gdy w stolcach przechowanych rozwinęły się osobniki płciowo dojrzałe, rozpoznanie gatunku było potwierdzone. Obserwacja codzienna, przez szereg miesięcy trwająca, wykazała, że rozwój pasożyta odbywał się w tym przypadku najczęściej na drodze przemiany bezpośredniej, z wypuszczeniem więc generacji płciowej, wolno żyjącej. Zwłaszcza z początkiem pobytu chorej w klinice [więc w miesiącach zimowych] nigdy nie spostrzegłem samców i samic, stanowiących dojrzałą, wolno żyjącą generację, — lecz jedynie larwy, końcowy stopień przemiany tworzące. Te ginęły po kilku dniach, nie znajdując w kale warunków do życia. W prowadzenie ich do przewodu pokarmowego psów, kotów, królików, tak do żołądka, jak do odbytnicy, nie dało żadnego wyniku. Pasożyta nie udało się w przewodzie

pokarmowym tych zwierząt rozmnożyć, — ani też wywołać jakichkolwiek u nich objawów¹⁾).

Czy którykolwiek z objawów u naszej chorej mógłby być odniesiony do obecności w jej przewodzie pokarmowym pasożytów?

Widzieliśmy, że zdania autorów o znaczeniu węgorka dla organizmu ludzkiego, autorów, którzy znali całe szeregi przypadków, były sprzeczne. Nawet ci, którzy przypisywali mu jakieś znaczenie, dopatrywali się go przede wszystkim w wywoływaniu uporczywych biegunek, względnie niedokrwistości.

U naszej chorej biegunki nie było nigdy [z wyjątkiem krótkiego okresu, o którym wspomina się w anamnezie]. Objawy zaś ze strony przewodu pokarmowego odpowiadają obrazowi typowych *crises gastriques tabétiques*, do których rozpoznania upoważniało nadto zachowanie się żreń. Obecność odruchów kolanowych, jak wiadomo, przeciw wiadomości rdzenia nie przemawia. Podkreślić wreszcie należy okoliczność, że pasożyt w ilości niemniejszej znajdował się w kale i w okresach wolnych od napadów.

Badanie krwi nie wykazuje niedokrwistości.

Jeden natomiast szczegół mógłby być wskazówką, zwracającą naszą uwagę na znaczenie pasożyta, a tem jest znaczna eozynofilia, dochodząca do 9,3% ciałek białych.

Usiłowania spędzenia pasożyta z ciała żywiciela nie powiodły się. Znaue środki przeciwczerwcowe były bezskuteczne.

Chora zostaje w dalszej obserwacji, zgłaszając się od czasu do czasu. Nadmienić wypada, że ze Lwowa nigdy nie wyjeżdżała.

P r z y p a d e k II. Chora M. B., l. 19, służąca, przyjęta do kliniki d. 7.VI 1904 r. z objawami influency.

Objawy te po niedługim czasie ustąpiły, poczem badanie nie wykazywało żadnych zmian w narządach.

Chora skarżyła się jednak na częste bóle w krzyżach, na bóle w dołku podsercowym, na zawroty głowy, uczucie osłabienia. Stolec był stale zaparty. Nadto można było stwierdzić silne pocenie się, zwłaszcza rąk, tak, że chwilami pot obficie spływał z dłoni. W dłoniach i palcach, które często miały barwę siną, doznawała chora od czasu do czasu uczucia mrowienia, cierpięcia.

Badanie krwi wykazało:

- 1) Nizka odsetka hemoglobiny (60 FLEISCHL);
- 2) Wysoka odsetka ciałek białych eozynochłonnych, bo liczba ich dochodziła do 18%!

Ta znaczna, stale utrzymująca się eozynofilia wzbudzała podejrzenie, czy u chorej nie znajdziemy pasożytów. I w istocie — w stolcu obok jaj włosogłówek ludzkiej (*trichocephalus dispar*) znaleziono okazy młodego pokolenia węgorka jelitowego.

¹⁾ Obecnie ma się poczynić doświadczenia z małpami,



- Rys. 1. Kształt przełyku (*oesophagus*).
 " 2. Embryo ze świeżego kału.
 " 3. Samica } pokolenia wolno żyjącego.
 " 4. Samiec }
 " 5. Embryo, pochodzące od pokolenia wolnożyjącego.
 " 6. Larwa, z której w przewodzie pok. czółwleka rozwija się.
 " 7. Pasożyt właściwy (obojnak).

(Rys. 2 do 6 wykonane przez autora podług własnych preparatów. Rys. 7 schematycznie podług opisów i rycin).

Pomimo podawania pastylek z *santoniną* ani jeden, ani drugi pasożyt usunąć się nie dał. Z powodu zaś zamknięcia roku szkolnego, obserwacja musiała uleść przerwie. Jak nam wiadomo, chora pełni obowiązki służącej i wywiązuje się z nich bez przeszkody.

Słówko o leczeniu. Spędzenie węgorka z przewodu pokarmowego człowieka, dotychczas nie udało się nikomu. Zwyczajne środki przeciwczerwieniowe są tu bezsilne, czyto z powodu małych rozmiarów pasożyta, który dzięki temu może ująć bezpośredniemu zetknięciu z zabójczą substancją, czy też dla tego, że właśnie dorosłe okazy ukrywają się istotnie w głębi błony śluzowej, gdzie są bezpieczne.

Jeden tylko środek zdawał się liczbę wydzielanych pasożytów [których bywa do 20000 na dobę] zmniejszać, a z czasem nawet, jak przypuszczał NORMAND, usuwać pasożyty zupełnie, mianowicie mleko słodkie. Że dyeta mleczna mogła powracać zdrowie owym chorym, wycieńczonym biegunką żołnierzom francuskim, to byłoby zrozumiałem, choćby na pasożyty nie miała bezpośredniego wpływu.

W zakończeniu chciałbym zwrócić uwagę na szczegóły, pozwalające rozpoznać węgorka bez obawy przyjęcia za niego jakiegokolwiek innego pasożyta.

Rozpoznanie węgorka w kale ludzkim nie przedstawia najmniejszych trudności.

Lekarz spotyka się z węgorkiem przedewszystkiem przy sposobności oglądania kału pod mikroskopem. W świeżym—podkreślam—w ś w i e ż y m kale obecne być mogą jedynie młode, embryonalne formy pasożyta. Czy istnieje inny pasożyt, którego larwy podobne są do larw węgorka? Tak jest. Jest nim tęgoryjec (*anchylostoma s. dochmius duoden.*). Istotnie, tak wielkość, jak budowa, nawet zbliżony kształt przełyku mógłby tu być powodem omyłki. Nie zajdzie ona atoli nigdy, gdy zapamiętamy następującą zasadniczą różnicę: w świeżym kale ludzi, mających tęgoryjca, znajdujemy tylko jaja,—larw nie znajdujemy nigdy. W stolcach ludzi, mających w swym przewodzie pokarmowym węgorka, znajdujemy, przeciwnie, tylko larwy; jaj nie znajdujemy nigdy.

Pewność, że znaleźliśmy węgorka, oczywiście stanie się tem większą, gdy w przechowanym kale rozwiną się dojrzałe samce i samice, względnie owe końcowe larwy, budowy nitkowatej. Wszystkie te postaci łatwo możemy wyhodować w kale, pozostawionym w temperaturze pokojowej i śledzić ich rozwój zapomocą mikroskopu.

Panu Profesorowi GŁUZIŃSKIEMU składam podziękowanie tak za pozwolenie na opracowanie przypadków, jak też za zachętę i pomoc w pracy.

IV. ZE SZPITALA WOLSKIEGO.

Haematocele anteuterina.

Podał

Dr med. Zygmunt Monsiorski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 40].

Chcąc wytworzyć sobie zdanie własne z przytoczonych historii chorób i poglądów różnych autorów, należy w orzeczeniu dodać jeszcze jeden szczegół. Zgadza się wszyscy na to, że *retropositio*, *retroversio*, *retroflexio*, *descensus* — ruchome czy nie ruchome — usposabiają do formowania się krwisteku przedmacicznego; otóż tu wstawiłbym jeszcze określenie „pierwotne — czy wtórne“, mając na myśli, że zmiany położenia macicy mogą zależeć albo od przyczyn, leżących w samej macicy i jej więzach, albo też od chorób sąsiednich narządów. Macica względnie zdrowa może być odepchnięta ku tyłowi przez sprawę chorobową jednego z przydatków lub jej następstwa [blizny]. I jeszcze nie na tem koniec. Czy krwistek przedmaciczny może powstać u kobiety, mającej macicę w przodopochyleniu? Na to nigdzie dotąd nie znajdujemy odpowiedzi. Otóż mój przypadek poucza, że najzdrowsza [przynajmniej pozornie] kobieta może zapaść na krwistek przedmaciczny, jeżeli krwistek formuje się wtórnie. Wszak wiadomo, że poronienie jajowodowe zasadniczo daje nawroty krwawienia; krwawienie zaś do jamy brzusznej z innych przyczyn zwykle się nie powtarza. Otóż ile razy wytworzy się przy ciąży jajowodowej krwistek boczny i odsunie macicę w bok i ku tyłowi, to zawsze mamy wtedy najlepsze warunki do wytworzenia się krwisteku przedmacicznego.

Co się tyczy leczenia i wyników, tablica nasza wskazuje, że w 7-u przypadkach robiono laparotomię z 5-ma zejściami pomyślnie; w 11-u przypadkach leczono wyczekująco i otrzymano 7 wyzdrowień; 2 razy zrobiono przekłucie, raz pomyślnie, drugi raz z zejściem śmiertelnem; wreszcie raz otwarto krwistek przez pochwę z dobrym wynikiem [w przypadku moim]. Pod tym względem trudno formułować zasadę postępowania. Sądzę, że można się zgodzić z niektórymi wnioskami BERTRAND'a, wyrażającego ówczesne poglądy szkoły w Nantes; ja się na to piszę, tembardziej, że tam znajduję potwierdzenie mojego zabiegu:

1) Przy dużych wylewach, zależnych od ciąży jajowodowej lub grożących życiu chorej — cięcie brzuszne.

1) *Colpotomia anterior* w tych przypadkach, gdy wylew jest mały i niewiele wystaje ponad spojeniem łonowem, w przypadkach, nie przekraczających granic miednicy.

Trzeci wniosek BERTBAND'a jest wadliwy: „Cięcie brzuszne podotrzewne przy wylewach bocznych, przy krwotokach zaotrzewnych, przy krwistekach nadmacicznych“.

Streszczając się, podam w krótkości główne dane tej pracy:

1) Sądząc z dostępnej mi literatury, pierwszy raz zastosowano w naszym przypadku cięcie pochwowe przednie w krwisteku przedmacicznym.

2) Według zdania ogólnie przyjętego, jedna z odmian zboczenia macicy ku tyłowi (*retropositio, retroversio, retroflexio*) ruchomego lub unieruchomionego jest konieczna, aby mógł wytworzyć się krwistek przedmaciczny.

3) U kobiety, mającej przodopochylenie macicy, może się wytworzyć krwistek przedmaciczny, ale wtórny; usposabiają do krwisteku przedmacicznego i te zboczenia macicy ku tyłowi, które powstały w następstwie chorób przydatków macicznych.

4) Rozpoznanie krwisteku przedmacicznego nie będzie trudne, o ile uwzględniając wywiady, pamiętać będziemy o możliwości takiego umiejscowienia krwisteku.

L I T E R A T U R A.

- 1) v. ROSTHORN. Krankheiten des Beckenbindegewebes. VERT. Handb. d. Gyn. T. III, Z. II.
- 2) WINTERNITZ. Haematocelo. VERT. Handb. d. Gyn. T. III, Z. II, wyd. II.
- 3) PAUL BERTRAND. De l'hematocèle antéutérine. Thèse de Nancy. 1895.
- 4) CHASSAIGNAC. Traité de suppurations. T. II, p. 463.
- 5) PUECH. Atrésie des voies génitales.
- 6) SIREDEY. Th. de Paris. 1860.
- 7) PISTOR. Berl. klin. Woch. 1868. T. V. p. 298.
- 8) OLSHAUSEN. Arch. f. Gyn. 1870.
- 9) D'AITKEN. Trans. of the Edimbourg obs. soc. 1870. Arch. f. Gyn. 1873.
- 10) MARTIN-MAGRON e. SOULIÉ. Trans. of the Edimb. obst. soc. 1870. Arch. f. Gyn. 1873.
- 11) BRAUN. Haematocelo anteuterina. Wien. med. Woch. 1870.
- 12) SCHROEDER. Hematocelo anteuterina. Arch. f. Gyn. 1873.
- 13) WORSTROM. Haematocelo parauterina. Stockholm. 1872.
- 14) PONCET. Thèse d'aggrégation. 1878.
- 15) DE MARCY. Haematocelo anteuterina subperitonealis. New-York. M. I. 874. XX.
- 16) TRECHSEL. Correspondenzbl. f. Schw. Aerzte. 1875.
- 17) VIRCHOW. Ibid. 1875.
- 18) BARNES. Traité de maladie des femmes. 1876.
- 19) JOUSSET. Thèse de Paris. 1883.
- 20) EMMET. La pratique des maladies des femmes 1887, p. 209, obs. XXIII.
- 21) FANNY BERLIN. Haematocelo anteuterina. Am. J. of Obst. Maj. 1889.
- 22) GAUTHIER. Am. J. of Obst. 1889. obs. XII.
- 23) BINAUD. Thèse de Bordeaux 1892. obs. II, p. 38.
- 24) CESTAN. Obs. X, XIII i XX (Thèse de BERTRAND).
- 25) VAUTRIN. Ibid.
- 26) DUFFNER. Ibid.
- 27) COURTY. Traité pratique des maladies de l'utérus. 1881, p. 1811.

- 28) EHRENDORFER. Durchbruch des Fruchtsackes in die Harnblase. Separ. Abdr. aus des Wiener klin. Woch. 1889. N. 13.
- 29) FRANZ WINCKEL. Ueber den Durchbruch extrantriner Fruchtsäcke in die Blase. Volkm. Samml. klin. Vort. 1890. N. 3.
- 30) JOSEPH. Harnblasenschwangerschaft.
- 31) SCHWARZ FRIEDRICH. Ruptur eines tubaren Fruchtsackes, Abgang der Frucht durch die Harnblase. Orvosi Hetilap. 1897, str. 531. NEUMAN. Geb. gyn. Arb. in Ungarn. 1897. Monats. f. Gyn. 1898, str. 684, 685.
- 32) PREWITT. Extrantriner Fruchtsackumor vor dem Uterus. FROMMEL, 1899, str. 736. N. 77.
- 33) POLLOSSON. Tubenschwangerschaft, unstillbares Erbrechen, künstlicher Abort, Heilung. Lyon med. 1899. N. 15.
- 34) HUB G. Deux cas de gros. extrant. ancien. ouv. dans la vessie; cystotomie suspubienne. Bul. et mem. de la soc. de chir. de Paris t. XXV. FROMMEL. 1900, str. 352.
- 35) DOKTOR. Seltener Fall von Extranteringravidität. Monatss. f. Geb. u. Gyn. 1899, str. 90.
- 36) DORAN. Tubarer Fruchtsack vor dem Uterus gelegen. Centralbl. f. Gyn. 1902. N. 2, p. 79.
- 37) BROHL. Schwangere Tube vor dem Uterus. Monatss. f. Geb. und Gyn. 1903, str. 392.
- 38) BAATZ. Ueber die Perforation einer Extranterinschwangerschaft in die Blase. Centr. f. Gyn. 1900. N. 24.
- 39) POZZI. Podręcznik chorób kobiecych.
- 40) SCHROEDER. " " "

U w a g a. Prace, podane pod numerami od 4-go do 27-go włącznie, przytoczono według tezy BERTRAND'a (N. 3).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

128. Kownatzki. W sprawie leczenia wysiękowego zapalenia otrzewnej połogowego z otwarciem jamy brzusznej i sączkowaniem.

Autor opisuje 5 przypadków wymienionej choroby, leczonych na drodze operacyjnej z zejściem najzupełniej pomyślnem: dwa z pośród nich dotyczyły zakażenia ropnego [obfitość paciorkowców], reszta zaś — gnilnego z najrozmaitszego rodzaju lasecznikami i ziarniakami. Wspólne cechy kliniczne wszystkich przypadków polegały: 1) na wybitnie powolnym rozwoju zapalenia otrzewnej, tak iż obraz kliniczny cierpienia osiągał swego szczytu zaledwie 7-go—8-go—10-go dnia po rozwiązaniu, 2) na nadzwyczaj powolnem oddziaływaniu na stan ogólny, 3) na nadzwyczaj małej bolesności brzucha na ucisk. Takie właściwości przebiegu pomienionego cierpienia dają możność, jak twierdził już WALTHARD, dobrego rokowania przy wczesnem stosowaniu zabiegu operacyjnego. A zatem, zdaniem autora, należy operować możliwie najwcześniej, natychmiast po upewnieniu się, że mamy do czynienia z rozpoczynającym się wysiękowym zapaleniem otrzewnej, dopóki stan ogólny jeszcze jest dobry, dopóki niejęst zajęta cała jama brzuszna. Dalej wiadomo, że okrężnica poprzeczna ze swą kreską, przylegając do przedniej ściany brzucha, tworzy przegrodę wewnątrz jamy brzusznej, czyli niejako stanowi pewną ochronę dla okolicy nadpęca

przeciw postępującemu z dołu zapaleniu otrzewnej. Bezcelowem byłoby dążenie do ograniczenia sprawy chorobowej zapomocą opium i lodu — takie zabiegi zaciemniają tylko obraz choroby i operacja zwykle staje się spóźnioną, stosowanie jej bowiem wówczas, gdy już rozwinię się klasyczny obraz zapalenia otrzewnej jest tylko środkiem połowicznym, nie osiągniętym żadnego celu. Naturalnie, że wczesne rozpoznanie omawianego cierpienia nie jest bynajmniej rzeczą bardzo łatwą, szczególnie u położnic, u których brzuch tak często bywa dosyć znacznie wzdęty, bolesny, a wybitna częstość tętna może też zależeć od ogólnego zakażenia ropnego. Otóż, w tym razie, zdaniem autora, wielką przysługę oddaje przekłucie próbne. W razie ujemnego wyniku przekłucia przy jednoczesnem i uzasadnionem podejrzeniu na obecność wolnego wysięku, należy uciec się do próbnego cięcia w miejscu najbardziej podejrzanem. Wreszcie słów parę o rodzaju zabiegu operacyjnego. Według zasad ściśle chirurgicznych, należałoby wyciąć zajętą macicę, stanowiącą w wielu przypadkach na pewno źródło wciąż powtarzającego się zakażenia, wraz z jej przydatkami, naczyniami chłonnymi i krwionośnymi; jednocześnie należałoby dokładnie oczyścić otrzewną, usuwając, w miarę możliwości, wszystkie ogniska choroby wraz z ich produktami. Pomimo atoli kilku pomyślnych przypadków, wyłuszczenie macicy przy zapaleniu otrzewnej zostało zarzucone, ponieważ niemożliwem jest określenie terminu, w którym wskazany jest ten wielce trudny i niebezpieczny zabieg. Można mieć go na uwadze tylko przy jednoczesnem zatrzymaniu sposoczałego, nie dającego się usunąć łożyska, przy jednoczesnem ropniu macicy lub zapaleniu macicy z oddzieleniem się części jej ściany (*metritis dissecans*). Jeżeli zaś nie usuniemy macicy, to trudno przypisywać zbyt wielką wartość najbardziej nawet sumiennemu oczyszczaniu otrzewnej; w takich warunkach celowem jest jedynie sączkowanie, możliwie najprostsze, dla ułatwienia odpływu wydzieliny — reszta zależy już od sił ustroju. Opierając się na przytoczonych wywodach, autor zaleca wykonywać cięcie w okolicach pachwin, jako w miejscach, gdzie sprawy zapalne, wychodzące z macicy, najpierw dosięgają ściany brzusznej; przeciwotwory robi się w najgłębszych miejscach lędźwia, w przejściu do grzbietu. Należy unikać zarówno wysuszania, jak i przepłukiwania, sączkować nie gazą, a tylko rurkami gumowemi. Sączkowanie działa pomyślnie, ponieważ wydzielina odpływa długo i obficie.

(*Berlin. klin. Woch. 1905. N. 30*).

W. Dobrowolski.

129. Hoffa. Leczenie ortopedyczne porażen.

Ponieważ leczenie wewnętrzne porażen zapomocą podawania strychniny lub ergotyny nie prowadzi zwykle do wyników pożądaných, należy zatem w możliwie najwcześniejszych okresach omawianej kategorii cierpień uciekać się do zabiegów ortopedycznych, mających do uwzględnienia dwa wskazania:

1) możliwie największe zredukowanie porażenia, ewentualnie zupełne jego wyleczenie;

2) zabezpieczenie przed powstaniem przykurczenia.

W świeżych przypadkach porażen mięśni zaczynamy leczenie od ich konsekwentnej elektryzacji: anod na kręgosłup w miejscu, odpowiadającem uszkodzeniu odnośnej części rdzenia, katod — na mięsień porażony. Można również drażnić oddzielne mięśnie *stabil* lub zapomocą alternatywy VERTA'y. Do elektryzacji można dołączyć mięsienie, ćwiczenia gimnastyczne i rękoczynny wyprostowujący (*redressierende Manipulationen*). Kiedy zaś w porażonych mięśniach rozwinię się zdolność do ruchów samodzielnych, chociażby nieznacznych, należy, celem stopniowego zwiększenia siły mięśni, przeciwstawiać powoli pewien opór. Obok tej metody autor zaleca stosowanie ciepłych kąpiei 26 — 28.

w ciągu 10 — 15 minut; po wyjściu z kąpieli nacieranie członków spirytusem kamforowym, gorczycowym, mrówczanym i t. d. Wszystkie wymienione dotychczas zabiegi mogą być stosowane jedynie we względnie świeżych przypadkach i czynią zadość wskazaniu, wyłuszczoneму pod № 1. Co się dotyczy wskazania 2-go, to najlepiej uciec się do t. zw. *Schienenhülsenapparate* według HESLING'a, wyrabianych z gipsu, szkła wodnego, celluloidu i t. p., a najlepiej — ze skóry. Następnie autor przechodzi do leczenia przypadków zastarzałych, jak oto: *torticollis paralytica*, *lardosis*, *kyphosis* i *scoliosis paralytica*, przykurczenia porażenne, rozmaite zniekształcenia kończyn. Przykurczenia wogóle należy starać się usunąć przez wyprostowywanie, stanowiące w tych razach pierwszy zabieg ortopedyczny, co udaje się łatwiej w przykurczeniach porażennych, aniżeli w przypadkach zniekształceń wrodzonych. Naturalnie, w razie zbyt silnego oporu ze strony części miękkich, trzeba pomyśleć o podskórnem lub otwartem przecięciu z następczem nałożeniem opatrunku gipsowego na przeciąg kilku tygodni.

Po wyprostowaniu danej kończyny obowiązkiem lekarza jest właściwe położenie utrwalić, co się skutecznie albo zapomocą wspomnianych przyrządów lub też pewnych zabiegów chirurgicznych; właściwie pierwszeństwo należy oddać tym ostatnim, ponieważ przy stosowaniu przyrządów pomimo dosyć częstej ich zmiany z powodu niszczenia się ich, bezwarunkowo następuje mniej lub więcej wyrażony zanik mięśni. Autor ma tu na myśli dwa rodzaje operacji: 1) wykonaną po raz pierwszy przez ALBERT'a *arthrodesis* w celu sztucznego stężenia porażonego stawu i 2) przeszczepianie ścięgien, zainicjowane przez NIKOLADONI'ego. Rozróżniają czynne, bierne i czynno - bierne przeszczepianie ścięgien: czynne jest wówczas, jeżeli sprawne (*funktionsfähig*) ścięgno lub część jego zostaje przeszczepione na ścięgno porażone, bierne — jeżeli ścięgno porażonego mięśnia, ewentualnie część ścięgna, zostaje przyszyta do ścięgna sprawnego mięśnia, wreszcie czynno - bierne stanowi połączenie obu poprzednich. Wyniki, otrzymane przez przeszczepianie mięśni, są nadzwyczaj zadowalające. Wyłuszczone metody dotyczą zarówno porażeń dziecięcych rdzeniowych i mózgowych, jak i porażeń kurczowych. Do osiągnięcia pożądanych i trwałych wyników koniecznym warunkiem jest wielka wytrwałość ze strony chorego, a również i lekarza, nie mówiąc już naturalnie o indywidualizowaniu leczenia ortopedycznego.

W. Dobrowolski.

130. Eichhorst. O wpływie ostrych chorób zakaźnych na przewlekłe zapalenie nerek.

Autor przytacza dwa ciekawe przypadki wyleczenia przewlekłego zapalenia nerek przez powikłanie szkarlatyną. W przypadku pierwszym dwudziestoletnia dziewczyna, cierpiąca od 2½ lat na przewlekłe zapalenie nerek, zachorowała na szkarlatynę. Po przybyciu chorej do szpitala, [trzeciego dnia choroby] ilość dobową moczu wynosiła 500 cm. sz., ciężar właściwy 1020, białka 1%, przyczem próba HELLER'a wykazała domieszkę krwi, co potwierdziło badanie drobnowidzowe, które wykazało poza wałeczkami i czerwone krążki krwi, po części w stanie niezmienionym, po części zaś wyługowane. Po dziewięciu dniach choroby gorączka spadła i jednocześnie ilość krwi, wałeczków i białka w moczu zaczęła się zmniejszać. Jeszcze po 14 u dniach wszystkie patologiczne części składowe moczu znikły, a wygląd chorej znacznie poprawił się. Parokrotne następne badanie moczu nie wykazało ani śladu białka, ani też krwi i wałeczków. Chora wypisała się ze szpitala, wyleczona nie tylko ze szkarlatyny, ale i z przewlekłego zapalenia nerek.

Drugi przypadek dotyczy 2½ letniego chłopczyka, który będąc od kilku miesięcy chory na przewlekłe zapalenie nerek, dostał, leżąc w szpitalu, szkarla-

tyny. Przed tem powikłaniem ilość moczu chorego dosięgała często 1400 cm. sz., ciężar właściwy wahał się między 1003 i 1006, ilość białka od 0,75 — 3‰, w osadzie znajdowały się nieliczne wałeczki szkliste i drobnoziarniste. Chory miał też dwa ataki uremiczne. Podczas przebiegu szkarlatyny ogólny stan chorego pogorszył się, ilość moczu spadała do 300 cm. sz. dziennie, a przez tydzień nawet do 100 cm. sz., ilość zaś białka podniosła się do 24—28‰. Przytem krwi w moczu nie znaleziono ani razu, ilość zaś wałeczków pozostawała skąpą. Od 10-go dnia choroby, jednocześnie z poprawą ogólnego stanu, ilość procentowa białka zaczęła szybko spadać i doszła do 1‰. Z chwilą, gdy chory przestał gorączkować znajdowano białka już tylko ślady, a jeszcze po paru dniach białko znikło zupełnie, jak również i wałeczki. Małec wypisał się ze szpitala zdrow zupełnie.

Autor zapytuje się, czy tylko szkarlatyna wywiera taki dodatni wpływ na przewlekłe zapalenie nerek? Otóż przejrzawszy odpowiednią literaturę, autor przytacza artykuł NYROP'a, który opisuje dwa przypadki przewlekłego zapalenia nerek, w których nastąpiło powikłanie różą z następnem kompletnem wyleczeniem. Na zasadzie tych i swoich spostrzeżeń, EICHENHORST proponuje spróbować leczyć przewlekłe zapalenia nerek surowicą przeciwpaciorkowcową.

Pytanie, czy szkarlatyna leczy przewlekłe zapalenia nerek, autor rozstrzyga w ten sposób, że twierdzi, iż szkarlatyna wywiera wpływ leczniczy prawdopodobnie tylko w znaczeniu klinicznym. Znikają wszelkie objawy choroby, znika z moczu białko, krew i wałeczki, a skład jego staje się zupełnie normalny. Wyleczenie zaś kompletne z punktu widzenia anatomicznego, zdaje mu się mało możliwem. Dlatego też można spodziewać się z czasem nawrotu cierpienia. Na potwierdzenie swego przypuszczenia autor przytacza historię choroby pewnego robotnika, który przez długi czas cierpiał na przewlekłe zapalenie nerek. Chory umarł na zapalenie płuc obustronne, a na kilka miesięcy przed śmiercią parokrotnie dokonywane badanie moczu, jako też i podczas ostatniej choroby, żadnych zmian patologicznych nie wykazywało. Tymczasem przy badaniu mikroskopowem nerek okazało się, że nie było prawie ani jednego nie uszkodzonego ciała nerkowego; wszystkie zaś miały zgrubiałe torebki.

(*Medicinische Klinik*. 1905. N. 42).

T. Wretowski.

131. A. Fournier. Syfilis i paraliż postępowy. [Odczyt w paryskiej Akademii Lekarskiej i dyskusya przy współudziale RAYMOND'a, JOFFROY, LANCERAUX, CORNIL'a, HALLOPEAU, MOTET'a].

W 112-u obserwowanych przez siebie przypadkach paraliżu postępowego FOURNIER stale stwierdzał syfilis. W 65% przypadków paraliż postępowy rozpoczął się między 6-ym a 12-ym rokiem trwania syfilisu, gdy syfilis mózgu występuje zwykle w ciągu pierwszych pięciu lat choroby. We wszystkich przypadkach, spostrzeganych przez FOURNIER'a, leczenie antysyfilityczne było niedostateczne. Na 82 przypadki paraliżu postępowego, w których przebieg syfilisu był dokładnie wiadomy, tylko trzykrotnie wystąpiły objawy trzeciorzędne, 8 razy objawy syfilityczne były co najwyżej średniego natężenia, 69 razy były lekkie. Według FOURNIER'a, paraliż postępowy występuje rzadziej, jeśli syfilis był starannie leczony; niemniej jednak, pomimo energicznego leczenia nie jest się pewnym, czy się uniknie paraliżu postępowego. Leczenie rtęcią pozostaje bez wpływu na paraliż postępowy, niektórzy uważają je nawet za szkodliwe. Ponieważ paraliż postępowy występuje często w 6-ym i 10-ym roku trwania syfilisu, FOURNIER przypuszcza, iż leczenie zapobiegawcze jest pożyteczne około 5-go i około 7-go lub 8-go roku choroby. Prócz leczenia specyficznego należy zwracać uwagę na systemat nerwowy chore-

go: zabronić przeciążenia nerwowego, przepisać właściwą higienę i w razie potrzeby zastosować odpowiednie leczenie, szczególnie hydroterapię.

RAYMOND zgadza się w powyższem z FOURNIER'em, przypisuje jednak daleko większe znaczenie wpływowi dziedziczności, która odgrywa zresztą poważną rolę i w patogeniezie władu rdzenia.

JOFFROY jest zdania, że paraliż postępowy i syfilis są to cierpienia zupełnie odmienne, że paraliż postępowy może wystąpić u syfilityka, lecz niema paraliżu postępowego syfilitycznego; nie podobna zaprzeczyć, że w anamnezie paralityków postępowych spotykamy częściej syfilis, aniżeli przy innych chorobach umysłowych, jest to jednak tylko dowodem, że syfilis sprzyja wystąpieniu paraliżu postępowego, ale nie, że ten ostatni jest natury syfilitycznej. Dalej — utrzymuje JOFFROY — częstość paraliżu postępowego nie odpowiada częstości syfilisu: pierwszy występuje bardzo rzadko w Bośni i Hercegowinie, w Japonii, Afryce — w krajach, gdzie syfilis jest bardzo rozpowszechniony. Objawy trzeciorzędne, według JOFFROY, rzadko spostrzegano u paralityków, zresztą ustępują bardzo szybko pod wpływem leczenia rtęciowego, które wcale dodatnio nie wpływa na paraliż postępowy. Cierpienie to wystąpić może u syfilityka pomimo starannego leczenia antysyfilitycznego, które, jak twierdzi JOFFROY, pozostaje bez wszelkiego wpływu na późniejszy rozwój paraliżu postępowego; paraliż postępowy, występujący u syfilityka, może się rozwinąć, podobnie jak i u niesyfilityka, zupełnie niezależnie od syfilisu.

RAYMOND tłumaczy rzadkość paraliżu postępowego w Algierze, Chinach, Japonii tem, że syfilis nie wystarcza do wywołania tej choroby, do której wystąpienia potrzeba prócz tego odpowiedniego gruntu [alkoholizm].

HALLOPEAU przypuszcza, że syfilis jest najczęstszą przyczyną paraliżu postępowego, który rozwinąć się jednak może i pod wpływem innych przyczyn; energiczne leczenie antysyfilityczne jest w stanie zapobiedz wystąpieniu tej choroby; leczenie syfilisu winno trwać cztery lata, podczas których po każdej seryi frykcyi lub też iniekcji, trwającej dwa miesiące, następuje leczenie jodem w ciągu miesiąca.

LANGERAUX nie przyznaje syfilitycznego pochodzenia paraliżu postępowego. Według niego, zdarzają się przypadki syfilisu, symulujące paraliż postępowy. nie znajdujemy jednak wtedy zmian charakterystycznych dla *periencephalitis diffusa*; dalej, dane statystyczne również nie przemawiają za naturą syfilityczną paraliżu postępowego, są bowiem paralitycy, którzy nigdy nie przechodzili syfilisu; zmiany trzeciorzędne przy syfilisie są ograniczone i okazują tendencję do wessania się, gdy tymczasem zmiany przy paraliżu postępowym są rozprzestrzenione, organizują się i nie okazują tendencji do wessania się; rzadkość wreszcie paraliżu postępowego w krajach, gdzie syfilis występuje bardzo często i bezskuteczność leczenia przeciwsyfilitycznego — wszystko to przemawia przeciwko syfilitycznemu pochodzeniu paraliżu postępowego.

MORER sądzi, że są cierpienia mózgowe w rodzaju paraliżu postępowego, zależne od syfilisu, które nie są jednak paraliżem postępowym.

Według CORNILL'a, zmiany anatomiczne przy syfilisie i paraliżu postępowym są zupełnie odmienne; w etyologii tego ostatniego syfilis może mieć takie samo znaczenie, jak przeciążenie umysłowe lub dziedziczność.

FOURNIER wyraża zdziwienie, iż kwestynowanem jest syfilityczne pochodzenie paraliżu postępowego, za czem przemawiają, według niego, następujące dowody: częstość syfilisu w anamnezie paralityków postępowych, znaczna liczba przypadków syfilisu, kończących się paraliżem postępowym, rzadkość paraliżu p. u kobiet, u duchownych, kwakierów i t. d.; częściej stwierdzamy w wywiadach syfilis u paralityków postępowych, aniżeli u innych umysłowo chorych, łączność paraliżu p. z władem rdzenia, wreszcie istnienie paraliżu p. u dzieci, występującego na tle dziedzicznego syfilisu.

JOFFROY przyznaje, iż często spotykamy syfils u paralityków p., niemniej jednak syfils a paraliż p. są to dwa odmienne cierpienia. Argument FOURNIER'a: istnienie paraliżu p. u dzieci, występującego na tle dziedzicznego syfilsu, nie wytrzymuje krytyki, gdyż dzieci syfilityków niekoniecznie muszą być dotknięte syfilisem, a prócz tego trudno byłoby zrozumieć, dlaczego paraliż postępowy dziecięcy tak rzadko występuje w krajach Afryki i Wschodu, gdzie syfils jest bardzo rozpowszechniony. W etyologii dziecięcego paraliżu postępowego należy mieć na uwadze alkoholizm rodziców, a być może i inne otrucie; syfils, według JOFFROY, odgrywa rolę pomocniczą w powstawaniu paraliżu p.

LANCERAUX do powyższych swoich uwag dodaje, że z punktu widzenia anatomo - patologicznego zmiany przy paraliżu postępowym nie mają żadnego związku ze zmianami syfilitycznymi, że rzadkość paraliżu p. na wsi, u duchownych i t. d. zależy od braku przeciążenia fizycznego i duchowego, że istnienie syfilsu u rodziców osobnika, dotkniętego dziecięcym paraliżem postępowym, nie jest dowodem syfilitycznej natury tego cierpienia. W końcu FOURNIER podaje jeszcze parę dowodów syfilitycznego pochodzenia paraliżu postępowego: przypadki tej choroby u małżonków, także u osobników, których infekcja syfilityczna ma jedno i to samo źródło, istnienie przy tej chorobie objawów syfilitycznych i konstatowanie u paralityków postępowych objawu ARGYLL - ROBERTSON'a.

Paraliż postępowy, według FOURNIER'a, jest po wiaździe rdzenia jednym z najpowszechniejszych i najcięższych cierpień parasyfilitycznych.

Rosenberg.

132. C. Fraenkel. *Spirochaete pallida* i syfils.

Po opublikowaniu przez SCHAUDINN'a i HOFFMANN'a pierwszego sprawozdania o wyniku badań, dotyczących obecności *spirochaete* w wykwitach syfilitycznych, zewsząd w krótkim czasie zjawił się szereg prac, wywołanych powyższem sprawozdaniem. Najpierw PASCHEN w Towarzystwie Lekarskiem w Hamburgu komunikuje o dodatnich wynikach swych badań. MIECZNIKOFF w Akademii Lekarskiej w Paryżu zawiadamia o wykryciu *spirilli* u czterech syfilityków i 4-ch małp ze sztucznie wywołanym syfilisem. Badania BUSCHKE'go, PIELICKE'go, WECHSELMANN'a, LOEWENTHAL'a, RECKREH'a stwierdziły też obecność *spirochaete pallida* SCHAUDINN'a w wykwitach syfilitycznych. Badania LEVADITI'ego, dokonane na dzieciach z wrodzonym syfilisem, wykazały i tutaj obecność tego pasożyta.

C. FRAENKEL w swoim artykule podaje wyniki swoich badań i odpowiednie wnioski. Materiał do pracy FR. był bardzo obfity. Składał on się z dostarczonych mu przez TOMASZEWSKIEGO świeżo wyciętych wykwitów syfilitycznych wtórnych i wrzodów pierwotnych, z płynu z obrzękniętych gruczołów chłonnych oraz z luetycznych lepieży, umiejscowionych koło otworu stolcowego. FRAENKEL z łatwością wykazał w 6-u z tych dostarczonych mu tworów syfilitycznych *spirilli* SCHAUDINN'a.

Niezależnie od tego FR. badał szyszkowiny stożkowate oraz inny niesyfilityczny materiał, ale tutaj uciążliwe nawet poszukiwania nie wydały dodatnich rezultatów.

Co do wyglądu *spirilli*, FR. zgodnie z SCHAUDINN'em stwierdza ich kształt grajcarkowaty o 8 — 10 ostrych zakrętach i rozmiarach 4 — 10 μ długości i 0,5 μ szerokości. *Spirilli* przedstawiają drobnoustroje trudno barwiące się, pod mikroskopem wyglądają blado („*pallidus*“ blady), trudno dają się odszukać, ponieważ grupują się nierównomiernie.

FR. twierdzi, że już na przeprowadzonych dotąd badaniach swoich i innych badaczy całkowicie można opierać zależność przyczynową syfilsu od spi-

rilli, ponieważ *spirochaete pallida* znaleziona była tylko w przypadkach syfilisu.

(*Münch. med. Wochenschrift*, 1905. N. 24).

J. Zaleski.

133. C. Levaditi. Syfisy wrodzony i *spirochaete pallida* Schaudinn'a.

Gdy SCHAUDINN i jego współpracownik podali do ogólnej wiadomości wyniki swych badań o *spirochaete pallida*, LEVADITI rozpoczął swe badania na dzieciach, obarczonych syfilisem wrodzonym i wykluczających wszelką możliwość wtórnego zakażenia po przyjściu na świat. L. wychodził z punktu widzenia, że takie badania z dodatnim wynikiem mogą mieć doniosłe znaczenie dla sprawy zależności syfilisu od pasożyta SCHAUDINN'a. Pierwsze prace L. zjawily się zupełnie niezależnie od badań BUSCHKE'go i FISCHER'a, którzy wykazali *spirochaete pallida* w narządach wewnętrznych noworodka — syfilytyka.

Pierwszy przypadek L. dotyczy jednotygodniowego dziecka z pęcherzycą syfilityczną na podeszwach i dłoniach. Badanie zawartości tych pęcherzy wykazało rzadkie *spirilli*, posiadające wszystkie cechy, opisane przez SCHAUDINN'a. Po dwóch dniach L. badał grudkę skórną w samym początku jej rozwoju i podstawę dna otwartego poprzednio pęcherzyka. L. miał na preparatach znaczną liczbę *spirilli*, posklejonych i poukładanych w kupki. Badanie krwi miało wynik ujemny.

W drugim przypadku u dziecka z objawami ciężkiego syfilisu [matka miała świeży syfisy] badanie pośmiertne wykazało *spirochaete* SCHAUDINN'a w niewielkiej liczbie w śledzionie, w płucach, w skórnym grudeczku i w wielkiej liczbie w wątrobie dziecka.

W trzecim przypadku dziecko, urodzone z pęcherzycą syfilityczną, żyło kilka godzin. Badanie wykazało niewielką liczbę *spirilli* w śledzionie i znaczną w wątrobie i pęcherzach skórnym noworodka.

Fakt ten, że wątroba we wspomnianych przypadkach była siedliskiem znacznej liczby *spirilli*, ma swoje wytłomaczenie, według L., w sposobie obiegu krwi u zarodka, która właśnie jest przewodnikiem pasożytów od matki ku dziecku.

L. sądzi że wyniki tych badań dają mu możność wypowiedzieć się o roli patogenetycznej *spirilli* SCH. w pochodzeniu syfilisu wrodzonego. Syfisy wrodzony, zdaniem L., jest to „*spirillose*“ noworodka, przedstawiająca analogię z cierpieniami, wywoływanych przez *spirilli* i już znanych u człowieka i u zwierząt, jak oto: dur powrotny, spirilloza gęsi [SACHAROFF], spirilloza kur [MARCHOUX i SALIMBENI].

(*La Presse méd.* 1905. N. 43).

J. Zaleski.

134. Waelech. Trądzik pokrzywkowy (*acne urticata*).

Obraz chorobowy przy trądziku pokrzywkowym KAPOSI przedstawia w sposób następujący: na twarzy, głowie, a później także na kończynach, głównie na ich powierzchni wypustkowej występują wzniesienia wielkości ziarnka grochu do krajcara, blade - czerwone, w rodzaju pokrzywki, twarde, bardzo palące i swędzące. Po 8 — 14-u dniach wykwyty znikają, pozostają tylko brunatno pigmentowane bliznowate smugi, jako ślady obrażeń [rozdrapania] skóry i ropienia. W przypadkach, opisanych przez KAPOSI'ego, choroba trwała od 15 — 20-u lat.

Według Touroa'a, dla cierpienia tego byłaby odpowiedniejszą nazwa: *urticaria necroticans* lub *erythema urticatum necroticans*, a nie *acne urticata*, gdyż 1) przy cierpieniu tem follikuly są zupełnie normalne, 2) we wszystkich przypadkach tego cierpienia spostrzegano, tak jak i w pokrzywce, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego lub też żeńskich narządów płciowych.

LOEWENBACH, który badał wykwity histologiczne, znajdował w samym środku każdego wzniesienia jednolitą, nekrotyczną masę, i jest zdania, iż cierpienie to stoi pośrodku między *urticaria chronica* z jednej a *acne varioliformis* i *necrotica* z drugiej strony.

JAVISCH utrzymuje, że ze względu na zupełnie normalne przy tem cierpieniu follikuly, nazwa „acne” jest nieodpowiednia. Jeden podobny przypadek, spostrzegany przez siebie, zaliczył do *urticaria gangraenosa*.

Również do kategorii pokrzywek zalicza omawiane cierpienie EHSMANN.

Tego samego zapatrywania na istotę choroby jest autor, który na zasadzie własnych przypadków i spostrzeżeń innych badaczy stawia następujące wnioski: dla cierpienia, opisanego przez KAPOSI'ego, nazwa „acne urticata” jest stanowczo nieodpowiednią, follikuly bowiem są przy niem zupełnie normalne; pierwotnem zjawiskiem w cierpieniu jest pokrzywka, która w zupełności tłóczy cały obraz chorobowy; nekroza w środku wykwitów zależy od zaburzeń w krążeniu, wywołanych obrzękiem i nacieczeniem; najwłaściwszą nazwą omawianego cierpienia, określającą zarazem przewlekły przebieg z powtarzającymi się napadami, jest „*urticaria papulosa necroticans recidiva*”.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis*. 1904. T. LXXII Z. 3).

J. Rosenberg.

135. Ledermann. Przypadek pyodermite végétante.

Po raz pierwszy cierpienie to było opisane w 1889 r. przez HALLOPEAU, według którego najcharakterystyczniejszym objawem jest nieustanne tworzenie się ognisk ropnych, które, powstając bądź pojedynczo na zdrowej do tej pory skórze, bądź też w postaci grupy drobnych krostek około dawniejszych ognisk, ekscentrycznie się powiększają, zlewając z sobą i znikają, nie pozostawiając po sobie żadnych śladów, prócz pigmentacyi.

Początkowo HALLOPEAU nazwał to cierpienie „*dermatite pustuleuse chronique et végétante en foyers à progresion excentrique*”, później — *pyodermite végétante*”, wreszcie, stwierdziwszy w jednym przypadku pęcherzyki i wegetacje na skórze, przyjął, prócz opisanej formy, drugą, która stanowi, według niego, odmianę *pemphigus vegetans*, którą nazwał chorobą NEUMANN'a. Z innych autorów cierpienie, opisane przez HALLOPEAU, spostrzegali HUDEL, WICKHAM, LEREBDE, HARTZELL, DUBREUILH.

Przypadek autora dotyczy pacjentki, 25 lat mającej. Cierpienie wystąpiło rok temu przedewszystkiem na lewem skrzydle nosa, później na prawem, wreszcie w rozmaitych innych miejscach. Pierwotnie występowały małe krostki (*pustulae*) bądź na zdrowej, bądź na skórze, zajętej przez zapalenie, dość często po środku lub na granicy innych ognisk; krostki, pękając, tworzyły czerwone, moknące, nieco bujające miejsca, które pokrywały się później strupami. W okolicy pępka znajdowała się powierzchnia wielkości dłoni, czerwona, moknąca, nieco bujająca, usiana licznymi krostkami, głównie po brzegach. Podobne wykwity znajdowały się na obu skrzydłach i błonie śluzowej nosa. Duże palce u rąk i nóg są zaczerwienione, obrzmiałe i pokryte krostkami.

W ciągu paru miesięcy wykwity miejscami znikwały, miejscami wężykowato się rozszerzały, poczem przy podniesionej ciepłocie wystąpiły ropne wykwity symetrycznie na całym ciele.

Leczenie trwało przez cały rok i polegało głównie na podawaniu arszeniku i stosowaniu rozmaitych środków zewnętrznych (*Xeroform*, *Ung. boric.*, *Ung. salic.*, *Pasta sulfuris*, *Tra Rusci*), z których najskuteczniejszym okazał się dziegieć (*Tra Rusci*). Nastąpiło zupełnie wyzdrowienie, jako ślad cierpienia pozostała tylko pigmentacja.

Przypadek powyżej opisany, jak również spostrzeżenia innych badaczy dały autorowi powód do postawienia następujących wniosków:

1) Cierpienie, opisane przez HALLOPEAU, nie należy do grupy „*pemphigus*“, przy której zawsze znajdujemy pęcherze.

2) Z grupy „*pemphigus*“ należy wyłączyć cierpienia, w których wyłącznie lub przeważnie występują krosty. Do najwięcej typowych cierpień tego rodzaju należą: *impetigo herpetiformis* i choroba, opisana przez HALLOPEAU — *pyodermite végétante*.

3) Przyczyną tych chorób są, być może, ropne koki (*staphylococcus pyogenes albus*), które zależnie od stopnia jadowitości wywołać mogą *impetigo herpetiformis* lub też *pyodermite végétante* i które u osobnika, dotkniętego pęcherzycą, zdolne są stworzyć obraz *pemphigus vegetans*.

4) *Pemphigus vegetans* jest to *pemphigus vulgaris* z ropnem zakażeniem pęcherzy.

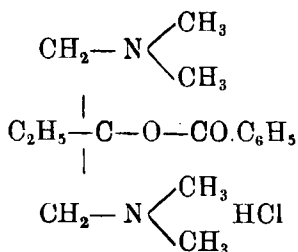
5) *Pyodermite végétante* jest to cierpienie miejscowe, które jednak w razie przedostania się zarazka do krwi, przeistacza się w chorobę ogólną, chorobę całego organizmu.

(Berl. klin. Wochenschrift, 1905. N. 6).

J. Rosenberg.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

36. Alypinum. Jest to *monochlorhydrat benzoyl tetramethyldiaminoethylcarbinol'u*:



Wyniki badań i doświadczeń z alypiną, prowadzonych na zwierzętach w laboratorium przez IMPENS'a, oraz w szpitalach na chorych, gdzie stosowali alypinę podczas operacji nosa, gardła i krtani [SEIFERT] i przy wyrzucaniu zębów i w tak zwanej małej chirurgii [STOTZER], dają się streścić w następujących punktach:

1) Alypina jest dobrym środkiem miejscowo znieczulającym.

2) Działa zarówno dobrze znieczulająco, jak kokaina.

3) Alypina stoi wyżej od kokainy pod tym względem, że ją można sterylizować.

4) Nie działa na psychikę; nie sprowadza stanu pobudzenia, zawrotów głowy, kongestji.

5) Jest o wiele mniej jadowitą od kokainy.

6) Korzystnie wyróżnia się od wielu nowych środków znieczulających, gdyż przy iniekcji nie wywołuje podrażnienia.

7) Jest tańsza niż kokaina.

8) Nie wywołuje midryazy, ani zaburzeń w akomodacji.

9) Używa się w 2% — 3%-owym roztworze w ilości 1 — 5 cm. sz. do iniekcji.

(*Deutsche med. Wochenschrift*. 1905. N. 29, 34, 36). T. Wretowski.

37. Arhovinum. Jest to produkt, otrzymany z połączenia difenylaminy i esteryzowanego kwasu tymolbenzoesowego i przedstawia aromatyczny płyn o ciężarze właściwym 1055, o smaku lekko chłodzącym, palącym. Nie rozpuszcza się w wodzie, łatwo zaś w alkoholu, eterze i chloroformie. W żołądku wsysa się w przeciągu 15 — 20 min. Dotychczas literatura nie wspomina o jakimkolwiek pobocznym działaniu arhowiny, pomimo, że była podawana chorym nieraz przez szereg tygodni. Mocz pod wpływem arhowiny staje się jaśniejszy; na fosfaturę przetwór ten pozostaje bez wpływu, sam zaś mocz nabiera własności bakteryobójczych. Kwaśność moczu zwykle zwiększa się; na ilość jego arhowina nie ma wpływu.

Arhovinum stosowana bywa jako roztwór 5-owy w oliwie. PIORKOWSKI wypróbował bakteryobójcze własności tego środka na łańcuskowcach, gronkowcach, *bact. coli* i gonokokach. Specyalne zachęcające wyniki otrzymał PIORKOWSKI w doświadczeniach z gonokokami, stosując tylko 5% *Arhovinöl*: *Rp. Arhovini* 2,0—5,0. *Ol. olivar.* 100,0. *MDS.* 2—3 razy dziennie po 1 strzykawce podskórnie. P. zaleca arhowinę nie tylko wewnątrz, ale i zewnątrz, jako roztwór w oleju lub w połączeniu z *Oleum cacao* w formie czopków cewkowych, lub galek pochwowych w tryprze, zapaleniu cewki mocz., katarze szyjki macicy, zapaleniu bł. śl. macicy i t. d., *proctitis*, *otitis media*, *pyelitis*, *cystitis* i na ropiejące rany.

(*Deutsche medic. Wochenschrift*. 1905. N. 25).

T. Wretowski.

38. Jothion, nowy preparat jodowy do stosowania skór nego.

Nieraz stosujemy zewnętrznie przetwory jodowe celem osiągnięcia wchłaniania jodu i jego terapeutycznego działania. Dawniejsze jednak przetwory nie odpowiadają celowi, nalewka bowiem jodowa szybko wywołuje obrażenia skóry, wchłanianie zaś *Unguenti Kali jodati* często zależy od podstawy (*constituens*) maści. Najodpowiedniejszym preparatem jodowym do stosowania skórnego jest *Jothion*, po raz pierwszy zalecony przez SCHINDLER'a.

Jothion rozpuszcza się w olejkach, alkoholu, eterze, nie rozpuszcza się w wodzie; zawiera 80% jodu organicznie związanego; stosuje się czysty lub też w połączeniu z *Oleum olivarum*, a także w postaci maści. *Jothion* bardzo szybko przechodzi w soki organizmu, czego dowodzi otrzymywany w krótkim czasie [w 3 godziny po zastosowaniu *jothionu*] odczyn jodu w ślinie i w moczu; reakcja *jothionu* otrzymuje się nawet przy stosowaniu bardzo małych ilości przetworu i na nieznacznej, ograniczonej powierzchni skóry.

Co się tyczy terapeutycznego działania preparatu, to RAVASINI i HIRSCH otrzymali pomyślne wyniki w 12-u przypadkach *lymphadenitidis inguin. post ulcus durum*, w 4-ch przypadkach *bubon. post ulcus molle*, w 10-u przypadkach *epididymitidis gonorrhoeae* i w 1-ym przypadku owrzodziłych gumatów.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis*. 1905. T. LXXIV. Z. 2 i 3).

J. Rosenberg.

Wiadomości bieżące.

— W niedzielę d. 15-go b. m. odbyło się pierwsze zebranie tworzącej się w Warszawie Ligi przeciwgruźliczej, której ustawa została zatwierdzona. Do Ligi zapisało się na członków 25 osób. Towarzystwo uważać się będzie za zawiązane o ile zapisze się przynajmniej 50 osób, a kapitał zakładowy wyniesie 5000 rb. Zapisy przyjmują: hr. JULIUSZ OSTROWSKI, dr SOKOŁOWSKI i ks. SZKOPOWSKI.

— Redaktorem „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ wybrany został na następne 3 lata ponownie kol. S. KAMIŃSKI.

— Dnia 14-go października r. b. w rocznicę śmierci prof. MARCELEGO NENCKIEGO, w przedsionku pracowni chemicznej Instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu ustawiono popiersie bronzowe zmarłego profesora, zakupione przez jego kolegów i uczniów.

— Czasopisma lekarskie niemieckie donoszą, iż kolegium profesorów wydziału lekarskiego w Krakowie oświadczyło się za dopuszczeniem lekarzy-kobiet na posady asystentów w klinikach uniwersytetu Jagiellońskiego.

— Dyrektor Instytutu chorób zakaźnych w Berlinie prof. GAFFKY miał 3-go b. m. w „*Deutsch. Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege*“ odczyt o cholercie tegorocznej w Prusach. Twierdzi on, iż cholera, jaka nawiedziła w r. b. wschodnią połowę Niemiec, zawleczona tam została z Rosyi. Epidemię tę cechuje to, iż przenosili ją szczyrzy i że szerzyła się w przebiegu rzek. Na 250 przypadków z 87 przypadkami śmierci w 125 zarazek przeniesiony został z całą pewnością przez wodę rzeczną. Nie znaczy to, aby woda całych rzek była zarażoną, lecz tylko wskutek spływania odchodów chorych cholerycznych potworzyły się wzdłuż rzek ogniska, w bliskości których woda zawierała dostateczną do zarażenia ilość zarazka cholerycznego. W 120 przypadkach stwierdzono, iż ogniska te wytwarzali szczyrzy i flisacy. Takich ognisk chorobowych wykryto 100 na 250 przypadków cholery. Ani razu nie stwierdzono, by zarażenie odbyło się zapomocą wody wodociągowej. GAFFKY sądzi, iż w Niemczech cholera wygaśnie w ciągu zimy, lecz nie może tego powiedzieć o Rosyi.

— Na świeżo odbytym w Paryżu Kongresie międzynarodowym zwalczania gruźlicy, który czasopisma francuskie i niemieckie uznają za jeden z najudatniejszych, udzielono specjalnie utworzone medale dla pracowników na niwie fizjologii, złote: R. KOCH'owi [Berlin] i BROUARDEL'owi [Paryż], a srebrne otrzymali: BANG [Kopenhaga], BILLINGS [New-York], BROADBAUT [Londyn], SCHROETER [Wiedeń]. Następny takiż kongres odbędzie się w Ameryce północnej w r. 1908.

— Nagrodę 2500 lirów imienia króla Humberta I za najlepsze dzieło lub odkrycie w dziale chirurgii ortopedycznej w ciągu ostatnich 5-u lat przyznano profesorowi chirurgii ortopedycznej w Heidelbergu VOLPIUS'owi za jego dzieło o przeszczepianiu ścięgien i zużytkowaniu tego zabiegu w leczeniu porażen.

— Epidemia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych na Śląsku wygasła. Bilans jej 2950 przypadków, z tych 1600 śmiertelnych.

— W połowie czerwca 1906 r. odbędzie się w Medyolanie podczas wystawy, urządzonej z okazji otwarcia drogi żelaznej przez Simplon, międzynarodowy Kongres w kwestyi chorób zawodowych. Między innemi na porządku dziennym jego roztrząsane będą kwestye: przeciwskazania fizjologiczne pracy nocnej, neurastenii pochodzenia nieurazowego u kolejarzy, zawodowe cierpienia uszu, cierpienia zawodowe chemików, *anchylostomiasis* i t. d.