

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynę do kazuistyki zropiałych torbieli więzadła szerokiego (przyjajnika). Wycięcie torbieli. Wyzdrowienie. Podał D-r A. Winawer. (Ciąg dalszy). — Całkowite wrodzone wypadnięcie macicy u noworodka. Tarń dwudzielna. (Prolapsus uteri completus congenitus, Spina bifida). Podał d-r med. Ludwik Krause. — **Streszczenia i wyciągi.** 7. Gruźlica napłęstka. 8. Talalgia (bursitis subcalcanea). 9. Hallux valgus. 10. W sprawie etyologii cukromoczu pokarmowego (alimentäre Glycosurie und diabetes mellitus). 11. Zapalenie wyrostka robaczkowego i powikłania tegoż. — Z III dermatologiczno-syfilidologicznego międzynarodowego zjazdu w Londynie (4—8. VIII. 1896). Z obcych sprawozdań zestawil Adolf Kozerski. (Ciąg dalszy). — Notatki bibliograficzne. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Winawer. — Contribution à l'étude des suppurations dans les kystes du ligament large. Exstirpation de la Kyste. Guérison. 2) D-r L. Krause — Un cas de chute de l'utérus congénitale complète chez un nouveau-né porteur en même temps d'hydrorachis.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5

„Medycyna.“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Winawer — Ein Beitrag zur Casuistik von Eiterungen in den Cysten des Ligamentum latum. Exstirpation der Cyste. Heilung. 2) D-r L. Krause — Ein Fall von vollständigem angeborenem Gebärmuttervorfall bei einem Neugeborenen mit Rückenmarkswasserbruch.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

Z WARSZAWSKIEGO ZAKŁADU GINEKOLOGICZNEGO.

Przyczynę do kazuistyki zropiałych torbieli więzadła szerokiego (przyjajnika).

Wycięcie torbieli. Wyzdrowienie.

Podał D-r. A. WINAWER.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 2).

Zakażenie z jelita przy zrostach tego narządu z torbielą stanowi podług OLSHAUSEN'a najczęstszą przyczynę ropienia. Autor ten wypowiada prawie bez żadnych zastrzeżeń pogląd, iż sposoczenie w przypadkach torbieli zarówno jedno-, jak i wielo-komorowych powstaje niewątpliwie, jeżeli nie zawsze, to w znacznej większości przypadków, wskutek przenikania tworów gnilnych z jelita do jamy torbieli. Zwyczajnie w przypadkach tych, mówi OLSHAUSEN, spost rzęga się szerokie zlepy pomiędzy pętlami jelit i guzem, które powstają prawie zawsze wskutek skręcenia szypułki torbieli. Skręcenie więc szypułki guza sprzyja powstawaniu zrostów z jelitem, a następnie wskutek przedostania się zarodków gnicia z jelit, zawartość torbieli ulega sposoczeniu. Zlepy

torbieli z jelitem nie stanowią atoli w tej sprawie czynnika niezbędnego, albowiem, podług OLSHAUSEN'a, zakażenie to może mieć także miejsce w przypadkach torbieli, wolnych od zrostów. THORN (25) potwierdza ten pogląd i przyjmuje, iż sposoczenie w następstwie skręcenia szypułki torbieli, powstaje wtórnie skutek przenikania tworów gnilnych z jelit.

Zapatorywanie to OLSHAUSEN'a i THORN'a na etyologię ropienia torbieli jest dość jednostronne. Sądzę, iż w sprawie powstawania tego powikłania należy uwzględnić inne jeszcze czynniki, które mogą mieć tu ważne znaczenie. Nie ulega wątpliwości, iż ropienie w torbieli może powstać przez zakażenie z jamy macicy, *resp.* z szyi macicznej lub pochwy, za pośrednictwem tkanki łącznej miedniczej, lub też przez szypułę guza (DELBET, MANGOLD). Możliwość przenikania takiego drobnoustrojów ropotwórczych do jamy torbieli przyjąć można tem bardziej, iż przypadki samoistnego ropienia w torbielach wydarzają się często po porodzie, gdy z jednej strony odporność tkanek torbieli wskutek obrażenia guza jest zmniejszona, z drugiej zaś warunki zakażenia z macicy podczas porodu lub pogoju są więcej sprzyjające. MANGOLD przyjmuje, iż bakterye przenikać mogą z macicy lub z pochwy do jamy torbieli w trojaki sposób: po pierwsze, za pośrednictwem naczyń chłonnych do jajnika *resp.* do szypuły guza; po drugie, z otrzewny, będącej w najbliższym sąsiedztwie z torbielą, przy zapaleniu pologowym otrzewny miedniczej, —i, po trzecie, za pośrednictwem naczyń krwionośnych. W tym ostatnim przypadku zakażenie może szerzyć się w dwojaki sposób. Po pierwsze, przy zapaleniu gnilnem błony śluzowej macicy zakrzep żylny w miejscu przyczepu łożyska może uleść zakażeniu, które szerzy się do spłotu nasiennego i łączy się z naczyniami żylnymi w ścianie torbieli. Gdy następnie zakażenie ogólne przejdzie pomyślnie dla ustroju, torbiel zropiała wywołuje w dalszym ciągu właściwe sobie objawy. Po drugie, przy zapaleniu gnilnem błony śluzowej macicy bakterye mogą przeniknąć za pośrednictwem naczyń krwionośnych do krwiobiegu. Nie znajdując we krwi odpowiedniej dla siebie odżywki, giną w ustroju, rozwijają się zaś doskonale w płynnej zawartości torbieli. Możliwość taka przystosowania się drobnoustrojów do gleby, zależną być może od różnych sprzyjających okoliczności, jakoto: własność płynu torbielowego, mechaniczne obrażenie guza, wylewy krwi do jego wnętrza, skręcenie szypułki, które to czynniki tworzą w torbieli *locus minoris resistentiae* dla drobnoustrojów. W ogólności należy zwrócić uwagę na to, iż w etyologii ropnego zapalenia torbieli, tak, jak w etyologii ropnego zapalenia wogóle, nie tylko obecność drobnoustrojów, lecz i warunki uspasabiające mogą mieć ważne znaczenie. Tak, ARONSON przypisuje czynnikom mechanicznym pierwszorzędne znaczenie. W tych przypadkach, w których mamy do czynienia z ropieniem w torbieli, mówi ARONSON, winniśmy przyjąć prawie z pewnością matematyczną, iż, jeżeli nie było jakiegoś obrażenia silniejszego, to mogły mieć miejsce liczne obrażenia mniejsze, które przeszły niepostrzeżenie dla chorej. Te obrażenia mechaniczne, zależnie od ogólnego usposobienia chorej, przygotowują w torbieli podatną glebę do rozwoju bakteryi, krążących swobodnie we krwi. Pogląd ten ARONSON'a zgodny jest z faktami klinicznymi i doświadczalnymi i, aczkolwiek uznajemy, iż bodźce mechaniczne same przez się ropienia w tkance wywołać nie są w stanie, przyjmujemy jednak, iż wywołują one pewne zmiany w tkance, które podług COHNHEIM'a polegają na zniszczeniu pewnej części pierwiastków anatomicznych t. j. na miejscowej zgorzeli tkanki; zmiany te sprzyjają znakomicie następczemu zakażeniu ropnemu.

Sprawy zapalne ropne w tkankach i narządach sąsiednich stanowią rzadko przyczynę ropienia w torbielach i dlatego autorzy prawie nie wspominają o związku przyczynowym, jaki zachodzić może pomiędzy zapaleniem ropnem jajowodu lub tkanki łącznej przymaciczej, a zapaleniem torbieli. Przypadki atoli, jakie się spotyka w piśmiennictwie, upoważnić nas mogą do wniosku, iż zakażenie ropne torbieli z jajowodu zdarzyć się może. Przemawia za tem przypadek, operowany przez PRICE'a (26), w którym po wykonaniu cięcia brzuszego znaleziono zropiały jajnik lewy, torbielowato zwyrodniony i przyrosły do zagięcia esowatego, prawy zaś także zwyrodniony, zlepiony z wyrostkiem robaczkowym. Jajowody z obu stron wypełnione były ropą i zrosnięte z torbielami jajników. Tu odnieść należy także przypadek GOODELL'a (27), w którym po zrobieniu cięcia brzuszego znaleziono torbiel jajnika lewego o ścianach grubych, wielkości pomarańczy. Jajowód lewy był znacznie zgrubiały i rozciągnięty. Jajowód i torbiel nie były ze sobą zrosnięte i miały zawartość ropną. — THORN (28) w nowszej swej pracy przypisuje zawartości jajowodu w sprawie ropienia torbieli ważne znaczenie. Gdy bowiem szypułka guza wraz z jajowodem ulegnie skręceniu, wówczas zawartość jajowodu będzie wyciśniętą do jamy brzusznej i, posiadając własności zakaźne, łatwo wywołać może zapalenie otrzewny, w następstwie którego powstać może ropienie w torbieli. THORN opisuje przypadek torbieli jajnika, operowanej przy objawach zapalenia otrzewny. Torbiel wolna była od zrostów, jej ściany zawierały podbiegnięcia krwawe, a jama sporą ilość krwi. Jajowód skręcony i znacznie zgrubiały zawierał nieco ropy. FREUND (29) opisał także podobny przypadek, w którym spostrzegano nawet ropne zapalenie szypułki guza. Przypadki takie atoli są rzadkie; częściej się zdarza, iż przy owaryotomii znajduje się obok torbieli jajnika jajowód z zawartością ropną bez śladu jednak ropienia w zawartości torbieli.

W kilku przypadkach spostrzegano także obok torbieli zropiałych ropnie w tkance miedniczej. Okoliczność ta, jak twierdzi DELBER, nie przemawia stanowczo za tem, by sprawa zapalna w tkance miedniczej była pierwotną, a ropienie w torbieli wtórne, albowiem ropienie mogło rozwinąć się pierwotnie w torbieli. Tak, w podanym już wyżej przypadku PAGE'a, podczas wyluszczenia zropiałej torbieli jajnika znaleziono ropień poza jelitem ślepym. Powstanie tego ropnia objaśnić można w sposób dwojaki: bądź, iż ropień powstał pierwotnie wskutek zapalenia tkanki łącznej miedniczej, a ropienie w torbieli rozwinęło się wtórnie; bądź też, iż ropień powstał wtórnie już po zropieniu torbieli i że ropa torowała sobie drogę do jelita ślepego.

Ptomainy, wytwarzające się w ustroju przy niektórych chorobach zakaźnych, mogą także wywołać ropieniew torbieli. Przyjąć można, iż lasecznik tyfusowy i gruźliczy oraz lasecznik okrężnicy wywołać może to powikłanie torbieli.

Tak, w podanym powyżej przypadku WERTH'a i w przypadku SCHIEROWITZ'a (30) hodowle ropnej zawartości torbieli wykazały jedynie obecność prątka tyfusowego. Chore te przebyły tyfus brzuszny: pierwsza przed dwoma, druga przed siedmiu miesiącami. Przypadki powyższe potwierdzają tylko to przekonanie, iż lasecznik tyfusowy posiada niewątpliwie samodzielne własności ropotwórcze i że może żyć w ustroju przez czas stosunkowo długi [JANOWSKI i DMOCHOWSKI (31)].

Zmiany gruźlicze w torbieli jajnika znalazł na sekcji MADLENER (32) u kobiety zmarłej na gruźlicę płuc. Zawartość torbieli jajowodo-jajnikowej stano-

wił płyn zielonawo-żółty, podobny do ropy, zmieszany z serowatami g rudkami. W ścianie torbieli znaleziono gruzelki, a w ognisku serowatem, usadowionem poza macicą, nieliczne prątki gruzlicze. Zawartość torbieli i jajowodu na prątki gruzlicze zbadaną nie była. Przypadki, w których ściany torbieli uległy wtórnie zapaleniu gruzliczemu, przy zapaleniu gruzliczem otrzewny spotyka się nierzadko [WOLFF (33)].

Lasecznik okrężnicy, spotykany nieraz w ropniach jajowodów i innych narządów jamy brzusznej, wykryty został także w ropnej zawartości torbieli jajnikowych. Tak, w przypadku LOEHLEIN'a (34) znaleziono w zawartości torbieli prątki te, które przenikły niewątpliwie z jelita, gdyż to ostatnie było zrosnięte z torbielą.

Ropienie w torbielach spostrzegano także po grypie, zimnicy i innych chorobach zakaźnych. Jaki jednak zachodzi związek przyczynowy pomiędzy temi cierpieniami z jednej, a ropieniem torbieli z drugiej strony, wobec braku odpowiednich badań bakteriologicznych powiedzieć jest trudno.

Podaliśmy przyczyny i warunki, jakie sprzyjają ropieniu w torbielach. Z zestawienia ich wynika, iż po wyłączeniu okoliczności, jakie wywołują rzadko ropienie w torbieli, najczęściej warunkuje to powikłanie bądź nakłucie guza, bądź też obecność zrostów jelit z torbielą, do których daje najczęściej powód skręcenie szypułki. Pierwsza okoliczność wydarza się w równej mierze w torbielach śródtrzewnych, jak i śródwężowych, drugą zaś w torbielach śródwężowych spotyka się rzadko. Istotnie, skręcenie szypułki torbieli jajnikowych spotyka się często, i obecnie o wiele częściej, niż dawniej. Przyczyna tego tkwi w tej okoliczności, iż, po pierwsze, podczas operacji zwraca się baczniejszą uwagę na to powikłanie, i po drugie, notuje się skrzętnie wszelkie, choćby najmniejsze skręcenie szypułki (FREUND). Odsetka skręcenia szypułki, jak podaje THORN, wynosiła dawniej podług SPENCER WELLS'a 2,4%, MARTIN'a—5,3%, OLSHAUSEN'a — 8%, THORNTON'a — 9,5%, SCHROEDER'a — 13,9%; obecnie zaś wynosi podług HOWITZ'a 23%, THORN'a — 35%, KUESTNER'a — 38,8% i FREUND'a—76,5%. Przeciwnie, w torbielach śródwężowych szypułka wytwarza się rzadko. Powstaje ona, jak wiadomo, przez wyciągnięcie pewnej części więzadła szerokiego i, aczkolwiek pod względem anatomicznym różni się od szypułki torbieli śródtrzewnych, ma jednak to samo znaczenie kliniczne; może więc uleść skręceniu ze wszystkimi następstwami tego powikłania. Powikłanie to spotyka się atoli rzadko. Wprawdzie HERZFELD (35) twierdzi, iż torbiele przyjajnika ulegają często skręceniu szypułki, albowiem z 18-tu operowanych przez SCHAUTA'ę (36) przypadków, zanotowano powikłanie to aż 13 razy. Atoli inni autorzy zaliczają je do bardzo rzadkich (LAWSON TAIT (37), MONTAZ (38), WYKOWSKA-DUNIN (39), OLSHAUSEN).

Ta więc okoliczność, iż skręcenie szypułki w torbielach śródtrzewnych wydarza się dość często, w torbielach zaś śródwężowych bardzo rzadko, przemawia *ceteris paribus* za tem, iż ropienie w torbielach tych, wywołane tem powikłaniem, wydarzyć się może rzadko.

Na jedną jeszcze okoliczność pragnę także zwrócić uwagę. Wiadomo, iż zrosty jelit z torbielą stanowią dość częsty warunek sposoczenia torbieli. Otóż powikłanie to wydarza się w torbielach śródwężowych także o wiele rzadziej, niż w torbielach śródtrzewnych. Przyczynę tego stanowią te okoliczności, że, po pierwsze, torbiele śródwężowe, jako w ogólności mniejsze pod względem swej objętości, już tem samem mają mniejszą skłonność do tworzenia

zlepów, i po drugie, rozwój podsurowiczy torbieli więcej chroni je od zlepów, niż rozwój śródtrzewnowy. Te ostatnie torbiele wskutek starcia nabłonka, pokrywającego ich powierzchnię zewnętrzną, łatwiej tworzą zrosty z sąsiednimi narządami.

Tak więc rzadkość skręcenia szypułki w torbielach śródwiewzowych z jednej strony, z drugiej zaś mniejsza ich objętość i własność pokrywającej je otrzewny sprawiają to, iż rzadziej ulegają one zrostom, niż torbiele śródtrzewnowe. Wprawdzie WYKOWSKA-DUNIN (40) na zasadzie przypadków, operowanych w klinice Berneńskiej przez P. MÜLLER'a, mówi, iż ograniczone zapalenie otrzewny przy torbielach przyjajnika nie jest rzadkie, gdyż w połowie operowanych przypadków znaleziono zrosty przeważnie z przodową ścianą brzucha i z jelitami; atoli inni autorzy są zdania przeciwnego. Tak, OLSHAUSEN, FEHLING (41), GREIG SMITH (42), LAYER, BLAND SUTTON (43) i inni oświadczają, iż zrosty przy torbielach przyjajnika spostrzega się tylko wyjątkowo.

(D. n.).

Całkowite wrodzone wypadnięcie macicy u noworodka.

TARŃ DWUDZIELNA.

(*Prolapsus uteri completus congenitus. Spina bifida*).

Podał d-r med. **Ludwik Krause.**

Jeżeli wypadnięcie macicy u młodych kobiet, które nigdy nie rodziły, nadzwyczaj rzadko się zdarza, to zboczenie owo w sferze płciowej u noworodków jest zjawiskiem tak rzadkiem, że zaledwie kilka takich przypadków dotychczas spostrzegano.

Zanim zajmę się ich opisem, przytoczę wpierw przypadek całkowitego wrodzonego wypadnięcia macicy, jaki miałem sposobność niedawno spostrzeżać. Dotyczy on dziewczynki, urodzonej z rodziców młodych, zupełnie zdrowych. Matka półtora roku temu po raz pierwszy urodziła bez żadnej pomocy córeczkę dobrze rozwiniętą, bez żadnych zniekształceń, cieszącą się dotychczas dobrem zdrowiem. Podczas drugiej ciąży przez cały czas czuła się dobrze, żadnych przypadłości nie doznawała, ruchy dziecka czuła; w 9-yim miesiącu ciąży poślizgnęła się i upadła; zdawało się jej wtedy, że „coś się w środku rozrywa“. Przez 24 godziny ruchów dziecka nie czuła, poczem pojawiły się one i ciąża szła prawidłowo.

16-go października roku zeszłego odbył się poród, który, bardzo szybko postępując, trwał zaledwie trzy kwadranse. Urodziło się dziecko siłami natury w położeniu czaszkowym, w stanie asfiktycznym, trwającym kilka minut; po wygarnięciu śluzu z jamy ustnej i obryzgiwaniu zimną wodą, dziecko zaczęło krzyczeć; sztucznego oddychania, ani też uciskania klatki piersiowej lub brzucha nie stosowano. Natychmiast po urodzeniu akuszerka spostrzegła nienormalne jakieś ciało w sromie; ciało to już po kilkunastu godzinach przedstawiało się tej wielkości, w jakiej ja je przy badaniu widziałem. Na grzbiecie prócz tego zauważono guz, który się szybko powiększał. Dziecko widziałem

5-go dnia po urodzeniu. Przy badaniu okazało się: dziecko dobrze rozwinięte, głowa prawidłowo ukształcona, pokryta gęstymi czarnymi włosami, długości około 6 ctm. Ciemiączka żadnego zboczenia nie przedstawiają, guza żadnego nie widać. W dolnej części grzbietu znajduje się guz chęlbocący, mający 16,5 ctm. obwodu, długości w kierunku kręgosłupa 49 mm., szerokości 64 mm. Guz ten u podstawy pokryty jest skórą prawidłową, w miarę zaś zbliżania się do wierzchołka guza skóra staje się coraz cieńszą, sam środek powierzchni guza zupełnie jest pozbawiony skóry na dość dużej przestrzeni, a w tym miejscu prześwieca cienka błona. Guz odpowiada mniej więcej okolicy dolnych kręgów lędźwiowych i górnych krzyżowych. Na środku między dolnym obwodem guza a otworem stolcowym znajduje się wklęsnięcie długości 2 ctm. w postaci szpary (*fissura sacralis*), pokryte gęstym włosiem długo-

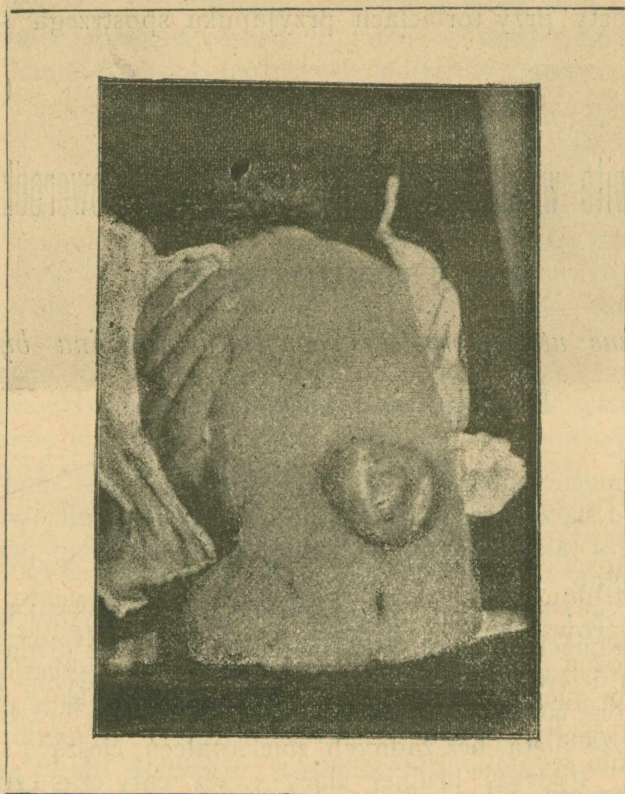


Fig. 1. 6-dniowa dziewczynka. *Spina bifida*.

ści około 6 mm.; w środku tego wklęsnięcia widać bliźnię wążką, podłużną, białą. Otwór stolcowy rozszerzony, z wywiniętymi brzegami (*ectropium*), w którym widać wypadłą błonę śluzową kiszki, szerokości około 4 mm; mały palec z łatwością wprowadzić się daje do kiszki prostej. Kończyny górne i dolne dobrze rozwinięte, żadnego zboczenia nie przedstawiają; górnymi kończynami dziecko porusza dobrze, dolne zaś skurczone są w kolanach, lecz dają się dobrze wyprostować; ruchów niemi dzieć nie wykonywa, przy kluciu i dość silnem szczypaniu skóry zaledwie minimalne ruchy spostrzegać się dają. Mięśnie i skóra kończyn dolnych w porównaniu z górnymi nadzwyczaj wiotkie. Brzuch prawidłowy, żadnego guza w jamie brzusznej wymacać nie można. Narządy

plciowe zewnętrzne prawidłowe, wargi sromne duże i małe dobrze rozwinięte. W szparze sromnej znajdujemy ciało podługowate, pokryte błoną śluzową, które przy bliższym obejrzeniu okazuje się wypadłą macicą długości z przodu 32 mm., z tyłu 34 mm., obwodu nad ujściem zewnętrznym 65 mm., szerokość części pochwowej 20 mm., szerokość ujścia macicznego 12 mm.; jama macicy, określona zapomocą zgłębnika, wynosi 45 mm. Macicę wypadłą obejść można małym palcem, przyczem stwierdzić można, że pochwa jest dość płytka, z przodu płytsza, niż z tyłu, mianowicie: sklepienie przednie ma długości 2 mm., tylne zaś 5 mm. Błona dziewicza cała, przedstawia się w postaci

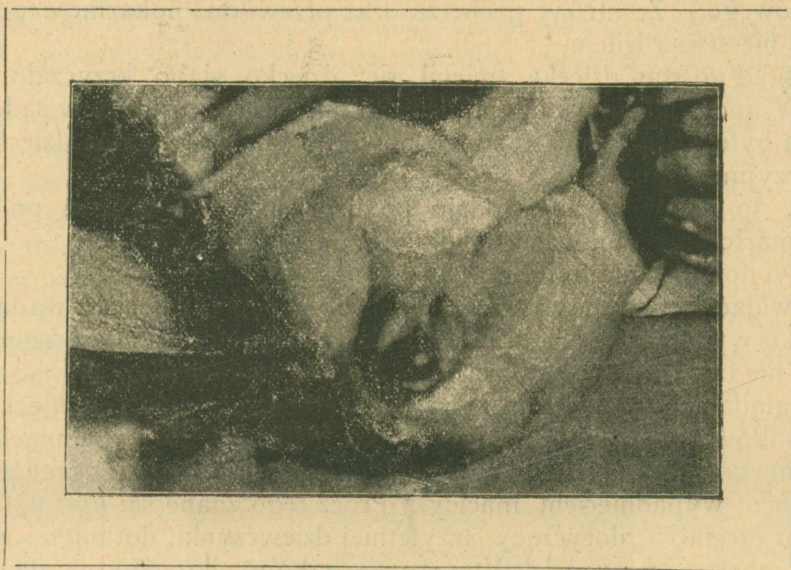


Fig. 2. 6-dniowa dziewczynka. *Prolapsus uteri completus*.

pierścienia szerokości około 4 mm. Błona śluzowa pochwy zaczerwieniona, obrzękła, również błona śluzowa szyi macicznej. Wydzieliny żadnej nie widać. Macica odprowadzić się daje, lecz natychmiast wypada. Po odprowadzeniu macicy można zapomocą palca wyczuć spojenie łonowe i stwierdzić, że żadnego zбочenia nie przedstawia. Przy badaniu palcem przez odbytnicę również nic nieprawidłowego wyczuć się nie daje. *Ectropium* błony śluzowej cewki w niewielkim stopniu. Krocze nieźle rozwinięte, około 2,5 cm. Ogólny stan dziecka dobry, ssie dobrze, wypróżnienia dobre, mocz oddaje prawidłowo.

Ponieważ wyżej opisany guz (*spina bifida*) z każdym dniem się powiększał i groził pęknięciem, przystąpiłem dnia 23-go tegoż miesiąca do operacji *spinae bifidae*, nie widząc ze strony dziecka, dobrze rozwiniętego, przeciwwskazania do jej przedsięwzięcia. Operację wykonałem pod chloroformem w sposób następujący: poprowadziłem cięcie skóry równoległe do obwodu guza, aby oddzielić worek od skóry i dotrzeć w ten sposób do samego dna; nie dało się to jednak tak łatwo skutecznie, gdyż worek tak mocno był zrosnięty ze skórą szczególnie blisko wierzchołka, że podczas oddzielania pękł i przez otwór wylewał się płyn mózgo-rdzeniowy; aby zapobiedz szybkiemu wypływowi płynu, zamknąłem otwór zapomocą szczypczyków PÉAN'a i w dalszym ciągu skutecznie oddzielenie worka, co w miarę przybliżania się do dna guza łatwiej przychodziło. Na samem dnie worek przedstawiał się w postaci

szypuły, wychodzącej z otworu kostnego, mającego około 2,5 ctm. długości i około 8 mm. szerokości. Szypułę, zawierającą w sobie dość znaczną ilość włókien nerwowych, podwiązałem zapomocą nitki jedwabnej i odciąłem. Nad otworem obszyłem sposobem BAYER'a mięśnie, okrwawiwszy poprzednio ich brzegi, następnie złączyłem skórę zapomocą szwu węzłkowego, wprowadzwszy w dolny otwór pasek muślinu jodoformowego.

Po operacyi dziecko miało się bardzo dobrze, w nocy spało, ssało dobrze, wypróżnienia dobre, mocz oddawało prawidłowo w ilości dostatecznej.

Dnia 27-go wyjąłem szwy; rana prawie na całej przestrzeni zagojona, prócz otworu w dolnym kącie, którędy jeszcze wprowadziłem pasek muślinu jodoformowego. Ze strony pęcherza oraz przewodu pokarmowego żadnego zboczenia nie stwierdziłem.

Dnia 29-go stan dziecka zmienił się: dziecko słabo krzyczało, ssać nie chciało. W nocy, jak opowiadają, dziecko tak ścisnęło usta, że w żaden sposób nie można było ich otworzyć; z tego powodu całą prawie noc dziecko pokarmu nie przyjmowało.

Dnia 30-go, w dwa tygodnie po urodzeniu i w tydzień po operacyi, dziecko zmarło przy objawach upadku sił.

Sekcyi dokonać nie było można.

Jak widać z opisu powyższego, mieliśmy tu do czynienia z wadą nadzwyczaj rzadko wydarzającą się u noworodków — *prolapsus uteri completus* (Fig. 2) oraz z nie tak rzadko się zdarzającą — *spina bifida* (Fig. 1).

Przeglądając dostępną mi literaturę odnośnie do wypadnięcia macicy u noworodków, znalazłem opis przypadku całkowitego wypadnięcia macicy, spostrzeżanego przez QVISLING'a, a następnie przypadki SCHÆFFER'a i HEIL'a z niepełnem wypadnięciem macicy. Prócz tego znane są: opis niedokładny przypadku MONRO'a, dotyczący trzyletniej dziewczynki, dotkniętej wadą wypadnięcia macicy, i przypadek VILLAUME'a zakomunikowany akademii medycznej w Paryżu w roku 1843, a podany w Prager Vierteljahrschrift z 1844 roku jako *prolapsus uteri completus congenitus*. Pokazało się jednak z oryginału, pomieszczonego w Gazette médicale de Paris 1843 r., że był to opis wrodzonego wycierania macicy, a nie wypadnięcia: „*Il s'agit d'une inversion de l'uterus. . . .*“. Oto jest wszystko, co mi się udało znaleźć w literaturze. Ze względu na rzadkość omawianego zniekształcenia, pozwolę sobie przypadki, odnoszące się do tego przedmiotu, nieco obszerniej przytoczyć.

Przypadek QVISLING'a dotyczy dziewczynki, urodzonej 17 września 1888 roku w instytucie położniczym w Christyanii, w położeniu pośladkowym bez żadnej pomocy sztucznej. Matka rodziła trzy razy zdrowe i dobrze się rozwijające dzieci. Podczas ostatniej ciąży w 4-ym lub 5-ym miesiącu doznała silnego wstrząśnienia psychicznego przy spojrzeniu na przyrząd ortopedyczny, a następnie w 8-ym miesiącu podobnego wstrząśnienia doznała, gdy przypadkowym sposobem obecną była przy wydobyciu nieżywego dziecka ze studni; w ostatnich tygodniach ciąży słabe tylko czuła ruchy dziecka. Urodziło się ono ze *spina bifida* i *pede equinovaro* z obu stron; zresztą było dobrze rozwinięte i odżywione. 24-go września dziecko dostało biegunki z silnymi wydymaniami; wieczorem tegoż dnia znaleziono pierwsze objawy wypadnięcia pochwy, wypadnięcie błony śluzowej кишки prostej już kilka dni temu zauważono. Nazajutrz dziecko dostało silnego napadu krzyku, biegunka z wydymaniami coraz większa, przyczem zauważono zupełne wypadnięcie macicy. Macica daje się odprowadzić, lecz znów wypada. Po pewnym czasie biegunka, przedtem

niewiele mniejsza, znów wystąpiła i trwała 8 dni bez przerwy. Dziecko niespokojne, wystąpiły drgawki, skurcz głośni; 4-go listopada nastąpiła śmierć.

Przy sekcji znaleziono: *spinam bifidam* na przestrzeni od dolnych kręgów lędźwiowych do 3-go kręgu krzyżowego, narządy brzuszne niezmienione, narządy miednicy również wybitnych zmian nie przedstawiają, jedne tylko więzy szerokie i okrągłe zwiotczałe. Dolny odcinek macicy cokolwiek powiększony, krocze dobrze rozwinięte.

Jako moment etyologiczny powyższego cierpienia QVİSLİNG przyjmuje biegunkę, której towarzyszyły silne wydymania. Takie zapalenie błony śluzowej kiszki prostej mogło z jednej strony wywołać zwiotczenie narządów sąsiednich, względnie ścian pochwy; z drugiej strony silne ciśnienie wewnątrzbrzuszne z góry ku dołowi w kierunku osi miednicy, spowodowane silnymi wydymaniami, mogło być przyczyną wypadnięcia macicy. Powiększenie dolnego odcinka macicy, a także wiotkość więzadeł uważa on za skutek, a nie za przyczynę wypadnięcia, zależnego od zastojów w obiegu krwi. Przyczynowego związku między tarnią dwudzielną i wypadnięciem macicy nie upatruje.

W przypadku SCHÆFFER'a stwierdzono przerost szyi macicznej z niezupełnym wypadnięciem macicy i wynicowaniem pochwy. W prawidłowej pochwie płodu spostrzegać się dawała kulista część pochwową z ujściem zewnętrznym macicy. Błona dziewicza była zanikłą. Pochwa wynicowana w sklepieniu przednim i tylnym. Dno macicy mało obniżone. *Spina bifida lumbalis, myelomeningocele lumbosacralis*.

Przypadek HEIL'a dotyczy dziecka, urodzonego w położeniu czaszkowym bez żadnej pomocy. Natychmiast po urodzeniu spostrzeżono jakieś zniekształcenie w częściach płciowych, i z tego powodu dziecko przywieziono do kliniki, gdzie stwierdzono: dziecko donoszone, dobrze rozwinięte, silne; waży 3400 grm., długość 50 ctm. Na głowie guza niema, ciemniaczka mocno napięta. Na grzbiecie znajduje się guz, na przestrzeni od ostatniego kręgu grzbietowego do ostatniego lędźwiowego. Kończyny górne prawidłowe, kończyny dolne przykurczone w kolanach, lewa znajduje się w położeniu *pes varus*, prawa — *pes planus*; mięśnie zwiotczałe, ruchów kończyn brak, odruchy zniesione. Narządy płciowe zewnętrzne prawidłowe.

Trzeciego dnia po urodzeniu zauważono wypadnięcie górnej połowy pochwy wraz z szyją maciczną, jama macicy wynosi 5,4 ctm., błona śluzowa pochwy zaczerwieniona, lekko obrzękła, lekkie *ectropium* błony śluzowej kiszki prostej. 11-go dnia po urodzeniu dziecko zmarło. Przy sekcji znaleziono: *spinam bifidam*, wodogłowie w stopniu umiarkowanym, niecałkowite wrodzone wypadnięcie macicy i pochwy, *pes varus sinister*, *pes planus dexter*, *myelomeningocele*, *ductus Botalli* zupełnie otwarty. Część pochwową macicy zgrubiała w porównaniu z ciałem, więzy obłe bardzo cienkie i spłaszczone, więzy szerokie cienkie i bardzo rozciągliwe. Zasluguje także na uwagę nadmierna pojemność jamy DOUGLAS'a i niezwykle słaby rozwój tkanki łącznej i tłuszczowej w narządach miednicy.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

7. **MONDAN. Gruźlica napięstka.** Autor w oddziale prof. OLLIER'a spostrzegł 71 przypadków gruźlicy napięstka; 64% tychże miało początek w kości, 35% w błonie maziowej, w pozostałych nie dał się tenże dość wyraźnie wyświecić.

Zewnętrzny wygląd omawianej tu okolicy mniej więcej jednakowo się przedstawia, niezależnie od tego, czy pierwotne ognisko w kości, czy też w błonie maziowej usadowione było. Kości napięstkowe, w większym lub mniejszym stopniu zniekształcone, zazwyczaj zmniejszone, znajdujemy pływające wśród rozpadającej się ziarniny. Chrząstki stawowe wiszą tu i owdzie, będąc odwarstwione, wystrzępione. Pozbawione chrząstki powierzchnie kości pokrywa miękka ziarnina, szerząca się do rozmaitej głębokości; miejscami, odwrotnie, kość mocno stwardniała, biała, gładka; wreszcie rzucające się w oczy, tu i owdzie rozsiane okolice, stłuszczeniu uległe, częstokroć ogniska serowate zawierające. Rzadko natomiast osteofity okostnowe oraz martwaki we właściwych kostkach napięstkowych spostrzegamy.

Spoistość kości od tak nieznacznej, że palcami rozgnieść ją możemy, do twardości kości słoniowej dochodzi, a to w zależności od pierwotnego sprawy gruźliczej ogniska pozostając. Gdy pierwotne, bądź powierzchowne, bądź ośrodkowe ognisko kostne zawartość swą do jamy stawowej wydała, poczyną rozwijać się w tej ostatniej swoista ziarnina, zaś dokoła owego pierwotnego ogniska wskutek zadrażnienia wznieca się sprawa zapalna produkcyjna, stwardnienie kości i odgraniczenie sprawy chorobowej warunkująca. Gdy natomiast sprawa pierwotna z błony maziowej początek bierze, z wielką łatwością, rozrastając się nadmiernie, wytwarza ziarnina ogniska, w których okostna, więzy, ścięgna oraz torebki tychże części składowe stanowią, chrząstki stawowe odwarstwia i wystrzępia, kiści w niwecz obraca.

Dwie tedy istnieją postacie gruźlicy napięstka: 1) postać sucha, przy której największe zmiany dotyczą kości, mniej lub bardziej stwardniałych; przetoki spostrzega się tu rzadko i zjawiają się one późno; obrzmienie całej okolicy nieznaczne, częstokroć przez zeszcupienie zastąpionem bywa; 2) w postaci wilgotnej, pierwotnie maziowej, wcześniej zjawia się obfita ziarnina, rozległe ropnie, przetoki szerzące się daleko na przedramię; obrzmienie okolicy zaznacza się wybitnie.

Z pośród 35 pierwotnie kostnych, przez autora spostrzeganych przypadków, 15 brało początek w kościach napięstkowych, 12 w kości promieniowej, 4 w łokciowej, 3 w kościach dłoniowych, zaś w 1 nie było sposobu określić pierwotne umiejscowienia sprawy chorobowej.

A. Kości napięstkowe. Pod względem gruźlicy wszystkie one poniekąd jedną całość stanowią; conajwyżej, wypada rozróżniać rząd górny i dolny, zaś z pośród rzędu pierwszego kość grochowa, jako mały udział w sprawie chorobowej przyjmująca, stoi na uboczu; zaś z rzędu drugiego, acz w mniejszym stopniu, kość wielokątna większa. W rzeczy samej, klinicznie rzecz biorąc, w jednych przypadkach gruźlicę przedramienia-napięstkową, w innych napięstkowo-dłoniową spostrzegamy.

Pierwotna gruźlica kości napięstkowych przedstawia się pod postacią powierzchownych podokostnowych lubo podchrząstkowych zniszczeń kości; jamy stąd powstałe, wielkości dużego łebka od szpilki, ziarnina, często masy serowate zawierająca, wypełnia. Jamek takich znajdujemy kilka lub kilkanaście, szczególnie dokoła brzegu chrząstki stawowej. Ziarnina, kość pokrywająca, daje się w pewnych przypadkach zdjąć łatwo; kość pod nią znajdujemy mało zmienioną; są to przypadki gruźlicy starej, rozwijającej się nazewnątrz; po przerwaniu oko-

stny, szerzy się ona mniej lub bardziej daleko. W innych natomiast, usuwając ziarninę, widzimy szerzącą się wgłąb jamę, blaszkami kostnymi na kilka mniejszych podzieloną. Na przekroju takiej kości widzimy co następuje: wewnątrz ogniska masa serowata szaro-zielonkawa, dokoła tejże cienka warstwa fioletowa, *zone éliminatrice* przez autora zwana, wreszcie jeszcze bardziej nazewnątrż żółta, ze stłuszczonej tkanki kostnej złożona.

Uogólniając swoje spostrzeżenia, dodaje autor, że gruźlica kości napięstka w postaci bardziej ograniczonej, powierzchownej występuje, gdy w kościach stopy, odwrotnie, jest ona bardziej rozłana.

Rzadko spotykał autor ogniska wewnątrz kości położone, rzadko—zrośnięcie kości napięstkowych ze sobą lub z kośćmi dłoniowymi, rzadko wreszcie martwaki tych pierwszych, nic zresztą bardziej charakterystycznego nie przedstawiające. Rzadkość martwaków w kościach napięstkowych tłumaczy autor słabem odżywianiem tychże w warunkach prawidłowych. W kościach długich, obficie w naczynia krwionośne uposażonych, a więc znakomicie odżywionych, gdy nagle zaburzenie w krwiobiegu powstaje, przejście do upośledzenia w odżywianiu jest nader znaczne, przeto odpowiednie części kości szybko zgorzeli ulegają. W kościach napięstkowych, przeciwnie, do miernego krwi dopływu przyzwyczajonych, części, zawieszonym krwiobiegiem dotknięte, umierają powoli i stopniowo ulegają wesyaniu.

Aczkolwiek daje się zauważyć, że kość wielokątna większa, haczykowa i półksiężycowa częściej od innych chorobie ulegają, to jednak przy operacji wszystkie kości, prócz grochowej, a niekiedy i wielokątnej większej, usuwać należy. Operować zaleca autor podług sposobu prof. OLLIER'a, podokostnowo, jaknajstaranniej ścięgną tudzież przyczepy tychże ochraniając. Po zagojeniu doszczętnem stwierdzano niejednokrotnie ogniska nowowytworzonej kosztem zachowanej okostny kości; gdy tychże brakuje, zbliżają się kości dłoniowe do kości przedramienia, łącząc się tkanką łącznotkankową, która umożliwia wytworzenie się czynności, dość zadawalająco czynności prawidłowej odpowiadającej.

B. Końce kości łokciowej i promieniowej. Jak to wyżej wskazano, 12 razy spostrzegał autor pierwotne zmiany w kości promieniowej i 4 razy w łokciowej. Zmiany te nic bardziej swoistego nie przedstawiają i odpowiadają zmianom w nasadzie innych kości długich. Martwaki należą tu do zjawisk częstych. W pewnych przypadkach trzymały się one jeszcze otoczenia i miały kształt klinowaty; w innych były całkowicie oddzielone i dokoła ziarniną otoczone; zaś w innych jeszcze tylko jamy z ziarniną oraz rozpadem serowatym po owych martwakach pozostawały.

Zniszczenie szerzy się nieraz daleko w trzon kości; wymaga to podczas operacji usuwania tegoż na znacznej przestrzeni, dając jaknajgorsze rokowanie, gdyż 1) powierzchnia na miejscu odjęcia jest bardzo małą; 2) ścięgną nadmiernie długimi się stają, co łatwo skrzywienie kończyny umożliwia.

Jeżeli gruźlica dotknięta jest część ośrodkowa nasady, istota gąbczasta tejże dokoła ogniska stwardnieniu ulega; przy sprawie powierzchownej, wskutek podrażnienia wytwarzają się z okostny stalaktyty nowej kości. Raz jeden spostrzegał autor w danej okolicy suche próchnienie kości (*caries sicca*). 52-letnia kobieta od pięciu lat chorowała na napięstek. Stosowano jej przyżegania, a od roku unieruchomienie ręki. Chorą trapił żywy, nieustający ból w stawie napięstkowym; okolica tegoż spłaszczona, zanikła; dokoła niema ani ropni, ani przetok. Gruźlica płuc w całym rozwoju. Podczas operacji znaleziono w kości promieniowej roz-

ległe zagłębienie, nie zawierające martwaka, lecz wypełnione twardą ziarniną. Kości napięstkowych zaledwie drobne szczątki pozostały.

C. Dłono. Pierwotną gruźlicę napięstkowych końców kości dłoniowych spostrzega się rzadko, wtórnie zaś, przy cierpieniu kości napięstkowych, a nawet i przedramieniowych, ulegają one temuż nader często, mianowicie, ostatnie 4 kości. Autor spostrzegał to w 67% przypadków. Wtórne te zmiany najzupełniej podany wyżej obraz gruźlicy kości napięstkowych przypominają. Przy sprawie pierwotnej autor nie spostrzegał martwaków; widział natomiast ogniska środkowe, masą serowatą wypełnione, zdążające ku powierzchni, bądź to pod chrząstkę, bądź pod okostną; po przerwaniu tychże sprawa szerzy się dokoła.

D. Pochwy ścięgnaiste. Właściwie pochwy te w bezpośrednim związku z torebkami stawowymi nie pozostają, zaś w sprawę ziarninową wciągnięte bywają dopiero po przerwaniu się stawu lub przeniesieniu się cierpienia przez sąsiedztwo. Bądźcobądź, gruźlica omawianej okolicy jest nader częstą, częstokroć szerzy się na dalekiej przestrzeni, zaś obok pochew i same ścięgna ulegają zniszczeniu, tak, iż na miejscu ogniska tylko jednostajną, miękką, serowatą masę znajdujemy. W przypadkach tego rodzaju nadzwyczaj ostrożnie operować wypada, by nie zniszczyć tego, co zniszczenia przez gruźlicę uniknąć zdołało, a więc odwrotnie, niż przy gruźlicy kości postępując, w którym to ostatnim przypadku jaknajwięcej tkanki usuwać musimy.

W przypadkach gruźlicy, przez autora spostrzeganych, 64% dotyczyło mężczyzn, 33% kobiet; w 64% chorą była kończyna prawa, w 34% kończyna lewa; ten ostatni stosunek podają autorzy i dla stawów barkowego i łokciowego. W wieku od lat 10 do 30 gruźlica napiętka jest najczęstszą, aczkolwiek widziano ją w 50, a nawet w 70 roku życia. Przypadki autora nie potwierdzają dziedziczności danego cierpienia; często natomiast wskazywali chorzy przebyte już poprzednio choroby kości oraz złoży innych tkanek, tak, iż rzecz można, że gruźlica napiętka jest cierpieniem ciężkiem, gdyż jest to jeden z przejawów gruźlicy ogólnej, wieloogniskowej.

Co się tyczy leczenia, jaknajmocniej zaleca autor rezekcję chorego stawu. Operacja ta, 53 razy w oddziale prof. OLLIER'a dokonana, raz jeden w 2 dni po operacji śmiercią zakończoną została. Pozostałych chorych dzieli autor na 2 grupy: 1) takich, którzy przed ogłoszeniem niniejszej rozprawy umrzeć zdążyli lub zginęli mu z obserwacji i 2) którzy do tegoż czasu przy życiu pozostali.

Grupa pierwsza 20 chorych zmarłych obejmuje; z tych jeden w kilka miesięcy po operacji życie samobójstwem zakończył, drugi przypadek dotyczył dotkniętej podanem wyżej suchem próchnieniem stawu napięstkowego kobiety; trzeci chory, dotknięty obustronną gruźlicą napiętka, miał jednocześnie gruźlicę trzew i innych kości; następny zmarł na tyfus w rok po operacji; 2 zmarło na gruźlicę płuc, wreszcie inni gruźlicy trzew ulegli.

14 chorych stracił autor z obserwacji; jeden z nich pozostawał w niej 4 lata po operacji, drugi 8 lat, trzeci 15, czwarty 16.

Do grupy drugiej 29 chorych należy. Wszyscy oni są ostatecznie zagojeni i rąk swoich do spełnienia zajęć zawodowych używają. Niektórym w czasie gojenia się pooperacyjnego wypadło już to wyskrobanie ziarniny, już to usunięcie kawałków kości skutecznie. Ropienie trwało nieraz nader długo, chorzy nosili wówczas sączki; dawano im opaski, chorą okolicę podtrzymujące. Jednocześnie poprawiał się i ogólny stan chorych. Chorzy ci w obserwacji od lat 4 do 15 stale pozostają.

Wnioski autora są następujące. 1) Gruźlica napiętka 2 razy częściej ma początek w kości, niż w błonie maziowej. Szerzy się ona nader szybko na całą okolicę. 2) Z postaci kostnych najczęściej kości napiętkowe napastuje i daje 2 odmiany: przedramieniowo-napiętkową i napiętkowo-dłoniową. Gruźlica kości napiętkowych występuje w postaci powierzchownych, wielkości łebka od szpilki, zagłębień. Usuwać należy wszystkie kości napiętka prócz grochowej i wielokątnej większej. 3) Gruźlica końców kości przedramienia najczęściej klinowate martwaki przedstawia, rzadziej jamy o zawartości serowatej. 4) Gruźlica kości dłoniowych pierwotna jest nader rzadka, zaś często zjawia się ona wtórnie w postaci nacieczeń. 5) Częstoem zjawiskiem jest współistniejąca gruźlica torebek ścięgnistych; nie powinna ona być przeciwwskazaniem do operacji. 6) Gruźlica napiętka częściej nawiedza mężczyzn, niż kobiety, częściej stronę prawą, niż lewą; najbardziej panuje w wieku lat 10—30. 7) Rezekcja jest najlepszem leczeniem omawianego cierpienia, nie bacząc na najrozleglejsze szerzenie się tegoż, gdyż otrzymana ostatecznie ręka zawsze jest lepsza, niż sztuczna. 8) Bezpośrednia śmiertelność od operacji jest nader małą; następco umierają chorzy na gruźlicę trzew. 9) Na korzyść rezekcyi świadczą wyżej padane długotrwałe spostrzeżenia.

(*Revue de Chirurgie*. 1896. N. 3).

A. Leśniowski.

8. DUPLAY. **Talalgia** (*bursitis subcalcanea*). 20 - letni mężczyzna, jaknajlepszem zdrowiem cieszący się zazwyczaj, bez widocznego powodu ból podczas stania i chodzenia w piętach odczuwać począł. W celach leczniczych już to zmieniał on obuwie, już to leki miejscowo - działające, jakoto: masć chloroformową, nacieranie wyskokiem i t. p. stosował; już to wreszcie salicylan sodu i inne przetwory do wewnątrz zażywał, lecz conajwyżej rychło przemijającego polepszenia doświadczał. W 2½ miesiąca potem przybył on do oddziału, uskarżając się na ból w piętach, szczególnie ze strony lewej dotkliwy; ból ów po nocnym wypoczynku ginął zupełnie, lecz zjawiał się nanowo, skoro tylko chory podłogi stopami dotykał, następnie podczas stania i chodzenia na napięciu coraz bardziej zyskiwał; by go zmniejszyć, począł chory stawać na palcach, co znów ból w stawie śródstopowo-członkowym powodowało.

Jaknajdokładniej dokonane badanie stóp nic nieprawidłowego nie wykryło, tylko w okolicy lewej pięty skóra zdawała się być nieco ścięcną, zaś podściółka tłuszczowa mniej obfita. Obmacywanie całej podeszwy oraz podeszwowej powierzchni pięty choremu najmniejszej przykrości nie sprawiało; natomiast bardzo bolesnem było dotykane wewnętrznej guzowatości kości piętowej, na przestrzeni, powierzchni monety frankowej nie przewyższającej.

Rozpoznano chorobę, którą DESPRÈS *contusion chronique du talon* nazywał, zaś inni francuscy autorowie *talalgie* lub *neuralgie du talon*. Długi czas sądzono, że jest to nerwoból, powstający wskutek przewlekłego urazu części miękkich i samej kości piętowej u osobników, słabo rozwiniętą podściółkę tłuszczową posiadających, którzy dla swoich zajęć dużo stać lubo chodzić są zmuszeni, istoty choroby jednak nie znano. Dopiero ostatnimi czasy na *bursa serosa* LENOIR'a, pomiędzy guzowatością kości piętowej tudzież podściółką tłuszczową założoną, jako na winowajczynię wskazywać poczęto.

Na podstawie danych, przy badaniu chorego otrzymanych, najbardziej zaś umiejscowienie bólu mając na względzie, zmiany tej właśnie torebki LENOIR'a za przyczynę choroby uznano. Wobec tedy bezskuteczności leków dotychczas stosowanych z jednej strony, zaś z drugiej dobrymi wynikami, przez BROUSSE'a i BERTHIER'a w 2 operowanych przypadkach otrzymanymi (*Revue de Chirurgie* 1895), za-

chęcony, dokonał autor choremu operacyi. Po założeniu opaski ESMARCH'a, cięciem w postaci podkowy, brzeg pięty obejmującej, utworzono płat, ze skóry, podściółki tłuszczowej oraz z okostny złożony, z podstawą ku palcom zwróconą. Na miejscu guzowatości kości piętowej znaleziono torebkę LENOIR'a, o nader zgrubiałych ścianach, cieczy nie zawierającą, natomiast mocno przekrwioną. Usunięto ją jaknajdokładniej. Płat na właściwe miejsce ułożono i tu go szwami umocowano. Zagojenie przez rychłozrost. W miesiąc po operacyi począł chory wstać, a następnie chodzić, pewien ból w pięcie odczuwając; po 3 tygodniach zgiął tenże doszczętnie, i pomimo, iż chory musiał w następstwie dużo stać i chodzić, już więcej nie powrócił.

Autor sądzi, że przypadek niniejszy wraz z 2 powyżej podanymi powinien posłużyć do wyświetlenia istoty sprawy chorobowej, talalgia zwanej: jest to więc przewlekłe zapalenie torebki LENOIR'a, prowadzące do zgrubienia oraz nadmiernego przekrwienia ścian tejże; być może, iż gromadzi się w niej i wolny płyn, lecz w danym przypadku mógł on uleść wessaniu podczas 2 tygodni odpoczynku, poprzedzających operacyę. Słuszną tedy jest dla omawianego cierpienia nazwa—*bursitis subcalcanea*.

(*Arch. gén. de Méd. Novembre. 1896*).

A. Leśniowski.

9. DUPLAY. **Hallux valgus.** Odczyt swój rozpoczyna autor od podania opisu chorej, 34-letniej kobiety, która przed wielu laty na tyfus oraz na powtarzający się kilkakrotnie ból gardła, z tworzeniem się ropni połączony, chorowała. W czternastym roku życia pół roku leczyła się na ból w stępie prawym (*tarsalgia*), zaś od owego czasu pozostało osłabienie stopy i podudzia, która to okoliczność chorą do noszenia obuwia na wysokich obcasach zmuszała. Obecna choroba zaczęła się przed 6 laty bez widocznego powodu; wązkich bucików chora nie nosiła; spostrzegła ona, że palec wielki stopy prawej stopniowo odchyła się nazewnątrz, zaś na wewnętrznej stronie główki pierwszej kości śródstopowej tworzy się guzowatość. Od 3 lat ucisk przez bucik, na miejsce to wywierany, stał się o tyle bolesnym, że chora specjalne obuwie nosić musiała. Przed 2 miesiącami na miejscu guzowatości rozwinęło się zapalenie, zakończone ropniem. Ból wyżej wspomniany o tyle na natężeniu zyskał, że chodzenie stało się dla chorej niepodobieństwem.

Wielki palec stopy prawej, odchylony nazewnątrz, z odpowiednią kością śródstopia tworzy kąt, 45° wynoszący, i leży pod drugim i trzecim palcem (w innych przypadkach znajduje się on nad tymi ostatnimi). Palec, pomimo przemieszczenia, pozostał prawidłowym; ruchy w stawie członko-środo-stopowym wykonalne i niebolesne. Zmiany dotyczą wyłącznie pierwszej kości śródstopowej; na wewnętrznej stronie główki tejże, ku tyłowi od powierzchni stawowej, leży guzowatość bolesna na dotyk, skóra tu zgrubiała, zaczerwieniona. Przy leżeniu ból ustaje, przy stanie zjawia się nanowo, a to na miejscu guzowatości, skąd promieniuje na całą stopę. Odprowadzenie palca na właściwe miejsce nie daje się skutecznić, co dowodzi zmiany w powierzchniach stawowych. Ścięgno rozginacza palca wielkiego leży głęboko między 1 i 2 kością śródstopia.

Rozpoznano zwichnięcie wielkiego palca nazewnątrz, tak zwaną *clinodactylia lateralis*, inaczej *hallux valgus*.

Uciążliwą tę chorobę, szczególnie często kobiety trapiącą, pierwszy zbadał i opisał w r. 1852 BROCA, następni badacze nic nowego nie dodali. Jest to suche zapalenie stawu; powierzchnia stawowa palca pozostaje niezmienną, zaś główka kości śródstopowej grubieje w kierunku poprzecznym; chrząstka stawowa tejże w części zewnętrznej pozostaje prawidłową; wewnętrzna, mniej lub bardziej zmniejszona, nieraz zupełnie zniszczeniu ulega i w utworzeniu stawu członko-środo-

powego udziału nie bierze. Na wewnętrznej stronie główki wyrasta guz kostny od przodu ku tyłowi wydłużony, mający 2 cm. długości, 1,5 cm. grubości. Więz, boczny wewnętrzny mocno zgrubiały, służy często za siedlisko dla torbieli, przez ASHLON'a opisanej. Trzeszczka (*os sesamoideum*) wewnętrzna odsunięta nazewnątrz, zaś zewnętrzna leży między 2 i 3 kością śródstopia. Pierwsza kość śródstopowa, skierowana od przodu ku tyłowi, skręca się nieraz tak, że górna powierzchnia staje się wewnętrzną; kość pierwsza klinowa jej w tem towarzyszy. Pod nagniotkiem, guz główki przykrywającym, wytwarza się *bursa mucosa*, częstokroć z torebką stawową w łączności pozostająca. Mięśnie i ścięgna wraz z palcem przemieszczają się nazewnątrz.

Rozmaicie tłumaczono przyczyny omawianego cierpienia. Teorya mięśniowa tłumaczy je bądź to skurczeniem się mięśnia rozginacza (NÉLATON), bądź to porażeniem lub zanikiem mięśni przyprowadzających (DUCHENNE), bądź wreszcie przezwagą m. odprowadzających nad przyprowadzającymi (DUBREUIL).

Teorya więzowa widziała przyczynę w słabości więzu bocznego wewnętrznego, który jednak, jak to widać z powyższego, bywa zgrubiałym, a więc mocniejszym od prawidłowego. VERNEUIL i VOLKMANN wykazali, że jest to cierpienie stawowe, zaś MONGLOND w 58% wykrył obecność gośćca. Autor tłumaczy to cierpienie stawu ustawicznymi urazami, na które jest on wystawiony. Podczas chodzenia, w chwili, gdy stopa opuszcza ziemię, ciężar całego tułowia spoczywa na tym stawie; do tego należy dodać działanie obuwia, szczególnie na wysokich obcasach i o wązkich końcach. Gdy już palec pocznie zmieniać swoje położenie, działanie mięśni zjawia mu się na pomoc. Zrozumiałem jest powstawanie *bursae mucosae* na miejscu guzowatości.

U chorej, wyżej podanej, widzi DUPLAY tło gośćcowe, przejawiające się w kilkakrotnem zapaleniu gardła.

Co się tyczy rokowania, cierpienie to, acz nie ciężkie, jest nader uciążliwem; prócz bólu przy staniu i chodzeniu, trapi chorego ustawicznie obawa zapalenia *bursae mucosae*, które, gdy przejdzie w ropne, rozległą flegmoną zagraża.

Leczenie choroby ma wskazania rozmaite. Na początku tejże zalecamy obszerne obuwie, zakładanie waty między 1 i 2 palce, zaś na guzowatości kości śródstopowej noszenie dla ochrony tak zwanego *Corn-plaster*. Gdy cierpienie zaszło już dalej, stosujemy przyrządy ortopedyczne, niestety, bez wielkiego skutku; gdy zaś zjawia się męczące bóle, pozostaje zabieg operacyjny. Mając ropienie w stawie i zgorzel końców stawowych, stosownie do danego przypadku już to odjęcie całego palca, już to rezekcję końców stawowych dokonywamy.

Przy zwyczajnem *hallux valgus* proponował REVERDIN klinowate wycięcie 1-ej kości śródstopowej tuż po za stawem, zaś otrzymane wyprostowanie radził odpowiednim przyrządem wzmocnić. DUPLAY chętniej główkę kości śródstopowej rezekuje po uprzednim usunięciu nagniotka i *bursae mucosae*. Gdy odprowadzeniu na miejsce palca stoja na przeszkodzie przykurczone ścięgna, przecina je jednocześnie.

(*La Semaine Médicale* Nr. 60. 1896).

A. Leśniowski.

10. Prof. STRUEMPPELL. W sprawie etyologii cukromoczu pokarmowego (*alimēntaire Glycosurie u. diabetes mellitus*). Sprawa zjawiania się cukru w moczu sprzęga się zwykle z pytaniem, dlaczego ustrój w pewnych warunkach nie jest zdolny spalić całej ilości cukru, krążącego we krwi, względnie w tkankach. Nie ulega bowiem wątpliwości, że cukromocz nie polega na wzmożonem wytwarzaniu cukru, ani na zwiększonem wydzielaniu go przez nerki, ale na niedostatecznem rozszczepianiu cukru, co bynajmniej nie jest w związku z ogólnem osłabieniem siły utleniania, wszystkie bowiem inne pierwiastki spalają się w ciele chorego na cukrzycę tak sa-

mo, jak w ciele człowieka zdrowego. Tylko swoista zdolność rozłożenia i spalania cukru jest ograniczoną, a nawet zniesioną.

Niewiadomo dotychczas, czy czynność ta przypada w udziale pewnym tylko komórkom, czy też wszystkim komórkom całego ustroju lub określonego narządu; natomiast pewnem jest, że zdolność utleniania cukru nie jest nieograniczoną, jakkolwiek ulega ona dość znacznym wahaniom osobniczym. Objaśnia to t.zw. fizyologiczny cukromocz, zasadzający się na tem, że po nadmiernem użyciu cukru ślady jego znajdujemy w moczu. Doświadczenia WORM-MUELLER'a, MORITZ'a, MIURA'y, v. JAKSCH'a, v. NOORDEN'a i in. wykazały, że u człowieka zdrowego, po spożyciu przeszło 200 gm. cukru, zjawia się przemijający cukromocz, wskazujący, że ustrój nie jest zdolny rozłożyć takiej masy cukru i pozbywa się, może nawet szkodliwego dlań, nadmiaru przez nerki.

Widocznie, oprócz ilości cukru pewną wartość posiada i szybkość wchłaniania, która również ulega znacznym wahaniom indywidualnym: u tej samej osoby, u której rozwinął się przemijający cukromocz po spożyciu 150 gm. cukru naczczco, nie można było wykazać cukru w moczu, gdy tę samą ilość cukru spożyła w 3 porcjach w przeciągu godziny.

To objaśnia nam, dlaczego rzadko spotykamy cukromocz po spożyciu pokarmów obfitujących w wodany węgla: wchłanianie cukru postępuje wolno.

Autor w doświadczeniach swoich dawał chorym rano naczczco określoną ilość glukozy, rozpuszczonej w wodzie, z pewną ilością lewulozy. Dla smaku dolewał czasami koniaku. Mocz zbierano przed doświadczeniem i co 1—2 godziny po spożyciu cukru i badano go zapomocą roztworu NYLANDER'a i próby fermentacyjnej.

Szereg wyników ujemnych posiada skądinąd pewną wartość: u osób charłacznych, niezmiernie osłabionych bądź wskutek starości, bądź też wskutek cierpień przewlekłych, zarówno jak u osób niedokrwistych (białaczka, bladaczka i t. p.), przy marskości wątroby, przy żółtacze nieżytowej, wyniki, przynajmniej przy stosowaniu 100—150 gm. cukru, były ujemne. Godne uwagi, że w podagrze (*arthritis urica*), w której wszak przemiana materii jest upośledzoną, wyniki również były ujemne; toż samo przy postępującym zaniku mięśni, gdzie *a priori* można było oczekiwać wyniku dodatniego.

Doświadczenia, które mają specjalną wartość dla etyologii cukrzycy, rozpadały się na 3 grupy: 1) u chorych z ogólną miażdżycą naczyń, która często idzie w parze z cukrzycą, 2) u nerwowych i neurasteników i 3) u alkoholików, względnie u opijających się piwem; wyniki były zdumiewające. U tych ostatnich cukromocz pokarmowy jest zjawiskiem bardzo częstem. Spostrzega się u nich taką nieudolność rozłożenia cukru, że ustrój ich nie jest zdolny zwalczyć 100—75—50 gm. cukru. Przewlekłe otrucie alkoholem i nadmiar wodanów węgla wywołują u nich cukromocz po wypiciu 1—2 litrów piwa naraz, a piją wszak oni dziennie 5—8—10 i więcej litrów, co stanowi 250—400—500 gm. wodanów węgla i 150—240—300 gm. alkoholu, do czego dodać należy pożywienie zwykłe. Doświadczenia powyższe przyczynić się mogą do wyświetlenia zawilej sprawy cukrzycy.

(*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. N. 46).

Maksymilian Kraushar.

11. Ernst SIEGEL. Zapalenie wyrostka robaczkowego i powikłania tegoż. Po przytoczeniu niektórych danych anatomicznych co do wyrostka robaczkowego i etyologicznych co do zapaleń tegoż, autor przystępuje do zmian anatomo-patologicznych.

Najprostsze zmiany są przy zapaleniu nieżytowem: błona śluzowa mocno zaczerwieniona, z wydzieliną śluzową, żółto zabarwioną, nieco zgrubiałą. Błona surowicza przylega często do kiszki ślepej zapomocą delikatnych zrostów.

W postaciach ropnych, ostro występujących, znajdujemy wyrostek robaczkowy albo wolny, albo pogrążony w ropie; często trudno go wydostać z porwanej lub uległej zgorzeli tkanki, jest on bowiem w wielu miejscach umocowany i posiada jeden lub dwa otwory wskutek przedziurawienia. Błona surowicza zgrubiała, często przyrasta do kiszki ślepej, ścian miednicy lub kiszki cienkiej. Przez rozszerzone światło zgłębnik prowadzi do zagłębienia ślepego, gdzie znajdujemy albo wrzód okrągły, albo kamyk kałowy. W odpowiednim miejscu błony śluzowej znajdujemy skutki urazu w postaci rozerwań powierzchniowych lub owrzodzeń. Przedziurawienia odpowiadają miejscu znajdowania się ciała obcego lub wrzodu.

W postaciach przewlekłych wyrostek jest *in toto* znacznie grubszy, błona surowicza nie posiada wyglądu błyszczącego. Czasami mamy do czynienia ze zgorzelą wtórną, czasami wyrostek jest tak wąty, że lada pociągnięciem rozerwać się daje. Często w sprawie bierze udział i kiszka ślepa.

Drobnowidzowo w przypadkach prostych mamy zmiany właściwe nieżyłowi zwykłemu. W sprawach dłuższych mamy zgrubienie ścian, szczególnie błony mięsnej.

Pod względem klinicznym dzieli autor omawiane zapalenia w sposób następujący: I. *Appendicitis non purulenta*: a) *non adhaesiva*, b) *adhaesiva*. II. *Appendicitis purulenta*. III. *Gangraena acuta proc. vermicularis*.

Postać pierwsza, bez wysięku ropnego, nie prowadząca do zrostów, jest rzadką, może jednak mieć klinicznie przebieg ciężki.

Rozpoznanie jest bardzo trudne, ponieważ opierać się musimy tylko na danych podmiotowych. Bóle podobne do kolek, wrażliwość na ucisk w okolicy wyrostka robaczkowego, charakterystyczne bóle, przechodzące w prawą kończynę dolną, połączona z nimi nieregularność stolca, stale występująca reakcja po błędach dyetetycznych z kluciem w okolicy punktu MAC-BURNEY'a,—oto są dane rozpoznawcze.

Appendicitis non purulenta adhaesiva łatwiejszą jest do rozpoznania. Zrosty występują przy bardzo krótkotrwałych napadach, wskutek przemijających urazów. Z tą też postacią mamy do czynienia w t. zw. *postappendicitis*; są to przypadki, w których sam wyrostek robaczkowy, który przebył już uraz i wskutek tego jest łatwo skłonny do nawrotów cierpienia, jest, o ile się zdaje, nietknięty, gdy tymczasem wskutek silnych zrostów wywiązują się w jego okolicy stałe i trwałe bóle.

W przeważnej jednak ilości przypadków mamy do czynienia z zapaleniami ropnemi. Główną ich przyczyną jest łatwość zakażenia wskutek czynników mechanicznych (kamienie kałowe i t. d.). Częstszą jeszcze przyczynę według autora stanowi zapalenie otrzewnej, wywołane drogą naczyń chłonnych. Najważniejszą rzeczą w tej postaci jest *appendicitis perforativa*, ze względu na otrzewną.

Appendicitis perforativa wystąpić może: 1) z zapaleniem otrzewnej ograniczonym; 2) z zapaleniem otrzewnej rozlanem. Na wyleczenie samoistne liczyć tu nie możemy, jeżeli ropień doszedł do pewnej wielkości i otoczony jest zrostami łącznotkankowymi. Ognisko ropne zawsze zagraża życiu chorego.

Zapalenie otrzewnej rozlane wystąpić może i bez przedziurawienia wyrostka robaczkowego; bardzo rzadko bywa ono surowiczem, zwykle ma charakter ropny. Po przedziurawieniu znajdujemy zawsze zapalenie ropne otrzewnej, które uważać należy albo za *peritonitis fibrinosa purulenta progressiva* (według MIKULICZA), albo za t. zw. *sepsis peritonealis*.

Ropnie pozaotrzewnowe (*abscessus retroperitoneales*) zwykle mają przebieg przewlekły, tworzą wielkie guzy otorbione, mogące otwierać się w kierunku opłucnej wywoływać objawy ropnego zapalenia opłucnej.

Dalej autor przytacza historye choroby dwóch przypadków zgorzeli. W jednym z nich mamy do czynienia ze sprawą powtarzającą się w wyrostku, leżącym częściowo w worku otrzewnej, częściowo poza nim, którego obie te części wskutek zgorzeli zostały rozdzielone, przyczem zgorzel przeszła na kışkę ślepą. Czasami wyrostek przyrosły do pętlicy kışek wywołuje skręcenie jej, sam jednak wskutek silnego ucisku lub ciągnięcia podlega zaburzeniom krążenia, mogącym mieć jako wynik—zgorzel, względnie przetoki kałowe, a nawet zapalenia śmiertelne otrzewnej. Te postacie ważne są pod względem szybkiego rozpoznawania i szybkiej pomocy chirurgicznej.

Zadajemy sobie pytanie, co stanie się ze sprawą ropną w okolicach wyrostka robaczkowego, pozostawioną bez zabiegu chirurgicznego? Przy ropniach większych na wyleczenie samoistne liczyć nie możemy. Małe ogniska bezwątpienia uledez mogą wessaniu, wraz z rozwojem tkanki łącznej, wreszcie pęknąć mogą, wylewając swą zawartość do światła kışki lub innego narządu sąsiedniego (otworzenie się ropnia do pęcherza moczowego np., stanowi przykre i poważne powikłanie). Dalej, przy obecności drobnoustrojów, wytwarzających gazy, lub przy połączeniu jamy ropnia ze światłem kışek, w niektórych warunkach otrzymać możemy ropień gazowy, znacznie utrudniający rozpoznanie. Następnie, możliwa jest częściowa zgorzel kışki, zrosty *proc. vermis*, z kışką ślepą i innemi; zrosty te wskutek targania doprowadzić mogą do zwężenia światła kışek, wywołują więc objawy ostrego lub przewlekłego zamknięcia światła kışek (*ileus*).

Ropa przedostać się może nietylko poza kışkę ślepą, poza pęcherz, pomiędzy pętlice kışek aż do wątroby, tworząc w niej ropnie, może nietylko, przy pękaniu ropnia do dróg krwionośnych lub chłonnych, wywołać zjawiska ropnicy lub posocznicy; może ona pomiędzy tkanką, otaczającą wielkie pnie naczyńiowe, opuścić się ku dołowi, wywołując w jamie miednicy zapalenie żyłne z zamknięciem światła naczyń, nawet krwotoki śmiertelne do jamy brzusznej.

Zanim jednak przejdziemy do rozpoznania omawianego cierpienia, przede wszystkim zbadać musimy stosunek jego do *typhlitis stercoralis*, powtóre — czy nie nasuwa się nam rozwiązanie sprawy wyleczenia samoistnego licznych przypadków zapaleń wyrostka robaczkowego, odpowiadające obrazowi klinicznemu i zmianom anatomicznym. Wbrew poglądom SABLİ'ego na *typhlitis stercoralis*, autor rozszerza pogląd swój co do omawianego cierpienia, dawniej za *typhlitis* uważanego; sądzi on, że jakkolwiek występuje ono rzadko, występuje jednak niewątpliwie.

Jeżeli u osobnika z niedowładem kışek, występuje nagle uporczywe zaparcie, jeżeli przytem wymacać można kał w kışce ślepej, jeżeli po pierwszym skutecznem opróżnieniu kışek wszystko bezpowrotnie znika, przyjąć tu możemy podrażnienie kışki ślepej przez zatrzymane masy kałowe, co jest tem prawdopodobniejsze, że wskutek osobliwych warunków anatomicznych masy te, przechodząc z kışek cienkich do grubej, w tem właśnie miejscu mogą się zatrzymać i dać bodziec do stanu zapalnego. Ponieważ właśnie w *appendicitis purulenta* spotykamy uporczywe zaparcie, należy być ostrożnym w stosowaniu środków czyszczących, czego uniknąć nie możemy w *typhlitis stercoralis* typowem, usuwamy bowiem tym sposobem szybko objawy chorobowe. Jest to nieliczna grupa przypadków wyleczenia samoistnego.

Trudność pod względem różniczkowo-rozpoznawczym przedstawia jedynie zapalenie przewlekłe nieropne, w którym nawet nieznaczące zmiany wyrostka robaczkowego mogą przez długie lata powodować niewymowne cierpienie i ciężkie objawy. Rozpoznanie opieramy głównie na umiejscowieniu bólu, po wyłączeniu cierpień narządów płciowych u kobiet. Bóle, przez lata całe trwające, występujące w postaci powtarzających się napadów i bolesności przy obmacywaniu okolicy kışki ślepej, są też bardzo ważne pod tym względem.

Ostre zapalenie ropne wyrostka robaczkowego przyjmujemy tam, gdzie występuje nagle silny ból w postaci kolek w okolicy kiszki ślepej, z ciężkimi objawami ze strony przewodu pokarmowego: wymiotami, biegunką lub uporczywym zaparciem, najczęściej po długotrwałych (miesiącami istniejących) tępych bólach w okolicy odpowiedniej. W jednych przypadkach spotykamy ciepłotę nadzwyczaj podniesioną, w innych — ani śladu gorączki podczas całego przebiegu.

Appendicitis purulenta chronica rozpoznać się daje przez objawy podobne, tylko, że ognisko ropne jest prawie zawsze wyczuwalne drogą obmacywania. Należy jednak zwrócić uwagę na to, ażeby nie przyjąć za ropień występujących tu często zgrubień wskutek zrostów otrzewny.

Leczenie rzadkich przypadków *appendicitidis chronicae non purulentae* polega na stosowaniu makowca wewnątrznie lub podskórnym w dawkach, dostatecznych do usunięcia bólu; skutek jeszcze lepszy otrzymamy, stosując oprócz tego pęcherz z lodem.

W *appendic. purulenta* również posługujemy się makowcem i lodem. Wycucie ogniska ropnego każe nam zachowywać się przez czas pewien wyczekująco, możemy bowiem czas jakiś liczyć na jego zniknięcie. Jeżeli jednak ognisko nie rochodzi się lub nawet rośnie — mamy wskazanie do zabiegu chirurgicznego.

(*Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Med. u. Chir. B. I. H. II. 1896*).

Wacław Sterling.

Z III dermatologiczno-syfilidologicznego międzynarodowego zjazdu w Londynie (4—8. VIII. 1896).

Z obcych sprawozdań zestawiał **Adolf Kozerski**.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 2).

Z działu **chorób wenerycznych** wyjmujemy tylko następujący szczegół:

BALZER radzi leczyć wrzody i dymienice fagadeniczne zapomocą codziennych potarzań, 2—3 godz. trwających przepłukiwań ciągłym strumieniem 1‰—2‰ ciepłego (40° C.) wodnego roztworu nadmanganianu potasu.

Z działu **dermatologii** warto zanotować:

1. DUBREUILH i AUCHÉ spostrzegali przypadek, który rzuca pewne światło na rolę gruczołów potowych. Rzecz dotyczy 77-letniego, skądinąd zdrowego starca, który twierdził, że nie wie, co to pocenie się. Zastrzyknięcie jednak pilokarpiny wywołuje miejscowe wydzielanie potu. Skóra sucha, trochę tłusta, łuszczy się zlekka. Po całym ciele znajdują się rozrzucone śródskórne i podskórne guziki, niebolesne, niezbyt twarde, wielkości ziarna konopi do ziarna grochu, szczególnie w pachach obficie nagromadzone. Dłonie i stopy zupełnie wolne. Po nakłuciu takiego guziczka wychodzi płyn żółtawy, oleisty lub masa gęstsza, do masła podobna. Obydwa te rodzaje zawartości guzików okazują się pod drobnowidzem jako czysty tłuszcz z domieszką bardzo nielicznych komórek nabłonkowych. Rozbiór chemiczny wykazuje 72,5% tłuszczu i 19,5% wody. Wycięte guziczki te okazują się pod drobnowidzem jako torbielowate rozszerzenie gruczołów potowych w rozmaitych ich częściach.

Spostrzeżenie to potwierdza, zdaniem mówców, przypuszczenie UNNY, że wzmiankowane gruczoły nic oprócz tłuszczu nie wydzielają.

2. O etyologii *erythema multiforme* niewiele powiedziano nowego.

VOREL odgranicza ściśle *er. multiforme Hebrae* od *erythema nodosum*. Pod postacią pierwszego występuje samoistna choroba zakaźna, którą należy oddzielić od podobnych co do postaci rumieni, dających się wywołać drogą odruchów (LEWIN) lub będących powikłaniem niektórych chorób zakaźnych.

Er. nodosum, nie mające z poprzednim nic wspólnego, jest w ścisłym związku z gośćcem stawowym. Występuje szczególnie u dziedzicznie obciążonych gruźlic lub schorzałych; prowadzi do ciężkich powikłań.

BOECK uważa za jedną chorobę: *rheumatismus articulorum acutus, erythema multiforme, erythema nodosum, herpes iris i purpura rheumatica* z różnym tylko umiejscowieniem sprawy chorobowej. Woli w przypadkach tych stosować antyfebrynę, niż salicylan sodu.

JANOWSKI wyłącza z tej grupy *erythema grave* (LEWIN), w którego wykwitach znalazł paciorkowce.

3. PETRINI spostrzegał dwa przypadki *dermatitis exfoliativa generalis*. W jednym z nich miał sposobność wykonać badanie zwłok. W żadnym z narządów, włączając skórę, nie znalazł drobnoustrojów. Znalazł natomiast, zgodnie z QUINQUAUD i ORRO, *myelitis diffusa*, nekrobiozę w *ganglia spinalia* części lędźwiowej z *endarteritis* i rozszerzeniem, sięgającym aż do najdrobniejszych naczyń.

4. Głównym referentem w sprawie *prurigo* był Ernest BESNIER. Trafna, zdaniem mówcy, idea Roterh WILLAN'a połączenia w jedną klasę wyprysków guziczkowych, jak: *lichen simplex, acutus, chronicus, agrius*; dalej *strophulus, prurigo mitis, formicans, agria*, „*prurigo*“ *senilis*—została zniweczona jednym „dyktatorskim“ pociągnięciem pióra wiedeńskiego mistrza, Ferdynanda HEBRA'y. Ten ostatni zamknął pojęcie *prurigo* w ciasne ramy „*prurigo mihi*“ t. j. *Hebrae*, rozmieszczając resztę z klasy WILLAN'a to wśród *erythemata, eczemata*, to przyłączając do rzędu czynnościowych nerwic. Powaga twórcy szkoły wiedeńskiej sprawiła, że jego zdanie zyskało przewagę. W ostatnich jednak czasach powstaje ruch, przechylający pojęcie o *prurigo* do dawnego kierunku. BESNIER usilnie popiera to dążenie.

Mówca pojmuje *prurigo Hebrae* jako toksydermię, a raczej jako autotoksydermię, wywołaną przez z niewiadomych nam powodów wytworzoną, we krwi krążącą substancję, która, drażniąc układ nerwowy czy w jego ośrodkach, czy też na obwodzie, wywołuje obwodowe zmiany naczynioruchowe i sprowadza dokuczliwe swędzenie. Swędzenie to jest zasadniczym, pierwszym objawem chorobowym, po którym dopiero występują wykwyty (*papulae, ekthyma, eczema*) jako wynik mechanicznego drażnienia przez drapanie i zaszczepienie drobnoustrojów ropotwórczych w miejscach zdrapanych. Guziczek więc jest wynikiem swędzenia. Niema guziczka bez poprzedzającego swędzenia, gdy tymczasem i po zniknięciu guziczka swędzenie może pozostać.

Dla objaśnienia przypomina następujące doświadczenia:

a) JACQUET zastrzyknął w oba nerwy kulszowe psa rozczyn olejku krotonowego, poczem jedną kończynę obandażował hermetycznie, gdy drugą pozostawił niepokrytą. Po dwóch miesiącach owinięta łapa nie okazywała żadnych zmian w skórze, gdy nieobandażowana pokryła się licznymi wykwitami. Sekcja stwierdziła jednakowe zmiany w obu nerwach.

b) JACQUET i BUTE powtórzyli znane doświadczenie CLAUDE-BERNARD'a, z tą tylko różnicą, że przed wykonaniem jednostronnego przecięcia szyjowego nerwu współczulnego, opatrzyli szczelnie oba uszy królika. Po dokonaniu przecięcia zdjęto z uszów opatrunki i zauważono, że ucho po stronie nerwu przeciętego jest ledwie dostrzegalnie czerwieniejsze od drugiego. Stan ten nie zmieniał się przez całe

25 minut po dokonaniu cięcia. Dopiero, kiedy natarto obydwie uszy z jednakową siłą, ucho po stronie przeciętego nerwu zaczerwieniło się bardzo silnie.

e) Doświadczenie z chorymi, dotkniętymi *prurigo*, którym owijano jedną kończynę, drugą zaś pozostawiano niezawiniętą. Odkryta kończyna pokryła się zwykłymi wykwitami, gdy tymczasem zabandażowana pozostała gładką, choć w obu swędzenie utrzymało się w jednakowym stopniu. Gdy przeniesiono bandaż na drugą kończynę, powtórzyło się to samo.

Otóż przez analogię do powyższych doświadczeń, BESNIER przypuszcza, że niewiadomy czynnik przygotowuje w skórze zmiany naczynioruchowe, a następnie występują dopiero objawy skórne, wywołane przez czynniki zewnętrzne. Stąd wniosek praktyczny, że, lecząc, trzeba przede wszystkim ochronić skórę od zewnętrznych obrażeń, t. j. jaknajszczelniej zabandażować kończyny.

Uznawszy więc *prurigo* za autotoksydermię, BESNIER idzie logicznie dalej i zalicza do tej klasy obrazy chorobowe, objęte mianem *pruritus essentialis*, mające za podstawę takie zatrucie przy cholemii, uremii, glicemii, dnie, gościecu i samozatruciach, pochodzących z zaburzeń w trawieniu. Włącza tu także *pruritus senilis*, tłumacząc brak charakterystycznych zmian skóry zatraceniem zdolności reagowania na urazy zewnętrzne, — zdolności stale od dzieciństwa do wieku sędziwego zmniejszającej się. Włącza tu także *lichen simplex* i *strophulus*. Wnosząc więc nowe tłumaczenie faktów, BESNIER wraca prawomocność dawnej klasyfikacji WILLAN'a.

Z przemówienia NEISSER'a wyjmujemy: Zdaniem N., szkoła wiedeńska pojmuje „*prurigo*“ za ciasno, francuska za obszernie. Do typowego obrazu „*prurigo*“ *Hebrae* należą: 1) charakterystyczne zmiany skóry (drobne, białe różowe lub koloru skóry — twarde, silnie swędzące guziczki naskórka), 2) o-typowym umiejscowieniu (głównie i szczególnie rozwinięte na wyprostnych powierzchniach kończyn) i 3) o typowym przebiegu (choroba powstaje we wczesnym dzieciństwie i objawia się w stałe, przez długie lata, zwykle przez całe życie, powtarzających się wysypkach). Drobnowidz wykrywa: surowiczy obrzęk tkanki łącznej skóry, małe powierzchnię guziczki surowicze, czasem z tworzeniem się drobnych, powierzchownie położonych pęcherzyków — wszystko to jako skutek podrażnienia nerwów rozszerzających naczynia (*nn. vasodilatatores*). Ten to obraz drobnowidzowy NEISSER poczytuje za miarodajny przy sądzeniu, bez względu na to, czy dana dermatоза do tej grupy należy, czy nie. Na tej to podstawie załącza do *prurigo*, jakkolwiek nietypowej: 1) te przypadki, w których objawy chorobowe występują później, 2) przypadki przemijające, o przebiegu ostrym, odpowiadające *lichen acutus Vidal*, 3) *eczema pruriginosum* szkoły wiedeńskiej.

NEISSER zarzuca szkole francuskiej, że zanadto jest skłonną do włączania do klasy „*prurigo*“ wszystkich wysypek, których cechą jest t. zw. „lichenifikacja“ skóry (tworzenie się drobnych, suchych, twardych, niekiedy drobną łuską pokrywających się guziczków).

Co do leczenia, przypomina, że wiele lekkich postaci *prurigo* daje się zupełnie i trwale usunąć.

JANOWSKI spostrzegł 600 chorych, z tych 7 tylko wyzdrowiało. W 2 przypadkach była ściśle badana przemiana materii, lecz nie znaleziono ani indolu, skatolu, kwasów etero-siarczanych (*gepaarte Schwefelsäure*), ani innych trujących substancji. Nie przemawia to wcale za teorią BESNIER'a o samozatruciu. Także protestuje przeciw twierdzeniu BESNIER'a, jakoby swędzenie było pierwszym objawem, guziczek zaś następczym. Jest wprost odwrotnie: swędzenie zjawia się dopiero po wystąpieniu guziczka. Z tych więc i innych powodów zbija innowacje BESNIER'a i głosi za utrzymaniem typu HEBRA'y.

JADASSOHN dodaje, że spostrzegał przypadek *lichen chronicus Vidal*, wolny od wszelkiego swędzenia, nie może więc uważać w tym przypadku swędzenia za pierwszy, chronologicznie biorąc, objaw (*lichen chronicus Vidal* występuje w postaci płaskich, drobnych, twardych, bladoczerwonych z odcieniem sinym guziczków, które, bardzo wolno rosnąc i ze sobą zlewając się, tworzą obszerne, swędzące, często łuską — jakby mączką cukrową — pokryte wyspy, o pogłębionem, a przez to wyraźniejszym zbrzdowianiu skóry).

Olecný podczas dyskusyi KAPOSÍ zachował uporczywe milczenie, co francuzi z tryumfem podnoszą, a co prawdopodobniej było brakiem chęci powtarzania dobrze i dawno znanych motywów.

5. W dalszym ciągu przemawiał UNNA o istocie prawidłowego i chorobliwego rogowacenia. Wnioski mówcy w tej sprawie zasługują na przytoczenie. Brzmiały one:

a) Komórkami rogowymi zwiemy komórki naskórka, które tworzą twardą, suchą, mniej lub więcej przeświecającą tkankę; które w sokach trawiących rozpuszczają się, pozostawiając tylko nierozpuszczoną błonkę zewnętrzną.

b) Rogowacenie odbywa się tylko w powierzchniowej, cienkiej warstwie komórki; keratyna nie jest w żadnym związku pochodnym z substancją jądra, keratohyaliną lub eleidiną.

c) Keratyna jest ciałem, bardzo niewiele różniącym się od protoplazmy, mianowicie zawiera ona więcej siarki, a przy rozpadzie wytwarza więcej tyrozyny, niż leucyny — w przeciwieństwie do białka.

d) Protoplasma przekształca się na keratynę, nie przechodząc żadnych głębokich zmian w budowie chemicznej. Odbywa się to prawdopodobnie pod wpływem siarki i fenolu, które krew dowozi komórkom naskórka.

W przypadkach chorobliwego rogowacenia: a) odbywa się ono także wyłącznie tylko w powierzchniowej warstwie komórki; b) różni się od prawidłowego tylko kalibrem beleczek i ok sieci keratyny; c) wreszcie klinicznie stwierdzana twardość skóry nie zawsze odpowiada obfitszemu nagromadzeniu keratyny.

6. W sprawie mięsaków skóry zabierał głos SCHWIMMER. Przy rozbiórce 2 przypadków pierwotnych, zabarwionych, wielorakich mięsaków skóry typu KAPOSÍego znalazł bardzo wiele przerzutów w żołądku, mniej w kiszkaach.

Odróżnia *sarcoma cutis* od *mycosis fungoides*, gdy bowiem pierwsze składa się przeważnie z komórek wrzecionowatych i głównie zajmuje naczynia krwionośne, drugie składa się głównie z komórek okrągłych i zajmuje naczynia chłonne.

7. Sprawa gruźlicy skóry, nieobjętej typem „*lupus*“, dała pole do obszerniejszych wykładów. Z odczytu HYDE, pomijając jego klasyfikację, przytoczymy zapytywanie na przyczyny wielopostaciowości, pod jaką występuje gruźlica skóry. Autor mianowicie czy nią zależną: a) od ilości laseczników; b) ich umiejscowienia w tkance, i wreszcie c) od powikłań, jakie przyłączają się do miejscowego obrazu chorobowego. (D. n.)

Notatki bibliograficzne.

CESARSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE WILEŃSKIE. 1805—1895.

Napisał d-r WŁ. ZAHORSKI,

pierwszy sekretarz tegoż Towarzystwa, (8-ka. Str. 274. Wilno).

Pod tym tytułem opuściła prasę książka, poświęcona pamięci Jędrzeja SNIADECKIEGO i Józefa FRANKA, mająca za przedmiot skreślenie 90-letniej działalności Tow. Lek. Wileńskiego. W roku zeszłym mieliśmy już sposobność, z powodu uro-

czystości dziewięćdziesięciolecia rzezonego Towarzystwa, przytoczyć głównejsze daty i biografie zasłużonych temuż Towarzystwu osobistości. Dziś też szczegółów tych nie przytaczamy, ograniczając się wzmianką, iż autor podzielił całość dziejów instytucji, o której mowa, na 3 okresy. Pierwszy od r. 1805 do 1832; drugi od roku 1832 do 1864, i trzeci od roku 1865 do 1895. Okres pierwszy był okresem szybkiego rozwoju i prawdziwej świetności Towarzystwa, które, idąc ręką w rękę na polu pracy naukowej z nowo utworzonym wydziałem lekarskim wileńskiego uniwersytetu, od razu zajęło stanowisko poważne, wywierając pożyteczny wpływ nie tylko na swych członków, lecz zarazem i na całe społeczeństwo. W owym to bowiem czasie powstały liczne instytucje zdrowotne, piśmiennictwo się rozwinęło, a liczne publikacje peryodyczne świadczyły o coraz szerszym zakresie działalności Towarzystwa. Do tego też okresu należy żywe zainteresowanie się szczepieniem ospy, a odkrycie JENNER'a nigdzie może nie znalazło dla siebie tak silnego poparcia, jak w gronie członków Towarzystwa. Słowem, okres ten nazwać można najświetniejszym i to pod każdym względem. Dodać należy, że w tymże okresie utworzony został przy Towarzystwie oddział farmaceutyczny.

Co się tyczy drugiego okresu (od roku 1832—1864), to wogóle powiedzieć można, iż o ile pierwszy, jako posiadający wszelkie warunki szybkiego rozwoju, był płodnym dla nauki i społeczeństwa, o tyle drugi nie był w możności wstąpienia w ślady pierwszego; zamknięcie bowiem uniwersytetu, którego wydział lekarski był dla Towarzystwa dźwignią naukową, i szeregi przeróżnych ograniczeń wytworzyły martwość i nie mogły nie wpływać ujemnie na działalność tegoż Towarzystwa pod każdym względem.

I trzeci okres nie zajaśniał zbyt silnem światłem. O okresie tym nie wiele więcej niż o drugim da się powiedzieć; na jego początku bowiem liczba członków Towarzystwa nagle, i to w sposób znaczny, się zmniejszyła. Lubo po upływie pewnego czasu Towarzystwo znów wzrosło, jednak nie dosięgło, z powodów już wyżej przytoczonych, dawnej świetności.

W ciągu 90-iu lat swego istnienia, Towarzystwo zajmowało się licznymi, na dobre będącymi pytaniami. Oprócz sprawy szczepienia ospy ochronnej, przedmiotem troskliwego ze strony Towarzystwa zajęcia będącej, na porządku dziennym była sprawa ograniczenia szerzącego się przymiotu, badanie przyczyn różnych epidemii, a w szczególności cholery, dżumy, po części sprawa higieny szkolnej i t. d., wreszcie sprawa kołtuna, która ni mniej ni więcej tylko lat 70 tułała się w Towarzystwie, gdyż dopiero w roku 1876 „kołtun jako jednostka patologiczna“ stanowczo przez Towarzystwo zakwestyonowany został. Sprawy stypendyów i sprawy zdrowotne miasta również były przedmiotem troskliwego zajęcia się ze strony Towarzystwa. Do zasług Towarzystwu policzyć należy ściśle przestrzeganie zasad etyki i walkę z felczeryzmem, który zarówno w Wilnie, jak i w innych okolicach i miastach polskich niemałych dopuszczał się nadużyć. Przeciwno znachorom walczono również, uznawszy za jeden z najskuteczniejszych środków przeciw tym plagom utworzenie bezpłatnych dla ludzi biednych ambulatoryów.

W roku 1885 poruszono pytanie, dotyczące badania kraju pod względem zdrowotnym, i w tym celu ustanowiono przy Tow. sekcję sanitarną; dalej, przy Towarzystwie wkrótce potem założono gabinet do badań chemiczno-drobnowidzowych w celach dyagnostycznych. Słowem, Towarzystwo, acz zwolna, jednak się rozwijało, a taki stan rzeczy spowodował, że władze niejednokrotnie zapytywały Towarzystwa o zdanie w niejednej kwestyi, jak np. w sprawie leczenia cholery metodą POZNAŃSKIEGO. Ponieważ praca d-ra ZAHORSKIEGO oprócz właściwego rysu dziejów Towarzystwa zawiera w sobie jeszcze wszelkie ustawy, instrukcje i t. d.

Towarzystwa dotyczące; wreszcie, podaje wykaz członków od początku istnienia Towarzystwa aż do końca roku 1895-go z podaniem ważniejszych prac członków i czytanych przez nich na posiedzeniach rozpraw, może być przeto uważana za wyczerpujący rys historyczny tej instytucji i poniekąd za uzupełnienie znakomitego dzieła d-ra Józefa BIELIŃSKIEGO: „Stan nauk lekarskich za czasów akademii medyko-chirurgicznej wileńskiej“.

Za niemało mozołu i sumiennosc w spożytkowaniu źródeł, należy się autorowi wdzięczność ze strony tych, którzy doniosłość prac podobnych dla dziejów naszej cywilizacji ocenić potrafią.

H. D.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BONOME i VIOLA otrzymali antytoksynę paciorkowcową zapomocą elektrolizy jadu paciorkowcowego. Otrzymana w ten sposób antytoksyna okazała się w doświadczeniach nad królikami nader skuteczną, jednak niezupełnie nieszkodliwą, gdyż niektóre zwierzęta oddziaływały na zastrzyknięcie silną gorączką i ginęły przy objawach postępującego charłactwa. (Ctbl. f. Bakter. XIX. Nr. 22 i 23).

= MAIRET i BOSE stosowali przy padaczkę wyciąg glicerynowy nerek oraz trzustki. Pierwszy nie miał żadnego wpływu, drugi zaś wywoływał zwiększenie się ilości napadów, u ludzi zaś zdrowych występowała po zastrzyknięciu gorączka i znaczne osłabienie. (Méd. moderne Nr. 27. 96).

= KATZ opisuje przypadek typowej dychawicy oskrzelowej, występującej wyłącznie podczas miesiączkowania. Chora pochodziła z rodziny zdrowej, nie przedstawiała żadnego objawu neurastenii; rok temu dostała podczas

miesiączki napadu dychawicy, która występuje obecnie jedynie w tym czasie. Istnieniu *asthma uterinum* zaprzecza wielu autorów; LEYDEN zaś sądzi, że jest ona wywoływana podrażnieniem nerwów w sferze płciowej. (Dtsch. Med. Ztg. Nr. 90. 96).

= DEMATEIS sądzi, że dotychczasowe niepowodzenie przy leczeniu róży zależy od tego, że stosowane środki nie przenikają do dróg chłonnych, w których znajduje się paciorkowiec róży. Środkiem, który odpowiada tym warunkom, ma być rtęć (*ung. mercur. 5,0, vaselini 10,0*), autor bowiem wyleczył nim bardzo wiele uporczywych przypadków róży. (Gaz. d. osped. Nr. 80. 96).

= KRAHN zaleca ludowy środek *salvia officinalis* przeciwko potom u suchotników. Autor podaje *tinct. salviae* 3 razy dziennie po 20 kropel, lub też napar z łyżeczki liści na $\frac{1}{2}$ litra wody, dwa razy dziennie. Środek ten stawia K. ponad wszystkie inne przeciwpotne. (Wien. kl. Woch. Nr. 32. 96).

Wiadomości bieżące.

— Kolega MARKIEWICZ prosi nas o doniesienie Kolegom, mającym zamiar wspólnie przygotować materiały do wydawnictwa o szkodliwościach zawodowych, iż zwłoka w przystąpieniu do badań pochodzi z przyczyn od kol. MARKIEWICZA niezależnych. Kwestyonaryusz i t. d. w najbliższym czasie rozesłane będą.

— Prof. Zygmunt ŁASKOWSKI z Genewy otrzymał za swe prace z dziedziny anatomii nagrodę MONTYON'a (*Prix Montyon*).

— Komisja słownikowa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wykończyła już cały materiał podstawowy. Dalsza jej praca poświęconą będzie uzupełnieniu słownika wyrazami poszczególnych gałęzi nauk lekarskich.

— Henryk MATTONI, właściciel źródeł leczniczych i fabryki przetworów z wód mineralnych, obchodził 1-go stycznia r. b. czterdziestą rocznicę założenia firmy.