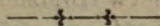


# GAZETA LEKARSKA

## I. O stosunku ucha do t. zw. sfery nosopłciowej u kobiet.

Podał

Dr Alfred Heiman [syn].



W. FLIESS w pracy swej z r. 1897 p. t.: „Stosunek nosa do narządów płciowych kobiety“<sup>1)</sup> zwrócił uwagę na to, iż podczas miesiączkowania obrzmiewają zazwyczaj jedna lub obie muszle dolne nosa, jako też jeden lub obydwaj guziki przegrody nosowej (*tubercula septi*). Miejsca te zbudowane na podobieństwo ciał jamistych (*corpora cavernosa*), w okresie miesiączkowania stają się bolesne, co sprawdzić się daje przy dotyku sondą, przytem łatwo krwawią, nieraz bardzo obficie. FLIESS, jak wiadomo nazwał je „punktami płciowymi nosa“. Zapomocą penzlowania tych punktów 20%-ym roztworem kokainy [ewent. następczego przypalania kwasem trójchlorooctowym lub galwanokauterem] FLIESS uzyskał w szeregu przypadków ustąpienie zupełne bólów, towarzyszących miesiączkowaniu, podczas gdy w pewnych przypadkach żadnego wyniku nie otrzymał. Na tej zasadzie mówi FLIESS o „dodatnim“ i „ujemnym“ wyniku kokainizacji (*positive und negative Cocainversuch*). Przytem uczynił jeszcze jedno ciekawe spostrzeżenie, mianowicie, że przy kokainizacji prawego guzika przegrody zazwyczaj ustępował ból krzyża z lewej strony i odwrotnie; to samo miało miejsce przy znieczulaniu dolnych muszli w stosunku do bólów brzucha.

Formę „nosową“ *dysmenorrhoeae* FLIESS zalicza do nerwic. Ciała jamiste w nosie otrzymują, według niego, włókna nerwu sympatycznego z *plexus caroticus* przy udziale *ganglii sphenopalatini* i nerwu skalistego głębokiego większego (*n. petrosus profundus maj.*).

Co do unerwienia punktów płciowych nosa, zdania się następnie podzieliły, o ile bowiem FLIESS uważał za główny przewodnik anatomiczny nerw skalisty głęboki większy, o tyle znowu inni [HAGEN] przypuszczali, że główna rola przypada tu nerwowi węchowemu (*n. olfactorius*).

<sup>1)</sup> Pierwsze ogłoszone drukiem spostrzeżenia FLIESS'a sięgają r. 1893.

W ostatnim czasie starał się tę kwestyę rozwiązać G. TRAUTMANN<sup>1)</sup>; dowiódł, że drogi anatomiczne, które pośredniczą między nosem a narządem płciowym kobiety, są następujące: 1) nerw trójdzielny (*n. trigeminus*) i nerw skalisty głęboki większy, który wprost przylega do *plexus caroticus* nerwu sympatycznego; ten ostatni łączy się z narządem płciowym zapomocą *plexus hypogastricus i solaris*; 2) nerw węchowy. Tutaj są znów możebne trzy połączenia: a) przez włókna samego nerwu węchowego, które opuszczają się do rdzenia a stamtąd przez *rami communicantes* łączą się z nerwem sympatycznym, b) przez połączenie nerwu węchowego i sympatycznego w *medulla oblongata* i c) przez połączenie z nerwem trójdzielnym, który komunikuje się z nerwem sympatycznym. Dodać jeszcze należy, że *regio olfactoria* nosa zajmuje muszlę górną, górny przewód nosowy i przyśrodkową powierzchnię muszli środkowej, u przegrody zaś nosa dochodzi do wysokości przedniego końca muszli środkowej, to jest aż do okolic guzika przegrody, leżącego między obiema muszlami środkowymi nosa.

Na zasadzie wyżej przytoczonego TRAUTMANN jest zdania, że do „punktów płciowych“ dochodzić mogą jak nerw trójdzielny, tak i węchowy, lub oba razem a stąd i połączenie z nerwem sympatycznym jest zrozumiałe.

Według TRAUTMANN'a, podobne „punkty płciowe“ znajdują się pewno nie tylko w nosie, lecz prawdopodobnie i w różnych innych miejscach, głównie na skórze; być może, że i w nosie jest ich więcej, niż FLIESS przypuszcza, lecz kwestya ta jeszcze niedostatecznie zbadana została. Bóle przy miesiączkowaniu pod wpływem zmian w nosie TRAUTMANN zalicza do nerwic odruchowych.

W tej samej kwestyi stosunku nosa do narządów płciowych kobiety pisało wielu lekarzy [między innymi u nas J. JAWORSKI], którzy zgodzili się, iż bez wątpienia spostrzeżenia FLIESS'a mają duże znaczenie, zaburzenia bowiem przy miesiączkowaniu w wielu razach dają się usunąć przy postępowaniu, wskazanem przez niego.

Że stosunek podobny zachodzić może nie tylko między nosem a narządami płciowymi kobiety, lecz także i uchem, zwrócił na to uwagę w styczniu r. b. HAUG, przedstawiając kilka podobnych przypadków w Tow. oto-laryngologicznem w Monachium. Mianowicie, chore przybywały ze skargami na szalony ból ucha, którego w żaden sposób objaśnić sobie nie było można, gdyż ucho zmian żadnych nie wykazywało, a przyczyny, której doszukiwać się zwykliśmy, jak oto: próchnicy zębów, reumatyzmu i t. d., nie zauważono. Stosowano, rozumie się, wszelkie środki lekarskie zewnętrzne i wewnętrzne, lecz skutku nie uzyskano żadnego. Dopiero jedna chore zwróciła HAUG'owi uwagę, że bóle te występują podczas miesiączkowania. Uprzytomniwszy sobie spostrzeżenia FLIESS'a, zaczął on w tego rodzaju przypadkach badać nos i znalazł, że zawsze błona śluzowa na muszlach dolnych była bardzo obrzmiała i bolesna na dotyk, a guziki przekrwione. W czasie wolnym od miesiączkowania zmian tych zauważyć się nie dało. Zaczęto stosować terapię, wskazaną przez FLIESS'a, to

<sup>1)</sup> Monatschrift f. Ohrenheilk. 1903. Nr. 4.

jest kokainizację 20%-ym roztworem dolnych muszli nosowych i przypalenie ich kwasem trójchlorooctowym. Wyniki otrzymano wysoce pomyślne, bóle bowiem ucha i szумы ustępowały zupełnie. Lecz tego, żeby bóle ucha krzyżowały się z cierpieniem nosa, jak opisuje FLIESS, HAUG nie zauważył i radzi dlatego, wcale nie w chęci obalenia twierdzenia FLIESS'a, zwracać uwagę na obie połowy nosa, gdyż często ból ucha umiejscowiony bywa z jednej strony z cierpieniem nosa.

Kiedy spostrzeżenia HAUG'a stały się wiadomymi szerszemu ogółowi, miałem także sposobność przekonania się o ich słuszności. Obserwacje moje dotyczyły kilku pań w wieku lat 18—28, które szukały u mnie porady lekarskiej z powodu mocnych bólów jednego lub obu uszu. We wszystkich tych przypadkach uszy zmian patologicznych nie wykazywały, przyczyny nerwobólu nie było można dociec, stosowanie zaś najróżnorodniejszych środków lekarskich wyniku pomyślnego nie dawało. Dopiero jedna chora pytaniem swoim, czy może brać wewnątrznie salol, który jej zapisałem, i „czy jej to nie zaszkodzi, bo ma właśnie miesiączkę“, skierowała mnie na właściwą drogę. Dowiedziałem się od chorej, że bóle ucha, zazwyczaj znośne, zwiększają się przed miesiączkowaniem, a stają się nie do zniesienia podczas samego miesiączkowania. Zbadałem nos i przekonawszy się o mocnym obrzmieniu obu muszli dolnych, znieczuliłem je 20%-ym roztworem kokainy. Po jednokrotnym ich wypenzlowaniu, bóle jakoby się zmniejszyły. Próba ta powtórzona została kilkakrotnie w przeciągu dni 10-iu i rzeczywiście, bóle ustąpiły zupełnie. Po jakimś czasie pojawiły się znowu. Zaproponowałem tedy chorej przypalenie dolnej muszli zapomocą galwanokautera. Chora na rękoczyn ten przystała i po przypaleniu lewej dolnej muszli, bóle w lewym uchu ustąpiły, w prawym zaś zmniejszyły się cokolwiek. Ponieważ zaś co pewien czas bóle w prawym uchu powiększały się, chora po paru tygodniach zaproponowała mi sama przypalenie muszli prawej, co też wykonane zostało. Bóle ucha nie ponowiły się więcej, a oprócz tego, jak mi chora oznajmiła, ustąpiły bóle brzucha, które także towarzyszyły miesiączkowaniu.

Spostrzegalem jeszcze dwa podobne przypadki, w których także po kokainizacji i przypaleniu kwasem trójchlorooctowym muszli dolnej i guzików przegrody, bóle ucha zginęły zupełnie. Lecz dodać tu muszę, że w tych trzech przypadkach obrzmienie błony śluzowej muszli dolnej odpowiadało stronie bólu ucha; skrzyżowanego, według FLIESS'a, cierpienia nie zauważyłem.

Stąd łatwo wyprowadzić się daje wniosek, że „dodatni wynik kokainizacji“ ma taką samą wartość dla ucha, jak dla narządów płciowych, to jest, że jeśli bóle ucha ustępują po znieczuleniu kokainą muszli dolnych i guzików przegrody, mamy bezwarunkowo do czynienia z zaburzeniami sfery noso-płciowej, jeśli zaś otrzymujemy wynik ujemny, przyczyny bólów gdzieindziej szukać należy. I o tem przekonałem się naocznie, kiedy w kilku przypadkach nerwobólu ucha, bądź to z powodu próchnicy zębów, bądź też z innej przyczyny, widząc obrzmiałe muszle dolne, smarowałem je 20%-ym roztworem kokainy: w żadnym z tych przypadków polepszenia nie uzyskałem. Słusznie też HAUG powiada <sup>1)</sup>, że

<sup>1)</sup> Monatschr. f. Ohrenheilk. 1903. Nr. 3.

„w każdym oddzielnym przypadku bólu ucha u kobiet nie należy doszukiwać się zależności ucha od sfery noso-łciowej, tym bowiem sposobem zdawałoby się mogło, iż jedynym, radykalnym środkiem przeciw bólom ucha i szumom jest stosowanie metody FLIESS'a“.

W każdym jednak razie wykonywanie tej próby [kokainizacji] nie jest bez znaczenia; jak mi się wydaje, w przypadkach gdzie przyczyna bólów ucha określona być nie może, wykonywać ją należy.

Te kilka przykładów z praktyki utwierdziły mnie w przekonaniu o prawdziwości spostrzeżeń HAUG'a, tembardziej, że anatomicznie daje się także objaśnić związek ucha ze sferą łciową, to jest, przez *ganglion nasale, n. petrosus prof. maj., plexus caroticus n. sympathici, n. petrosus prof. min. i n. tympanicus*.

Rozumie się, że wszystkie te przypadki dotyczą jedynie kobiet, lecz HAUG *experimenti gratia* wykonał podobne próby na 3-ch mężczyznach. U dwu wypadły ujemnie, u trzeciego nastąpiła poprawa, lecz zrodziło się przypuszczenie, iż więcej zdziałała tu sugestya, gdyż osobnik ten był w wysokim stopniu neurastenikiem. Gdyby, rzeczywiście, przypuścić podobne „punkty łciowe“ u mężczyzn, to i z punktu widzenia anatomicznego nie byłoby sporu, gdyż wiemy, iż u mężczyzn nerw sympatyczny łączy się z narządami łciowymi także przez *plexus hypogastricus* i przez *plexus spermaticus internus*, lecz, jak dotychczas, całe to przypuszczenie *a priori* zostaje wykluczone.

W każdym razie, dzięki wyżej wymienionym przykładom, uzyskaliśmy nowy sposób, według mego zdania radykalny, usuwania bólów ucha w zależności od sfery łciowej, cierpienia, jak wiadomo, bardzo dotkliwego i trwającego często przez czas dłuższy.

## II. Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych.

Napisal

Dr. Jan Pruszyński,

ordynator szpitala św. Rocha w Warszawie.

[Odczyt, miany na XIII-ym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie].

— + — + — + —  
[Dokończenie. — Patrz Nr. 37].

Niemniej ciężkie zaburzenia wystąpić mogą przy zatkanium przewodu żółciowego wspólnego. Kamień, wszedłszy do przewodu żółciowego wspólnego, wywołuje żółtaczkę na drodze mechanicznej i zatrzymuje się albo w części nadwunastnicowej, albo dochodzi do brodawki VATER'a i tutaj zostaje zaklinowany. Według RIEDEL'a kolka w tym razie nie tyle zależy od skurczu ściany prze-

wodu, spowodowanego podrażnieniem, ile od nagromadzenia pędzącego kamień wysięku zapalnego. Gdy ucicha sprawa zapalna, znika ból a nawet żółtaczka, pomimo to, że kamienia nie udaje się wykryć w kale. Przewód żółciowy wspólny wskutek następnego rozszerzenia staje się drożny, albo żółć toruje sobie drogę przez wgłębienie w kamieniu. Przy odkładaniu nowych złogów kamień może dojść do znacznych rozmiarów, przyczem również rozszerza się przewód żółciowy wspólny, dochodząc do szerokości jelita lub większej. W miarę obstrzenia się sprawy zapalnej występują bóle, zwykle przemijające, i żółtaczka; ale może się zdarzyć, że kamień, tkwiący nawet w przewodzie żółciowym wspólnym, zgoła żadnych objawów nie wywołuje. Jeżeli jednak następuje stałe zatkanie przewodu żółciowego wspólnego, natenczas sprawa może przybrać charakter groźny. Żółtaczka stała, połączona z nasileniami gorączkowymi, które mogą zależeć, według DIEULAFOY, tylko od wessania żółci, i z zaburzeniami w trawieniu—wszystko to doprowadza do znacznego wyniszczenia tak, że o ile w wywiadach nie było typowych ataków kolki, znajdujemy się w niepewności co do rozpoznania, czy zastój żółci zależy od kamienia, czy od raka w *diverticulum Vateri*, czy od raka główki trzustki, czy też od ucisku przewodu żółciowego wspólnego z zewnątrz.

Przy dłuższem zatkaniu wątroba znacznie się powiększa, ale w następstwie może uleść powolnej sprawie zanikowej wskutek *periangiocholitis* z początku szerszych, a następnie węższych przewodów żółciowych, wreszcie na tem tle nagle rozwijać się może żółtaczka złośliwa. W każdym razie przewody żółciowe a zwłaszcza większe są znacznie rozszerzone, nawet wtedy, gdy niema wyraźnego zakażenia.

W razie zakażenia występuje na drodze wstępującej zapalenie ropne przewodów żółciowych, tworzą się zrazu ropnie drobne, następnie większe; jedne z nich są rozszerzonymi przewodami żółciowymi, inne są następstwem *periangiocholitis suppurativa*. Rozumie się, że mamy do czynienia ze sprawą zakażenia ogólnego; w ropie znajdujemy gronkowce, paciorkowce i *bac. coli commune*. W tym ostatnim przypadku może nie być gorączki, gdyż toksyny tego pasożyta obniżają zwykle ciepłotę ciała. Wtedy chory już jest stracony.

Nie podobna zastanawiać się tutaj nad różnorodnemi innemi powikłaniami i następstwami kamicy żółciowej; nie można jednak pominąć jednego z największych niebezpieczeństw, jakie przedstawia ta choroba; są to przetoki do narządów i jam surowicznych.

Przedziurawienie dotyczy najczęściej dna pęcherzyka żółciowego, rzadziej szyjki pęcherzyka, a jeszcze rzadziej przewodu żółciowego wspólnego.

Najczęstszemi bywają przetoki zewnętrzne; liczba ich wynosi 40% przedziurawień dróg żółciowych według statystyki COURVOISIER'a. Wylew żółci zakażonej do jamy otrzewnej w  $\frac{2}{3}$  przypadków prowadzi za sobą śmiertelne zapalenie otrzewnej, aczkolwiek, choć rzadko, może nastąpić ogólne zapalenie otrzewnej z fatalnym zejściem bez przedziurawienia dróg żółciowych, w następstwie przenikania przez obrażone ściany pęcherzyka czynników chorobotwórczych (zwykle *b. coli commune*).

Rzadziej zawartość pęcherzyka wylewa się do otorbionej przestrzeni pod dolną powierzchnią wątroby, lub też daje powód do wytworzenia ropnia podprzeponowego, wreszcie do przebicia się do prawej opłucnej i płuca. Niema prawie narządu w jamie brzusznej, do którego nie mógłby się przebić kamień; najczęściej jednak poza jamą otrzewnej następuje przebicie się kamienia do dwunastnicy, poprzecznicy, wreszcie do żołądka, i wtedy kamień może być wydalony albo przy wymiotach, z wypróżnieniami, lub też uwięznąć w różnych miejscach przewodu pokarmowego.

Skoro kamień dostanie się do żołądka, natenczas przy znacznej objętości może całkowicie zamykać odźwiernik ze wszystkimi tego stanu następstwami; niedrożność odźwiernika może powstać nawet przy przejściu drobnych kamieni wskutek skurczu, a następnie rozrostu ściany odźwiernika.

Ale nie są to jedyne przyczyny ciężkich zaburzeń żołądkowych; kamień nawet przed wyjściem z dróg żółciowych nieraz wywołuje ucisk na dwunastnicę i żołądek. Takie przypadki opisali KRAUS, ANDRAL, MURCHISON, ROTH; kamień, usadowiony w przewodzie żółciowym wspólnym, może wypuklać błonę śluzową dwunastnicy, wywołując ostre zamknięcie.

Wreszcie zwięźlenie dwunastnicy i żołądka może nastąpić wskutek zrostów w następstwie ograniczonego zapalenia otrzewnej, pokrywającej pęcherzyk żółciowy.

Z powyższego okazuje się:

1) że przy stanach zapalnych przewodów żółciowych niezmiernie ważną odgrywa rolę zakażenie z przewodu pokarmowego;

2) że w powstawaniu kamicy obok zakażenia należy przyjąć, jako dominujący moment etyologiczny, dyatezę, oraz warunki, przy których drogi żółciowe, a zwłaszcza szyjka pęcherzyka, ulegając wydłużeniu i wygięciu, powodują utrudniony odpływ żółci;

3) że w większości przypadków kamica żółciowa przebiega skrycie, nie wywołując żadnych zgoła objawów;

4) że w wielu przypadkach w razie ciężkich nawet zaburzeń poprzedzających, kamienie wyjść mogą drogą naturalną, nawet wtedy, gdy czasowo uwięzną w przewodzie żółciowym wspólnym;

5) że kamica z drugiej strony może wywołać bardzo groźne następstwa nawet wtedy, gdy kamień, *resp.* kamienie znajdują się tylko w pęcherzyku żółciowym.

Mając te dane na widoku, z jednej strony nie należy ufać zbyt znacznie w leczenie wewnętrzne, ale też również niezbyt pochopnie skłaniać chorego do poddania się zabiegom chirurgicznym, przy których nie można z absolutną pewnością ręczyć, czy nie nastąpią zrosty pooperacyjne, czy nie wytworzy się przetoka, nie dająca się zagoić, czy kamienie na nowo powstawać nie będą, czy wreszcie w razie wykonania cholecystoenterostomii nie wybuchnie zakażenie wobec ułatwionego przejścia drobnoustrojów z jelit do pęcherzyka żółciowego.

Nie będę wyliczał rozmaitych środków, które dążą do leczenia zapobiegawczego ze względu na przyczyny mechaniczne; o nich szczegółowo mówi dr MINTZ

w nieśladawo ogłoszonej pracy p. t. „O leczeniu kamicy żółciowej”; ani też metod leczenia po wystąpieniu napalów, które z okazji referatu d-ra REJCHMANA szczególnie były rozbiegane na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie, ale muszę zaznaczyć, że za sada, do której dążymy, polega nie tyle na usunięciu kamieni, ile na pozostawieniu chorego w stanie spokoju absolutnego [REJCHMAN] i na wprowadzeniu soli średnich w postaci wód mineralnych Karlsbadu lub Vichy, w celu uregulowania krążenia w narządach jamy brzusznej.

Tym to odciągającym wpływem soli średnich objaśnić można łagodzenie, *resp.* znikanie na czas dłuższy napadów, jako też i wpływ na wydalanie kamieni, ze względu na zmniejszenie skurczu ścian dróg żółciowych, w których kamień jest uwięziony.

Nie można odmówić również pomyślnego działania na przebieg kolki, a nawet na odchodzenie kamieni i innym środkiem, pomiędzy którymi, jak to doświadczenie okazuje, pierwsze zajmują miejsce sole kwasów żółciowych i oliwa, aczkolwiek wpływu tych środków na wydalanie kamieni nie znamy, a tem bardziej jest nieusprawiedliwione mniemanie, aby przez wprowadzenie środków wewnętrznych udało się kamienie, leżące w drogach żółciowych, rozpuścić.

W celu zabezpieczenia chorego od inwazyi drobnoustrojów z przewodu pokarmowego, w cięższej przebiegających formach, nie należy zaniedbać antyseptyki wewnętrznej zapomocą złożonych eterów aromatycznych [jak: salol, betol], lub błękitu metylenowego [REJCHMAN], a zwłaszcza zapomocą diety mlecznej, która doskonale wpływa na zmniejszenie sprawy fermentacyjnej w przewodzie pokarmowym.

Przy leczeniu wewnętrznem i przy ciągłej opiece lekarskiej większość osób, dotkniętych kamicią, chroni się od cięższych następstw choroby.

Jeżeli przyjąć na uwagę fakt, że w  $\frac{1}{2}\%$  przypadków kamica przebiega zupełnie skrycie, z drugiej połowy należy odjąć jeszcze  $\frac{1}{2}\%$  chorych, dla których niema wskazania do operacyi, choćby opierając się na praktyce КЕНЬ'а, do którego jako chirurga udają się chorzy tylko w razie ciężkiej postaci choroby; pozostaje więc co najwyżej 25% ogólnej liczby chorych, dla których jest wskazanie do zabiegów chirurgicznych, a odsetka ta jeszcze jest zbyt znaczna.

Obranie chwili odpowiedniej do operacyi przy kamicy żółciowej należy niewątpliwie do najtrudniejszych zadań lekarza, które w żadne granice ująć się nie dadzą, tembardziej, że rozpoznanie różnych okresów tej choroby, natrafia nieraz na wielkie trudności, a tymczasem zdanie sobie sprawy ze stanu patologicznego we wszystkich szczegółach stanowi nieraz o wybraniu metody operowania.

Niewątpliwie ważnemi podstawami do wybrania chirurgicznego sposobu leczenia będą: stopień niebezpieczeństwa, w jakim się znajduje chory w danym okresie, oraz wpływ, jaki choroba wywiera na stan materjalny chorego, który od pierwszej kolki powinien być pod ciągłą opieką lekarza. Wychodząc z tego założenia musimy uznać że:

1) Operacya jest absolutnie wskazana w przypadkach zapalenia otrzewnej w następstwie chorób dróg żółciowych, czy wystąpiło ono bez obrażenia ścian pęcherzyka, *resp.* przewodów żółciowych, czy też po ich przedziurawieniu do jamy otrzewnej.

II) Operacja również winna być wykonana bez zwłoki w przypadkach zakażenia dróg żółciowych z objawami żółtaczki i gorączki przepuszczającej z obfitemi potami bez względu na siedlisko kamienia. Rozumie się, że mowa jest tutaj o t. zw. *fièvre hépatique*, która kolce nie towarzyszy. Gdy poprzednia gorączka przepuszczająca przyjmie cechy stałej, a w moczu wystąpi urobilina w większej ilości, operacja stanowi *ultimum refugium*, bo stan zakażenia jest ciężki, a zjawienie się obok zwykłej żółtaczki t. zw. *ictère hémaphéique* świadczy o ciężkiem obrażeniu komórek wątrobowych, w których prawidłowy barwnik wytwarzać się nie może.

III) Operować należy w przypadkach stałej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego nawet wtedy, gdy niema objawów zakażenia dróg żółciowych, ze względu na upośledzenie odżywiania i na możliwość zakażenia, jako też bardziej poważnych zaburzeń czynności wątroby (*cirrhosis biliaris* DIEULAFOY).

IV) Operować należy w razie zrostów, wywołujących stałe bóle lub niedrożność ze strony narządów otaczających, żołądka, dwunastnicy lub poprzeczniczy.

V) Z operacją długo nie należy zwlekać, w razie otoku surowiczego, lub ropnego pęcherzyka żółciowego, nawet wtedy gdy sprawa chorobowa na razie ma przebieg łagodny, nigdy bowiem nie możemy przewidzieć następstw otorbenia cieczy zapalnej, jako też możliwości przedziurawienia, lub nagłego wybuchu sprawy septycznej. Liczyć się tutaj trzeba z tem, że przy przewlekłym zapaleniu pęcherzyka, może dojść do rozległych i silnych zrostów. Lepiej operować na pęcherzyku wolnym, lub względnie wolnym, aniżeli na skurczonym i zaklinowanym. Oddzielenie takiego pęcherzyka, *resp. cystectomy* bez poważnego uszkodzenia wątroby, lub kiszki obyć się nie może; z jednej strony grozi choremu krwotok, z drugiej łatwość zakażenia rany operacyjnej.

VI) Wrazie raka pęcherzyka, rozumie się, operacja stanowi jedyny zabieg, dający względną nadzieję uratowania chorego.

VII) Jeżeli napady kolki powtarzają się często, a leczenie wewnętrzne pozostaje bez skutku, to również uciec się trzeba do operacji nie tylko ze względu na dolegliwości, zatruwające życie chorego, ale i na to, że sprawa zapalna jest silnego natężenia i nie ma skłonności do złagodzenia; tutaj najczęściej mamy do czynienia z zakażeniem miejscowem ciężkiem.

Można czekać z operacją:

I) przy napadach, które powtarzają się w długich odstępach czasu, nawet wtedy, gdy występuje żółtaczka zapalna i gorączka przemijająca krótkotrwała;

II) przy ostrem zatkanii przewodu żółciowego, które może być czasowe, jużto z powodu przejścia kamienia, już też rozszerzenia przewodu, w którego uchyłku może tkwić kamień bez wywołania jakichkolwiek zaburzeń.

Gdyby kamica żółciowa była tylko chorobą miejscową, gdyby nie było nieprzyjemnych nieraz powikłań po operacji, gdyby zresztą, po usunięciu kamieni można było się spodziewać, że więcej tworzyć się nie będą, natenczas rozpoznanie



pewne tej choroby stanowiłoby wskazanie do operacji, bo lekarz nie tylko ma zapobiegać groźnemu przebiegowi choroby, ale nawet usuwać cierpienia.

Ponieważ jednak musimy przyjąć pewne usposobienie do kamicy, bliżej nam wprawdzie nie znane, pewne zaburzenie w utlanianiu ustrojowym, prawdopodobnie pokrewne ze skażeniem moczanowym, przeciw czemu zasadniczo wiele zaradzić nie możemy, to już choćby z tego względu ograniczyć musimy wskazania do interwencji chirurgicznej. Być może, że w miarę udoskonalenia techniki chirurgicznej z jednej strony, a z drugiej strony sero — czy opoterapii zmieni się pogląd na leczenie tej choroby, które jest obecnie tylko zapobiegawczem i paliatywnem.

Wtedy będzie można operować wcześniej, obecnie powinniśmy dbać o to, aby operować nie zapóźno.

---

III. Z AMBULATORIUM I Z PRACOWNI PRZY SZPITALU ŚW. LAZARZA W WARSZAWIE.

## GRANULOSIS RUBRA NASI (JADASSOHN).

Podał

**Robert Bernhardt,**

ordynator tegoż Szpitala.

— → — — ← —

[Dokończenie — Patrz Nr. 37].

Co do przebiegu, to mogłem go dokładnie obserwować tylko w pierwszym przypadku.

Niestety, brak mi i tutaj dokładniejszych danych co do początkowych faz omawianego cierpienia. Zdaje się, że nie małą przysługę wyświadczyliby mogli pedyatrycy, gdyby zechcieli na tę postać zwrócić baczniejszą uwagę, gdyż oni to właśnie najłatwiej spotykać się mogą z wczesnymi okresami *granulosis rubrae nasi*. W moim przypadku przebieg był bardzo jednostajny. Pozostawione bez leczenia, cierpienie to okazywało pewne wahania tylko co do stopnia zaczerwienienia, oraz liczby i wielkości guziczków. Bywały dni, kiedy skóra była o wiele bledsza, a wówczas i liczba guziczków zdawała się być mniejszą, a same guziczki należały do najdrobniejszych. Niekiedy znowu bez żadnego widocznego powodu występowała nagle znaczna liczba guziczków nie tylko drobnych, lecz i większych z „pęcherzykami“ na wierzchołkach. Skóra nabierała żywo czerwonej barwy, a wydzielanie potu, o ile sądzić mogłem, wzmagало się znacznie. Takie zmiany zachodziły jednak też i podczas leczenia z tą, być mo-

że, różnicą, że okresy polepszenia były dłuższe, a guziczki z „pęcherzykami“ rzadziej się pokazywały.

Przechodząc do rozpoznania *granulosis rubrae nasi*, zaznaczę, iż tutaj głównie należy mieć na uwadze wilka pospolitego i rumieniowego, pryszczycę przewlekłą, trądzik pospolity i czerwony, *hidrocystoma*, *dysidrosis* i *hyperidrosis*. Nie będę się zastanawiał nad każdą z tych postaci, gdyż ich różniczkowe rozpoznanie zostało już podane przez wyżej wymienionych autorów, do których też odsyłam po szczegóły. Mojem jednak zdaniem, względnie największe trudności zachodzą mogą przy różniczkowaniu pomiędzy omawianem cierpieniem, a trądzikiem czerwonym (*acne rosacea*). Omawiając ten punkt, autorowie między innymi danymi zwracają też uwagę na wiek, twierdząc, iż młody wiek pacjentów również przemawia przeciwko trądzikowi czerwonemu. W zasadzie jest to zupełnie słuszne, nie należy jednak zapominać, że trądzik czerwony wyjątkowo zdarzyć się może i u dzieci. Potwierdzeniem tego mogą służyć te dwa przypadki trądzika czerwonego, które opisałem w roku zeszłym<sup>1)</sup>. Dotyczyły one braci, będących w wieku 5 i 7 lat. W czasie, kiedy przypadki te spotrzymałem, znana mi już była praca LUTHLEN'a, jak również i komunikat HERMANN'a [z kliniki NEISSER'a) na Zjeździe VII niemieckich dermatologów<sup>2)</sup>]. Przy badaniu zwracałem też baczną uwagę, czy nie mam do czynienia z opisywanym przez tych autorów cierpieniem skóry nosa. Objawy jednak przemawiały za trądzikiem czerwonym, różniczkowanie zaś przedstawiało się w sposób następujący:

*Acne rosacea.*

- 1) Rozszerzone, wężykowate naczyńka na żywo czerwonym tle skóry;
- 2) guziczki, przechodzące w pęcherzyki ropne lub pokryte żółto-szarym strupkiem;
- 3) rozszerzenie wylotów gruczołów łojowych;
- 4) łojotok.

*Granulosis rubra nasi.*

- 1) Jednolite żywo czerwone zabarwienie skóry nosa;
- 2) guziczki nie przechodzą w pęcherzyki ropne;
- 3) brak tego objawu;
- 4) nadmierne wydzielanie potu.

Jak widzieliśmy, młody wiek chorego bynajmniej nie wyklucza trądzika czerwonego. Mając to na względzie, powinniśmy przy rozpoznawaniu *granulosis rubrae nasi* postępować z całą oględnością i opierać się jedynie na ścisłym badaniu przedmiotowym.

Co się tyczy anatomii patologicznej omawianego cierpienia, to zaznaczyć należy, iż otrzymane przez badaczy dane w ogólnych zarysach zgadzają się ze sobą. Drobne różnice w szczegółach widocznie zależą od czasu trwania cierpienia, stanu, w jakim się w danej chwili choroba znajdowała i t. d. Własne moje badania, przeprowadzone w pierwszym z przytoczonych przypadków, przedstawiają się jak następuje.

1) R. BERNHARDT. Wczesne fazy trądzika czerwonego etc. Gazeta Lek. 1902. Nr. 50.

2) Verhandlungen Deutsch. Dermatol. Gesellschaft VII. Congr. 1901.

Po uprzednim znieczuleniu chlorkiem etylu, wyciąłem niewielki kawałek skóry z prawego skrzydła nosa. W tem miejscu skóra posiadała barwę żywo czerwoną i była pokryta drobnymi guziczkami. Preparat utrwaliłem w wyskoku, zatopiłem w parafinie i pokrajałem na serye.

Warstwa rogowa jest umiarkowanie zgrubiała; warstwa ziarnista składa się z 3—4 rzędów komórek. Sieć MALPIGHI'ego pozostała bez widocznych zmian i tylko gdzieniegdzie widać tutaj oddzielną komórkę wędrującą. Nad wylotami gruczołów potowych warstwa rogowa tu i owdzie półkulisto się wznosi, tworząc drobnutkie pęcherzyki, komunikujące się z przewodem gruczołów.

Górna ściana pęcherzyka utworzona jest przez zgrubiałą warstwę rogową, boczne przez warstwę ziarnistą. Między górną a boczną ścianą niekiedy rozciągnięte są cienkie strzępy warstwy rogowej. Śród-naskórkowa część przewodu potowego jest dosyć znacznie rozszerzona, przyczem rozszerzenie to wzmacnia się w kierunku od warstwy kolczastej ku ziarnistej. Pęcherzyk zatem *in toto* posiada kształt lejka, zamkniętego półkulistą pokrywą. Jego skąpa zawartość przedstawia się jako drobnoziarnista masa z kilkoma leukocytami. W naskórku, bezpośrednio przylegającym do rozszerzonego przewodu potowego, zauważyć można zjawiska umiarkowanego obrzęku międzykomórkowego.

W brodawkach, warstwie podbrodawkowej i głębszych częściach podłoża naczynia krwionośne są znacznie rozszerzone i miejscami szczelnie wypełnione krwią. Śródbłonek—wyraźny, zgrubiały. Dokoła naczyń widać dosyć obfite nacieczenie komórkowe, towarzyszące wszystkim bez wyjątku naczyniom, nawet najdrobniejszym ich gałązkom. Nacieczenie składa się przeważnie z komórek łączno-tkankowych, zaś mniej z t. zw. plazmatycznych, tucznych i leukocytów. Tych ostatnich jest szczególnie mało. Nie mogłem stwierdzić, by dokoła przewodu potowego nacieczenie było obfitsze niż gdzieindziej. Tkanka łączna i sprężysta skóry nie uległa wybitniejszym zmianom. Szczeliny chłonne są nieco rozszerzone, zwłaszcza w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej. Gruczoły łojowe i torebki włosowe są niezmienione. Co się tyczy gruczołów potowych, to o kłębkach nic pewnego powiedzieć nie mogę, gdyż skóra została nazbyt płytko wycięta i zabrano zaledwie jedną ich grupkę. Przewody jednak są miejscami widocznie nieco rozszerzone, na co zdaje się wskazywać nieznaczne spłaszczenie ich nabłonka. Zupełnie wyraźnie rozszerzona jest tylko śród-naskórkowa część przewodu potowego, o czem już wyżej była mowa.

Barwienie na drobnoustroje dało wyniki ujemne.

Jak widać z powyższego opisu [zgodnego z wynikami badań histologicznych, dokonanych przez innych autorów], mamy do uwzględnienia dwie grupy zjawisk: zmiany naczyń [rozszerzenie, pewne zgrubienie ścian, nacieczenie dokoła naczyń] i zmiany gruczołów potowych. Co zatem należy uważać za sprawę pierwotną? Nie ulega chyba żadnej wątpliwości, że przy *granulosis rubra nasi* gruczoły potowe ulegają zmianom,—nie jest to jednak stałe zjawisko. Nawet na jednym i tym samym skrawku widywałem zmienione gruczoły potowe obok zupełnie normalnych, co zresztą wynika też z poszukiwań HERMANN'a, który w jednej seryi badań nie mógł stwierdzić żadnych zmian w wzmiankowanych gruczołach, w drugiej zaś znalazł tylko nieznaczne od normy zboczenia

Również nie mamy niezbitych danych na to, by gruczolę potowe były punktem wyjścia sprawy zapalnej, gdyż spostrzegane objawy przyległego zapalenia nie są bardziej wyrażone dokoła i w sąsiedztwie tych narządów, aniżeli w innych miejscach skóry. Należy się zatem zatrzymać na naczyniach krwionośnych i sprawy w nich spostrzegane uważać za zjawisko pierwotne, zaś zmiany gruczolów potowych—za wtórne, widocznie czynnościowe i zależne od zmienionych warunków obiegu krwi w danej miejscowości skóry. Co się zaś tyczy samych naczyń krwionośnych, to, o ile dotychczas sądzić można, najodpowiedniejsza będzie chyba już przez LUTHELEN'a podana hipoteza nerwicy naczyniowej, powstałej na tle ogólnej konstytucji. O tej ostatniej posiadamy obecnie następujące dane.

Omawiane cierpienie rozpoczyna się zazwyczaj w 2—3-im roku życia i w pełni rozwoju spostrzega się u dzieci najczęściej w wieku 6—12 lat. Płeć widocznie nie odgrywa żadnej roli w etyologii tego cierpienia, gdyż na 23 przeze mnie zebrane przypadki było 12 chłopczyków i 11 dziewczynek. Większość dzieci należy do biedniejszych warstw społeczeństwa i widocznie żyje w nieszczególnych warunkach higienicznych i dyetetycznych. Dzieci te są zazwyczaj miernie lub na wiek swój niedostatecznie rozwinięte, słabowite, anemiczne i w 90,9% zdradzają te lub inne objawy, cechujące t. zw. konstytucję żółtawą (*scrophuloderma*, powiększenie gruczolów chłonnych, nadmierne uwłosienie i t. p.). W 9% stwierdzono u tych dzieci czynną gruźlicę, a w 13,6%—gruźlicze cierpienia u rodziców i rodzeństwa. Wynika stąd, że mamy do czynienia z dziećmi skrofulicznymi, u których zaburzenia troficzne i naczynioruchowe nie należą do zbyt wielkich rzadkości. Na tem też właśnie tle, przypuścić należy, powstaje wyżej wzmiankowana nerwica naczyniowa, powodująca ten obraz kliniczny, który obecnie nazywamy *granulosis rubra nasi*. Że jednak w powstawaniu tego cierpienia może też odgrywać pewną rolę usposobienie familijne, na to zdają się wskazywać moje przypadki [3 rodzeństwa]. Widocznie odziedziczona [po ojcu] konstytucja oraz identyczność warunków, w których dzieci wyrastały, złożyły się tutaj na czynniki, wywołujące w mowie będące cierpienie. Godna uwagi może być jeszcze ta okoliczność, że u czwartej z rodzeństwa—dziewczynki, zrodzonej z 2-go męża—cierpienia tego do tej pory nie stwierdziłem.

Co się tyczy leczenia, to dotychczas dało ono wyniki bardzo niezadowolające. Stosowano przeważnie środki złuszczone: siarkę, rezorcynę i t. p., jednakże bez powodzenia. Przemijającą poprawę widział W. PICK od 5%-go ichtyolowego linimentu i plastra salicylo-mydlanego. JADASSOHN bezskutecznie próbował gorących obmywań (z powodu *hiperidrosis*) i penzlowania roztworami formaliny. Również nacięcia, wyskrobywanie guziczek, galwanokaustyka, a nawet powierzchowne przypalanie żegadłem PAQUELIN'a [JADASSOHN]—dały wyniki ujemne. Ja osobiście stosowałem—obok ogólnego wzmacniającego leczenia—początkowo środki złuszczone, a potem nacięcia z następnym penzlowaniem nalewką jodową. Skóra co prawda zbladła, guziczki znikły i wydzielanie potu zmniejszyło się bardzo znacznie, poprawa ta trwała jednak tylko przez 2—3 tygodni. Wyraźnie jednak ostrzedz muszę przed stosowaniem nazbyt energicznych metod w rodzaju skrobania i żegadła PAQUELIN'a, które mogą

niekiedy doprowadzić do utraty substancji i ewentualnie wytworzenia się bliźny. Takie „wyniki leczenia“ będą w danym razie rzeczą zupełnie niepożądaną, gdyż do gruntu zmieniają rokowanie. Wiemy bowiem, że *granulosis rubra nasi* posiada znaczenie przeważnie kosmetyczne i właśnie pod tym względem daje rokowanie zupełnie pomyślne, gdyż cierpienie to, nawet nieleczone, z czasem przechodzi bez śladu. Należy zatem dbać o to, by nasze zabiegi lecznicze nie zmieniły tego rokowania na gorsze.

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 3. Przypadek „Chorio-epithelioma malignum”.

*Chorio-epithelioma malignum*, tak zwana przedtem *deciduoma malignum* jest to nowotwór, na który uwagę zwrócił pierwszy SAENGER w 1889 roku; jest to nowotwór bodaj najzłośliwszy, jaki spotykamy w organizmie ludzkim. Rozwojowi tego nowotworu sprzyja w większej części przypadków poprzedzająca ciąża z przebiegiem normalnym, lub też i to najczęściej, patologicznym, a mianowicie: poronienie, polip łożyskowy (*polypus placentaris*), zaśniad, ciąża zamaciczna. Kazystryka „*chorio-epithelioma malignum*“, dzięki ścisłym badaniom mikroskopowym, ustalającym naturę tego nowotworu pod względem histologicznym, oraz sposoby rozwoju jego, jest coraz liczniejszą. Pomimo to, badań tych nie można uważać za skończone. Ogłaszanie przeto nowych przypadków jest bardzo pożądane. Pozwolę sobie więc podać poniżej opis kliniczny przypadku „*chorio-epithelioma malignum*“, spostrzeżanego przeze mnie na oddziale dra ROSENTHALA; materiał anatomo-patologiczny będzie użytkowany i opracowany w innym miejscu przez kol. STEINHAUSA. Chora Sz. Sz.—lat 26, przybyła do szpitala Starozakonnych dnia 25. X. 1901 r. z obfitem krwawieniem z organów rodnych. Chora 14 lat zamężna, rodziła 5 razy; ostatni poród odbyła trzy lata temu; porody były zupełnie prawidłowe. Regularność co cztery tygodnie, 5—6 dni trwająca. Osiem miesięcy temu wstrzymała się jej peryod przez cztery tygodnie. Chora nie przypuszczała, że jest w ciąży. Po czterech tygodniach zauważyła krwawienie dość obfite i odchody śluzowe, które to objawy po pewnym czasie ustały. Krwawienia wraz z jakimiś kawalkami, których charakteru chora określić nie jest w stanie, i odchodami powtarzały się później dość często, tak, iż chora z porady lekarza poddała się operacji wyskrobania. Na razie krwawienie ustało; we trzy tygodnie potem obfity krwotok; chora zmuszona jest powtórnie poddać się wyskrobaniu, po którym jednakże polepszenia nie doznała. Wyniszczona krwotokami, zdecydowała się na wyjazd do Warszawy i zapisała się do szpitala.

Chora bardzo anemiczna, cera woskowo-błada, błony śluzowe zupełnie bezkrwiste. W sercu szmery anemiczne. Stan płuc zupełnie normalny. Chora gorączkuje, tętno przyspieszone. Przy badaniu ginekologicznym znajdujemy: małe wargi i błona śluzowa pochwy blade, ścianki pochwy wiotkie. Macica w przodopochyleniu, miękka, powiększona odpowiednio dwóm miesiącom ciąży. Sklepienia boczne wolne. Przez otwór szyjki macicznej, swobodnie przepuszcza-

jącej palec, wyczuwamy miękki guz, sterczący do jamy macicznej, wielkości kasztana, siedzący w pobliżu dna macicy na tylnogórnej ścianie i dający się z łatwością odłuszczyć. Ściany macicy są nierówne i w niektórych miejscach bardzo cienkie tak, iż wyskrobanie macicy, które było zastosowane, musiało się odbyć bardzo ostrożnie z obawy przedziurawienia jej. Guz i masy, wydobyte zapomocą wyskrobania, przypominają z wyglądu łożysko. Macicę przemyto 1%-m roztworem lizolu i wytamponowano. Ponieważ przebieg całej choroby wydawał się nam bardzo podejrzanym, guz i wyskrobiny oddano do badania mikroskopowego kol. STEINHAUSOWI. Badanie to wykazało, iż mamy do czynienia w danym wypadku z „*chorio-epithelioma malignum*“.

Wobec złośliwej natury nowotworu i rozpaczliwego stanu chorej, zdecydowaliśmy się przystąpić, nie zwlekając, do całkowitego usunięcia macicy przez pochwę, co też było dokonane przez dra ROSENTHALA dnia 30/X.

Operację dokonano sposobem, niedawno wprowadzonym przez DOEDERLEIN'a, który pozwolimy sobie podać poniżej. Ujawszy dwoma kleszczami MUSEUX'ego tylną wargę i część przedniej i uniósłszy je ku górze, silnymi nożyczkami, wprowadzonymi w ujście maciczne, przecinamy podłużnie wargę tylną, szyję i tylne sklepienie. Od przecięcia tego prowadzimy cięcie poprzeczne, zapomocą którego jednocześnie otwieramy tylną fałdę DOUGLAS'a. Następnie, przekonawszy się, czy niema zrostów, a rozerwawszy je palcem, nożyczkami, wprowadzonymi do jamy macicznej, przedłużamy cięcie i przecinamy tylną ścianę macicy, wyciągając ją jednocześnie przez otwór w tylnym sklepieniu, nakładanymi stopniowo coraz wyżej na brzegi przepołowionej macicy kleszczami. Gdy w ten sposób macicę wraz z dnem wydestaliliśmy na zewnątrz, podsuwamy pod przednią ścianę palec i na nim przepoławiamy ją nożyczkami aż do fałdy otrzewnowej pęcherzo-maciczej. W ten sposób przepołowiliśmy macicę aż do przedniej ściany szyi. Rozkładamy następnie na boki założone na wargi maciczne kleszcze i w ten sposób rozkładamy przednią ścianę szyi macicznej, którą nacinamy nożem po środku, idąc od wewnątrz na zewnątrz, póki nie dojdziemy do fałdy pęcherzo-otrzewnowej. Wtedy nacinamy przednie sklepienie powyżej części pochwowej i lekkim uciskiem palca na boki i ku górze oddzielamy fałdę otrzewnową. Mając przepołowioną w ten sposób zupełnie macicę, trzymającą się na więzach szerokich, przystępujemy do podwiązania ich i usunięcia każdej połowy wraz z przydatkami. Następuje zeszyście pochwy i wytamponowanie jej. Operowaliśmy tym sposobem kilkakrotnie i przekonaliśmy się, iż jest on dogodniejszy, technika operacyjna jest łatwiejsza a operacja dokonywa się szybciej, niż przy innych metodach. Przedewszystkiem — pęcherz oddziela się sam przez się od przedniej ściany szyi macicznej przy pociąganiu macicy; uszkodzenia pęcherza, jeśli niema tylko nadzwyczajnych zrostów, są prawie wykluczone. Przy stopniowym wyciąganiu macicy przez tylne sklepienie daleko łatwiej jest oddzielać zrosty tylnej ściany macicy i tamować krwawienie, gdyż operujemy nie na ślepo, lecz *ad oculos*. Szerokie więzy, przydatki a zarazem naczynia łatwiej podwiązać.

Przebieg pooperacyjny. Chora gorączkowała przez kilka tygodni po operacji; najwyższa ciepłota — 38,4°; lecz czuła się lepiej; tętno przyspieszone, małe. We dwa tygodnie po operacji zdjęto szwy pochwowe — *prima intentio*. 21. XI. We trzy tygodnie zauważyliśmy w przedniej ścianie pochwy, niedaleko otworu cewki guz wielkości kurzego jaja, nieruchomy, miękki, z sinawem zabarwieniem. Podejrzujemy przerzut nowotworu w ścianie pochwy. Wyluszczamy przeto guz *in toto*; część rany zaszywamy, w dolny brzeg rany wkładamy sączek z gazy, a pochwę tamponujemy. Badanie drobnowidzowe wykazało, iż budowa guza ta sama, co i nowotworu. Gojenie się rany szło *per secundam*. Chora przestała gorączkować; stan jej ogólny zwolna się

poprawiał; chora wracała do sił; przerzutów nigdzie więcej nie zauważono. Wypisaliśmy więc chorą ze szpitala dnia 16. XII. w siedm tygodni po operacji, jako pozornie zdrową, znając bowiem charakter złośliwy tego nowotworu i zdolność jego do przerzutów, nie byliśmy pewni, czy chora po pewnym czasie nie wróci do nas z tymi samymi objawami. I w rzeczy samej, w niespełna trzy tygodnie 5 I. 1902, chora wróciła na oddział. W ciągu tego krótkiego czasu czuła się zupełnie zdrową; dopiero wczoraj wieczorem dostała obfitego krwawienia z pochwy.

Jama pochwy wypełniona skrzepami krwi; po oddzieleniu ich i prze-myciu pochwy, znajdujemy na miejscu dawnego przerzutu w ścianie pochwy ranę, której dno wypełnione rozrostami. Wyskrobanie i przypalenie rany że-gadłem PAQUELIN'a. Chora przez tydzień prawie gorączkuje; ciepłota ciała wa-ha się pomiędzy 38—39° stopniami; chora skarży się na ból w okolicy śledziony bolesnej przy badaniu, i wyczuwalnej poniżej łuku żebrowego. 29. I. w nocy, znowu obfite krwawienie; rana w pochwie powiększyła się i pokryła się znowu masami nowotworowemi i skrzepami krwi; manipulacya ta sama co i poprze-dnio. Chora dostała krwioplucia i skarży się na kłucie w piersi i kaszel. W górnej części lewego płuca z przodu i z tyłu znajdujemy stępienie, oraz dro-bne wilgotne rżenia.

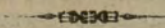
Krwioplucie trwało przez kilka dni. Z powodu powtarzających się krwotoków pochwowych stan chorej pogarszał się z każdym dniem. Nie chciała pozostać dłużej w szpitalu i w stanie ogólnego wyniszczenia 4. II. wypisaną została ze szpitala. Przy badaniu jej wówczas znaleźliśmy: przednia ściana pochwy przed-stawia ogromną krwawiącą ranę, sięgającą prawie do sklepienia; dno jej wypeł-nione brudnawemi masami nowotworu i skrzepami krwi.

O dalszych losach chorej wiadomości nie mieliśmy; przypuszczamy jednak-że, iż w krótkim czasie musiała nastąpić śmierć w obec prawdopodobnych prze-rzutów w płucach, śledzionie i innych organach, szybkiego rozszerzenia się spra-wy rozpadowej w pochwie oraz ogólnego wyniszczenia. Żałować trzeba, iż nie doszło w tym przypadku do autopsyi, która pod względem anatomo-patologicz-nym dałaby ciekawe wyniki.

W końcu poczytuję sobie za miły obowiązek w miejscu tem wyrazić podziękowanie Szan. drowi ROSENTHALOWI za zezwolenie na użytkowanie ma-teryału klinicznego z jego oddziału.

B. Finkielkraut, b. asystent oddziału.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



51. E. Miecznikow. O odporności w chorobach zakaźnych. (*„L'immunité dans les maladies infectieuses“* par ÉLIE METSCHNIKOFF. Paris. 1901 str. 594).

Kwestya odporności jest kwestyą niesłychanie ważną z wielu względów. Ma ona nie tylko teoretyczno-biologiczne znaczenie; owszem, starając się za-bezpieczyć ludzi i zwierzęta od chorób zakaźnych, posiada olbrzymie zna-czenie z punktu widzenia zarówno medycyny praktycznej i higieny, jak i go-spodarstwa społecznego. Praktycznie odporność znaną jest oddawna [szczepie-nie ospy], teoretycznie rozwinęła się nauka o niej dopiero w ostatnich czasach dzięki pracom PASTEUR'a, KOCH'a i in.

Odporność może być spowodowana w ustrojach albo dzięki pewnym, nabytym lub wrodzonym ich właściwościom organicznym, albo też dzięki specjalnym warunkom geograficznym i t. p., w jakich ustroje przebywają. Tak np. mieszkańcy Europy lub miejscowości górzystych nie chorują na febrę żółtą w Europie tylko dzięki pewnym niezależnym od ich ustrojów warunkom klimatycznym, chociaż nie są wcale odporni odnośnie do tej choroby. Ten ostatni typ odporności nie będzie przedmiotem poniższego roztrząsania. Przeciwnie, będziemy tu traktowali tę odporność, którą pojmować należy jako całościowy pewnych zjawisk ustrojowych, dzięki którym organizm wytrzymuje zwycięzko walkę z bakteriami chorobotwórczymi. Odporność taka może być wrodzona lub nabyta; w ostatnim razie ustrój nabywa ją drogą naturalną [po przebyciu choroby zakaźnej] lub drogą specjalnego uodpornienia [szczepienie]. Przytem odróżnić winniśmy odporność ustroju względem pasożytów („*antimicrobienne*“) i odporność ustroju względem ich toksyn („*antitoxique*“).

Zjawiska odporności wogóle obserwować możemy nie tylko w świecie ustrojów wyższych, ale i pośród tworów jednokomórkowych. Tu właśnie zjawiska te występują w formie stosunkowo niezłożonej, przeto łatwiejszej do poznania. Od tego więc należy zaczynać studyowanie odporności.

Zanim poznano właściwą rolę pasożytów chorobotwórczych względem ustrojów wyższych, przekonano się [AL. BRAUN 1855], że niektóre ustroje jednokomórkowe [wiciowce, wymoczki rżęskowe] podlegają *sui generis* „chorobom“ zakaźnym, spowodowanym przez wnikanie do ich protoplazmy pasożytów. Opisywano nawet prawdziwe epidemie, spowodowane w ten sposób pośród tych ustrojów jednokomórkowych. Ustroje te bronią się przed zabójczym dla nich działaniem pasożytów w rozmaity sposób. Stwierdzono, że unikają one ciała martwych współbraci bardzo starannie przy wyborze pokarmów, stwierdzono dalej, że zaródź ich posiada własność rozpuszczania przenikających w nią pasożytów. Ta własność trawienia wewnątrzrodzowego zależy bez wątpienia od działania zaczynów protoplazmatycznych i to w obecności kwasów, jak wykazały reakcje mikrochemiczne [z ziarnkami czerwieni obojętnej EHRLICH'a, która czerwienieje w środowiskach kwaśnych]. Zwłaszcza ciekawe w tej mierze są badania MOUTON'a, który przy pomocy gliceryny wytrawiał ciała pełzaków i przy pomocy strącania alkoholem otrzymywał osad, mający własności zaczynów proteolitycznych („*amebodiastaza*“). Zaczyn *in vitro* rozpuszczał bakterie martwe; żywych bakterii nie rozpuszczał, skąd wniosek, że stanowił on czynnościowo niewielką tylko cząstkę tego, czem w walce z bakteriami mogła rozporządzać żywa zaródź pełzaka. Jeżeli idzie o obronę przed zarodnikami, które opierają się działaniu trawienia wewnątrzrodzowego, to ustroje jednokomórkowe dają sobie z nimi radę inaczej: wyrzucają je wprost z ciała razem z ekskrementami. Oto sposoby walki ustrojów jednokomórkowych z ich pasożytami. Jak się te ustroje zachowują względem toksyn? Badania dotychczasowe pouczają, że toksyny są zupełnie nieszkodliwe dla ustrojów jednokomórkowych: rozwijają się w nich one znakomicie, w czem przewyższają ustroje wyższe, dla których minimalna dawka toksyn bywa zabójcza. Badania jednak pouczają, że ustroje jednokomórkowe posiadają własność zabezpieczania się przed działaniem trujących dla nich środowisk. Tak np. dowiedziono, że bakterie wąglika [DANYSZ i in.] bronią się przed zabójczym dla nich działaniem surowicy myszy w ten sposób, że okrywają się rodzajem otoczki śluzowej. To samo zauważono odnośnie do innych bakterii [paciorkowce BORDER'a, laseczniki gruźlicze, cholery, tyfusu i t. p.]. Co więcej, pokazało się że zarówno wymoczki i pierwotniaki wogóle, jak i bakterie przyzwyczajają się z czasem do pew-



nych środowisk z domieszką soli mineralnych, a nawet — ciał antyseptycznych. Mechanizm tej adaptacji badał uczony nasz DANYSZ, który przyzwyczajał bakterie węgliką do coraz to mocniejszych roztworów kwasu arsenawego; stwierdził on i tu zjawisko analogiczne do zaznaczonego wyżej odnośnie zachowania się tegoż pasożyta w surowicy myszy. Tak samo przyzwyczajają się do środków antyseptycznych grzybki drożdżowe [kwas fluorowodorowy]. Wreszcie pierwotniaki przyzwyczać można do wpływów pewnych szkodliwych dla nich przedtem czynników fizycznych [temperatura]. Tak więc — tego rodzaju zdolność „przyzwyczajania się” do czynników szkodliwych stanowi niewątpliwie własność bardzo powszechną w świecie ustrojów najniższych, jako podstawa własności zachowania gatunku. Oczywiście te rozpatrzone powyżej rozmaite odczyny ochronne muszą być poprzedzane przez pewne stany czuciowe („sensation”), inaczej niepodobna bowiem wyobrazić sobie zachowania się tych ustrojów wobec grożącego im niebezpieczeństwa. Odnośne badania PFEFFER'a pozwalają mniemać, że w tym względzie i na świat pierwotniaków możemy rozciągnąć psychofizyczne prawo WEBER-FECHNER'a: i tu reakcja [poruszanie się bakterii] jest proporcjonalną do logarytmu z pobudzenia [wzmaganie koncentracji środowiska]. Mamy tu więc do czynienia nie ze zjawiskami martwemi fizyko-chemicznymi, lecz ze zjawiskami czysto komórkowymi.

Identyczne warunki do powyżej opisanych znajdujemy w świecie roślin wyższych, które mogą padać ofarą najścia pasożytów chorobotwórczych i posiadają sposoby samoobrony, będące podstawą dla ich odporności.

Tak np. rośliny posiadają własność neutralizowania wydzielin pasożytów, które działają na nie zabójczo [np. kłęby kartofla w walce z pewnym rodzajem pasożytów z grupy *coli bacillus*], posiadają własność powiększania grubości swych błon komórkowych w celu zrobienia ich nieprzepuszczalnymi dla pasożytów i ich wydzielin, potrafią zabić swe rany, które mogą stać się *porta infectionis* dla nich i t. p. Wogóle mogą one w celu samoobrony zmieniać swe własności fizyczne i chemiczne, przyzwyczajając się do trucizn, do zmian w ciśnieniu osmotycznym środowiska. Te własności są atrybutami ich żywej protoplazmy, są przejawami życia ich komórek.

Przejdźmy z kolei do rozpatrywania zjawisk odporności w świecie zwierzęcym. Już pośród bezkręgowców spotykamy zjawiska odporności, która jednak jako najbardziej typowa, przejawia się w całej pełni u kręgowych.

Zarówno człowiek, jak i inne kręgowce posiadają odnośnie do rozmaitych pasożytów chorobotwórczych odporność wrodzoną [t. j. naturalną „przyrodzoną”]. Tak, człowiek nie ulega wielu chorobom zakaźnym, którym ulegają zwierzęta i odwrotnie. Zaznaczyć należy, że organizm dany, posiadający odporność przyrodzoną względem pewnych pasożytów, może okazać się nieodpornym względem toksyn tych pasożytów. Tak np. człowiek posiada zazwyczaj przyrodzoną odporność względem lasecznika błękitnej ropy (*bac. pyocyaneus*), którego toksyna jednakże wywiera na człowieka wyraźne działanie toksyczne. Tak samo człowiek jest stosunkowo daleko odporniejszy na lasecznika gruźliczego niż na tuberkulinę. Z powyższego widzimy, że należy ściśle odróżniać odporność względem pasożytów od odporności względem ich toksyn. Podstawowym pytaniem przy studyowaniu odporności jest, co się dzieje z bakteriami, wstrzykniętymi do krwi ustroju, odpornego względem nich. Wstrzykniętą do krwi pewną ilość nieszkodliwych dla danego ustroju bakterii i po bardzo krótkim czasie przekonano się, że ilość tych bakterii w ustroju zmniejszyła się znacznie. Co się z nimi stało? Niektórzy autorowie [FLÜGGE] byli zdania, że bakterie te wydzielają się przez nerki, inni — że zarówno nerki jak i wątroba nie przepuszczają bakterii [MÉRIE] — fakt, który przyjmuje MIECZNIKOW. Ponieważ więc organizm nie uwalnia się od wstrzykniętych doń nieszkodliwych bakterii przez zwykłe drogi wydalnicze [nerki, pot], przeto należy przyjąć, że

w uwalnianiu się ustroju od nich gra rolę jakiś inny, potężnie i szybko działający mechanizm. Niewątpliwie zachodzi to za sprawą pochłaniania bakterii przez komórki ustroju [białe ciała krwi], które trawią swą zawartość i w ten sposób uwalniają ustrój od bakterii. Przykłady takiego trawienia wewnątrzrodzowego możemy wielokrotnie skonstatować u jestestw niższych (*protozoa*, *actiniae* i w. in.]. MIECZNIKOWOWI udało się nawet otrzymać „actinodiastazę” —zaczyn protoplazmatyczny *actiniae*, o wyraźnem działaniu proteolitycznem.

Przy wprowadzaniu substancji pokarmowych *per os* podlegają one całemu szeregowi zmian, zanim staną się pożyteczne dla ustroju. Podobnym zmianom podlegać one muszą i przy wprowadzeniu ich podskórnem. Ustrój nie zachowuje się obojętnie względem substancji pokarmowych, wprowadzonych do otrzewnej lub pod skórę, ale reaguje na to w sposób swoisty. Badania UHLENHUTH'a i in. stwierdziły, że pod wpływem wprowadzenia do jamy otrzewnej królika białka kurzego wytwarzają się w surowicy zwierzęcia ciała, strącające białko kurze *in vitro*. Tę samą własność nabywa surowica królika po wprowadzeniu białka kurzego i *per os*. W obu razach białko nie wydziela się przez nerki. Studyując te procesy, przekonano się, że na skutek wstrzyknięcia do jamy otrzewnej lub pod skórę białka kurzego, mleka, surowicy, tłuszczów i t. d. powstaje na miejscu wstrzyknięcia aseptyczny odczyn zapalny, z czego mamy prawo wnosić, że rezorbeyca substancji pokarmowych, wprowadzonych do ustroju inną drogą, niż kanał pokarmowy, zachodzi na drodze odczynu zapalnego. Studyując podobne fakty na organizmach niższych [np. gąbki i t. p.], możemy przekonać się z łatwością, że rezorbeyca zachodzi tu dzięki działalności pełzakowatych komórek czyli fagocytów, które przerabiają substancje pokarmowe drogą trawienia wewnątrzrodzowego. U zwierząt wyższych [np. złota rybka] po wstrzyknięciu krwinek do jamy otrzewnej zauważymy, że liczne leukocyty obchwytnają je i trawią w swej zarodzi, płyn zaś otrzewnowy [surowica] na razie nie oddziałuje na krwinki. Dopiero po powtórzeniu kilku wstrzyknięć możemy przekonać się, że płyn otrzewnowy nabiera nowych własności; skleja on najprzód szybko krwinki [aglutynuje], potem rozpuszcza. To rozpuszczanie się w płynie otrzewnowym [w surowicy] krwinek jest zupełnie podobne do rozpuszczania się ich w zarodzi leukocytów, co pozwala mniemać, że czynnik rozpuszczający krwinki z leukocytów przeszedł do surowicy. Zjawiska te mają niesłychanie ważne znaczenie dla sprawy odporności.

Badania anatomo-patologiczne nad losem krwinek przy wylewach krwawych u człowieka dostarczają faktów bardzo podobnych do omówionych powyżej zjawisk. I tu krwinki zostają pochłonięte przez komórki amebowate: po krwotoku następuje natychmiast zapalenie odczynowe, któremu towarzyszy zgromadzenie się wokół ogniska dużych ilości leukocytów, pochłaniających wyznaczonych krwinki. Mamy tu do czynienia ze zjawiskami trawienia wewnątrzrodzowego, nie różniącego się w niczem od powyżej rozpatrzonych w świetle istot najniższych.

Badania EHRLICH'a rzuciły bardzo wiele światła na pochodzenie i charakter leukocytów, obarczonych rolą obronną w ustrojach. Musimy tu zająć się właśnie rozpatrzeniem owych elementów amebowatych, które grają tak bardzo zasadniczą rolę w zjawiskach odporności ustrojów [kręgowych]. Odróżniamy tu przedewszystkiem komórki amebowate ruchome [różne postaci białych ciałek] i komórki amebowate nieruchome. Ostatnie puszczają swe długie wyrostki, którymi chwytają ciało obce lub obce elementy tegoż ustroju [np. komórki nerwowe, wielkie komórki miększu śledziony, gruczołów limfatycznych, niektóre komórki śródbłonne, komórki neuroglei i prawdopodobnie niektóre komórki tkanki łącznej]. Wszystkie powyższe komórki posiadają własności fagocytarne. Podobną rolę grają pomiędzy innymi i komórki gwiaździste wątroby [t. zw. kom. KUPFFER'a]. Co się tyczy leukocytów, to niektóre z nich nie po-

siadają własności fagocytów: tak np. t. zw. limfocyty lub małe limfocyty — formy młode, posiadające b. mało zarodki nie są fagocytami. Stają się takimi później, gdy dojrzeją i ilość zarodki w nich wzrosnie. Jedni nazywają je limfocytami (EHRlich) inni — wielkimi jednojądrowymi. MIECZNIKOW dla usunięcia nieporozumień [wielkie jednojądrowe u EHRlich'a mają zupełnie inne znaczenie] nazywa je [t. j. duże limfocyty krwi i limfy] hemomakrofagami lub limfomakrofagami. Tak, komórki obrzynie są makrofagami wielojądrowymi. Co się tyczy leukocytów t. zw. wielojądrowych [raczej komórek o jądrach wielopostaciowych] ziarnistych, najczęściej spotykanych we krwi, to te M. nazywa mikro-fagami: są one rzeczywistymi fagocytami; tu należą również i eozynofile, będące wbrew dawnym przypuszczeniom tak dobrze fagocytami, jak i inne „leukocyty“ (MESNIL).

W ten sposób podział fagocytów według MIECZNIKOWA będzie następujący: Fagocyty dzielą się na fag. wolne i fag. unieruchomione [*„fixes“*]. Fag. unieruchomione: makrofagi śledziony, neurogleii, tk. łącznej, włókna mięsne i t. p. Fag. ruchome: 1) hemo-limfomakrofagi, 2) mikro-fagi [białe ciała krwi t. j. limfo- i leukocyty].

Fagocyty wogóle, prócz ruchliwości całkowitej lub częściowej [wyrostki zarodkowe] posiadają pewien stopień czucia (*„sensibilité“*) i smaku, t. j. chemiotaksy [dodatniej, t. j. przyciągającej lub ujemnej, t. j. odpychającej]. We wchłanianiu czerwonych krążków na drodze powstania w miejscu ich wprowadzenia zapalenia aseptycznego główną rolę odgrywają fagocyty wolne, zwłaszcza mikro-fagi, obdarzone chemiotaksą dodatnią względem krwinek. Obserwując takie zjawiska w jamie otrzewnej świnki morskiej, której wstrzyknięto tam krwinki, przekonamy się, że z limfy tej jamy niezwłocznie znikną liczne tam przedtem limfocyty, pozostałe zbijają się w kupki, tracąc zdolność chwytania ciał obcych: jest to okres fagolizy, po którym następuje okres dopływu leukocytów — tworzy się rodzaj aseptycznego ropnego zapalenia. W wysięku ropnym przeważają makrofagi, które puszczają wyrostki ku krwinkom, wciągają je wewnątrz swej zarodki w ilości do 20, wreszcie — trawia, lecz już nie na miejscu, ale w części gruczołowej i sieci, w wątrobie, w śledzionie. .. Ciała czerwone w zarodki makrofagów ulegają zupełnie tym samym zmianom, co w zarodki jednokomórkowych pierwotniaków; środowisko trawienia i tu jest bardzo słabo kwaśne. Podobnym zmianom podlegają nie tylko krwinki, ale i inne elementy komórkowe, a zatem plemniki, białe ciała krwi i t. p. To samo również zachodzi nie tylko w jamie otrzewnej, ale i po wprowadzeniu pomienionych elementów i pod skórę. Badania dalsze pouczyły M., że wyciągi z organów „makrofagowych“ [np. gruczoły sieci i t. p.] posiadają własność rozpuszczania hemoglobiny, zawierają przeto zaczyny trawienne, tracące swe własności przy 56°: taki zczyn M. nazywa makrocycytózą [zczyn z makrofagów]; jest on w całkowitej analogii ze wspomnianymi wyżej amebami i aktinodiazazą.

[C. d. n.]

Kazimierz Rzętkowski.

## 52. Heubner. Przypadek ogólnego pleśniawkowego zakażenia ustroju.

U dziecka 1½-letniego, chorego od kilku tygodni, stwierdził H. naloty na migdałkach, żółtawe, przy ciepocie 39°, tętnie 152. Badanie mikroskopowe na szkiełku wykazało obecność strepto- i stafilocoków; prątków LÖEFFLER'a nie wykryto. Przebieg był dość burzliwy — ciepłota, dachodziła do 40°, częstość tętna do 200; zmian w płucach nie było; pomimo to liczba oddechów dochodziła do 99; po 3-ch dniach pobytu w klinice zejście śmiertelne. Protokół sekcyjny brzmiał: — *pharyngitis et tonsillitis gangraenosa diphtherica. Nephritis et hepatitis parenchymatosa.* Nie wyjaśnia to istoty cierpienia w danym przypadku. Jeszcze za życia chorego H. powziął myśl, iż nalot ten może się składać z pleśniawek

Rzeczywiście w zeszkrobonym nalocie obok bakterii stwierdzono obecność licznych komórek pleśniawkowych (*Soorzellen*). Przeszczepiono na pożywki [bulion, surowica]. Przy sekcji wzięto do badania migdałek i nerkę. Badanie na skrawkach wykazało obecność komórek pleśniawkowych w obu tych narządach, zwłaszcza obficie w nerce, która już makroskopowo przedstawiała pewne zmiany. Przeprowadzone ściśle badania w hodowlach na różnych pożywkach wykazały niezbicie, iż miano do czynienia z grzybkami pleśniawek; potwierdził to i specjalista botanik. Jeszcze ciekawszych danych dostarczyły doświadczenia na zwierzętach. Królikowi 1700 gr. wagi zastrzyknięto do żyły usznej całą szprycę PRAVAZ'a hodowli bulionowej pleśniawek. Pierwsze dwa dni przeszły bez objawów jakichkolwiek. Trzeciego dnia traci apetyt, ciepłota 40,6° C. Następnego dnia ciepłota 40,9°, t. 368. Liczba oddechów 163. Występuje osłabienie kończyn tylnych i wreszcie zupełny bezwład. Zwierzę sprawnie wrażliwe ciężko chorego. Na 5-ty dzień ciepłota 38,8°. Stan ciężki. Oddech zwolniony. Śinica bardzo wybitna. Bezwład kończyny. *Exitus*. Na sekcji twierdzą: serce usiane mnóstwem prosówkowatych gruczołków szarawej barwy; to samo spostrzega się na otrzewnej, krezce, błonie śluzowej żołądka. Śledziona i wątroba stosunkowo mało zajęte; płuca wolne jak i u dziecka. Nerka na przekroju usiana wspomnianymi gruczołkami. Przy badaniu mikroskopowym gruczołki te okazały się nagromadzonemi komórkami pleśniawkowemi.

H. podnosi podobieństwo postaci chorobowej, wywołanej doświadczalnie, do postaci obserwowanej klinicznie — i co do przebiegu i co do zmian pośmiertnych w narządach. Niewyjaśnionym pozostaje początek choroby u dziecka i tworzenie się nalotów, któreby nazwać można difteroidem.

Co spowodowało zejście śmiertelne? Przypuszczaćby można przyczynę wprost mechaniczną, na co wskazywałoby zatkanie naczyń nerkowych przez masowe nagromadzenie komórek pleśniawkowych, tak że mogłaby wystąpić mocznica. W danym przypadku jednak objawów mocznicowych nie było. Zgodnie z hipotezą CONCERTTI'ego, popartą badaniami doświadczalnemi, można by myśleć o intoksykacji przez produkty działalności biologicznej komórek pleśniawkowych, zawartych w narządach ustroju.

Specyjalną uwagę zwraca HEUBNER na kliniczną stronę danego przypadku, który przy powierzchownem badaniu z łatwością mógłby być wzięty za błonicę gardzieli.

Badanie podobnych przypadków, gdzie nie stwierdzono obecności prątków LÖFFLER'a i pod względem pleśniawek mogłoby wysświetlić tę kwestyę i bliżej scharakteryzować tę odmianę pleśniawek — chorobotwórczą w przeciwieństwie do zwykłej pasożytniczej łagodnej.

*Deutsche medic. Woch.* Nr. 33 i 34.

*J. Brudziński.*

### 53. A. Rydel i W. Seiffer. Badania nad czuciem drżenia czyli t. zw. „czuciem kostnem“ (*Pallaesthesia*).

Pobudką do badań autorów [na klinice prof. JOLLY'ego w Berlinie] była ogłoszona w r. 1899 praca EGGER'a o odrębnym rodzaju czucia, które powstaje podczas przykładania do poszczególnych części powierzchni ciała podstawy kamertonu, wprowadzonego w drżenie. EGGER wyraził mniemanie, że owo specyficzne czucie drżenia powstaje w kościach i nazwał je czuciem kostnem (*sensibilité osseuse*), DEJERINE zaś począł stosować tę nową metodę badania w klinice.

Badany musi wskazać chwilę, w której przestaje czuć drżenie kamertonu, a różnice w czasie trwania owego czucia na dwóch symetrycznych miejscach u tego samego osobnika lub u rozmaitych osób dają pojęcie o wrażliwości miejscowej lub ogólnej badanego w omawianym kierunku. Rzecz jasna, że dokładne mierzenie stopnia osłabienia czucia drżenia, a raczej skrócenia czasu trwa-

nia przy tym sposobie badania jest niemożliwe. Autorzy poczęli posługiwać się tym samym przyrządem optycznym, który stale używa GRADENIGO przy określaniu zdolności słuchowej zapomocą kamertonu. Do jednej z widełek kamertonu przymocowywa się kawałek papieru, na którym pośrodku namalowano wysoki czarny trójkąt; z boku znajduje się skala wysokości trójkąta z 8 ma równymi podziałkami i numeracją, poczynając od podstawy trójkąta. Z chwilą wprowadzenia kamertonu w drżenie zarysy trójkąta zacierają się i na jego miejscu widać obok siebie dwa zamazane trójkąty; w miarę zmniejszania się siły drgań [amplitudy] i, co za tem idzie, słabnięcia czucia drżenia owe trójkąty stopniowo zlewają się z powrotem w jeden, który powstaje pośrodku owych dwóch zamazanych i wraz z dalszym słabnięciem amplitudy drżenia staje się wciąż wyższy, t. j. wierzchołek sięga coraz wyższych kresek [cyfr] skali; gdy kamerton drzeć przestaje, trójkąt odzyskuje swą wysokość pierwotną i wyraźne zarysy.

Cały czas drżenia kamertonu określamy zatem według sposobu powyższego i wzmiankowanej skali cyframi od 1 do 8; podczas badania klinicznego w chwili gdy badany przestaje odczuwać drżenie, odczytujemy na skali cyfrę, przy której znajduje się wierzchołek wspomnianego wyżej trójkąta. Cyfrą 9 autorzy oznaczają ten zwiększony stopień czucia drżeniowego, gdy badany przez czas krótki czuje jeszcze drżenie, chociaż ów rysunek dla oka drzeć przestał; cyfrą 10 używają, gdy czucie to przedłuża się bardzo znacznie.

Autorzy zbadali zachowanie się czucia drżeniowego u osobników zdrowych i ustalili zgodność absolutną cyfr [uwzględniając oczywiście różnice indywidualne] dla poszczególnych części ciała. Z załączonych schematów i tablic, zawierających średnie dane z szeregu badań, okazuje się np., że czucie drżeniowe istnieje najdłużej na grzbietowej powierzchni dłoni i palców (9—9½), na grzebieniu kości udowej, w kolicy obojczyka (8½—9), najkrócej zaś pośrodku czoła, na miękkich częściach nosa (6—6½) i t. d. Badania kliniczne dotyczyły chorych 4-ch kategorii: 1-o choroby nerwów obwodowych, 2-o rozlane cierpienia rdzenia, 3-o systemowe choroby rdzenia [wiad. choroba FRIEDREICH'a], 4-o choroby mózgowia; badania te znalazły swój wyraz w rysunkach schematycznych i tablicach i stwierdzają znaczne zaburzenia, t. j. osłabienie lub zupełne zniesienie czucia drżeniowego w tych stanach patologicznych.

Autorzy zaznaczają, że czucie drżenia różni się zasadniczo od innych rodzajów czuć [dotykowego, uciskowego, ciepłikowego] i na ogół nie zdradza z niemi jakiejś równoległości tak w stanie zdrowia, jak i choroby. Czucie drżenia nie powstaje wyłącznie w kościach, jak to sądzi EGGER, istnieje ono bowiem nie tylko tam, gdzie kość znajduje się tuż pod skórą, lecz i w tych miejscach, gdzie kość pokrywają grube warstwy mięśniowe, a nawet i tam, gdzie kości wcale niema. Autorzy proponują dla omawianego tutaj rodzaju czucia termin „*pallaesthesia*“<sup>1)</sup> i sądzą, że powstaje ono w najcieńszych włóknach nerwowych wszystkich tkanek, leżących pod skórą. Na czucie drżenia wypada zatem patrzeć, jako na dalszy wyraz t. zw. „czucia głębi“ (*Tiefensensibilität*), które, powstając w stawach i ich torebkach, w mięśniach, w ścięgnach i t. p., dają pojęcie o położeniu i ruchach danych części ciała.

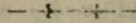
Autorzy w końcu swej pracy wyrażają przekonanie, że badanie czucia drżeniowego — wobec stwierdzonych już dzisiaj zaburzeń tegoż czucia w rozmaitych stanach patologicznych — musi uzyskać prawo obywatelstwa w klinice i podnoszą wielką prostotę takiego badania.

(*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1903. Tom 37, zeszyt 2).

Wacław Łapiński.

<sup>1)</sup> Od πάλλω, πάλισσα, drzeć, kołysać.

## WIADOMOŚCI DROBNE.



— O wolu połogowym. Że pomiędzy narządami rodnymi a szyjowymi istnieje bliższy związek, mamy dowody w zmianie głosu ludzi w okresie dojrzewania płciowego. Związek ten szczególnie się zaznacza u kobiet, wobec wzmózonej pracy ich narządów rodnych; zdaje się, że miesiączkowanie i ciąża częstokroć pobudzają gruczoły i inne narządy szyjowe do żywszej działalności. Niejednokrotnie opisywano nowotwory krtani, powstałe podczas ciąży. Najczęściej jednak zmiany zachodzą w gruczole tarczowym, w którym znowu przeważnie spotrzegano wole. Nieznaczne powiększenie gruczołu u ciężarnych jest zjawiskiem bardzo częstym [FREUND znalazł je u 45 ciężarnych z pośród 50 badanych], a ucho-dzi ono zazwyczaj uwagi lekarza, ponieważ nie sprawia żadnych dolegliwości, ani zeszpecenia: gruczoł tarczowy bywa z początku tylko w stanie przekrwienia, szyja zaś lekko obrzmiała. Po ustąpieniu momentu przyczynowego gruczoł zwykle wraca do stanu prawidłowego. Czasami jednak z przekrwienia rozwija się przerost gruczołu tarczowego.

Zdarzają się jeszcze przypadki nagłego powstawania wola w czasie porodu; w tych razach wole może przybrać znaczne rozmiary i spowodować niebezpieczne zaburzenia w krwiobiegu i oddychaniu.

Zjawisko powyższe nie jest dotąd należycie wyjaśnione. EWALD, MANGIN i inni tłómaczą je w ten sposób, że może być następstwem nadzwyczajnej podniety, nadmiernego wysiłku i zaburzeń w krwiobiegu, o które nie trudno podczas ciąży, a zwłaszcza porodu.

(*Berl. klinische Wochenschr.* 1903, Nr. 18).

Wiktor Majerczak.

— Atyreoza w wieku dziecięcym. Usunięcie gruczołu tarczowego wywołuje charłactwo (*cachexia strumipriva*), polegające na obrzęku słuzowym skóry (*myxoedema*), zaniku inteligencji, tetanii i t. d. W wieku dziecięcym znajdujemy podobny obraz kliniczny, powstający wskutek zwyrodnienia łączno-tkankowego gruczołu tarczowego. Atyreoza w wieku dziecięcym (*athyreosis infantilis*) nie należy wcale do rzadkich przypadków i często bywa błędnie rozpoznawana jako *rachitis*. Stosowanie tyreoidy w tem cierpieniu daje świetne wyniki: tkanka słuzowa zmniejsza się, diureza zwiększa się, przez co chory znacznie traci na wadze, tylko niestety, z poprawą fizyczną nie idzie w parze poprawa inteligencji: objaśnia się to tem, że już za życia wewnątrzmacicznego i następnie do czasu rozpoczęcia swojego leczenia zachodzą w mózgu pewne zmiany, które nie dadzą się potem naprawić. A zatem, rozpoznawszy atyreozę, należy natychmiast przystąpić do swojego leczenia. Leczenie to powinno trwać przez szereg lat, a nieraz i przez całe życie.

(*Deutsche medicinische Wochenschrift.* 1903. № 20).

Springer.

— Leczenie napadów kokluszki za pomocą opuszczania szczęki dolnej na dół i ku przodowi [metoda NAEGLI'ego]. Rękoczyn ten, stosowany przez chirurgów przy narkozie chloroformowej, zastosował poraz pierwszy przy kokluszce NAEGLI w r. 1889 i CAILLE z New-Yorku. W roku 1901 SOBEL przeprowadził systematyczne badanie u 96 dzieci w różnych okresach kokluszki. Wyniki otrzymał bardzo dodatnie, gdyż tylko w 9 przypadkach napadów tym sposobem nie udało się przerwać lub uprzedzić. Stosowanie tej metody jest trudne i bezowocne u dzieci w wieku niemowlęcym; zato dzieci starsze same czując zbliżający się napad, podbiegają do lekarza, czy osoby pielęgnującej, domagając się rękoczynu.

(*Archives of Pediatrics.* 1903. Czerwiec).

J. Brudziński.

## Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku zeszyt 2-gi Tomu I-go „Nauki o chorobach wewnętrznych“ wydany pod redakcją prof. WALEREGO JAWORSKIEGO w Krakowie. Zeszyt ten, obejmujący 10 arkuszy druku, zawiera dokończenie chorób układu nerwowego w opracowaniu dokonanem przez prof. DOMAŃSKIEGO z Krakowa i prof. PRUSA ze Lwowa oraz początek chorób zakaźnych napisany przez dra LUDWIKA WILCZYŃSKIEGO. W omawianym zeszycie umieszczono 33 ryciny i 4 tablice. Cena zeszytu w prenumeracie 1 rb. 1 kop. 50.

— W Moskwie postawiono pierwszą w Rosyi klinikę dla chorych dotkniętych rakiem im. MOROZOWYCH. Klinika na 60 chorych ze wszystkimi urządzeniami ma być otwarta przy końcu b. m.

— Na 11-ym Kongresie międzynarodowym higieny i demografii w Brukseli MIECZNIKOW przedstawił szympansa, u którego wystąpiły wtórne objawy syfilisu po przeszczepieniu zarazka na części rodne i w 30 dni po pierwotnem stwardnieniu.

— W Baden-Baden odbędą się ośmiodniowe kursa teoretyczno-praktyczne, dotyczące metod fizykalno-dyetycznych i balneoterapii. Początek kursów 4-go października r. b. Zawiadomienia nadsyłać należy przed 1-ym października r. b. z przesyłką 20 marek pod adresem dra GILBERT'a lub dra K. HOFFMANN'a w Baden-Baden.

— Kongres amerykański gruźliczy odbędzie się 4-go, 5-go i 6-go kwietnia r. 1905 w Waszyngtonie.

— **Zmarli** w Warszawie: dr. MARCELI LEWIŃSKI, inspektor lekarski gub. warszawskiej, b. asystent kliniki chirurgicznej ś. p. prof. GIRSZTOWTA; prof. anatomii uniwersytetu tutejszego MICHAŁ CZAUSOW, b. inspektor szpitali warszawskich. W Berlinie EMANUEL MUNK, autor znanego dzieła, wydanego wspólnie z UFFELMAN'em p. t. „*Die Ernährung des gesunden und kranken Menschen*“. Prace prof. MUNK'a, który od r. 1895 objął kierownictwo specjalnego oddziału fizyologicznego w berlińskim Instytucie fizyologicznym, dotyczyły przeważnie przemiany materji, tworzenia się tłuszczu w ustroju, chemii mięśni, czynności nerek. MUNK był współwydawcą czasopisma *Centrbl. f. Physiol.* i *Centrbl. f. die med. Wissensch.*, zmarł w 51-ym roku życia.

## O G Ł O S Z E N I E.

**Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych** ma honor zaprosić wszystkich członków tejże Kasy na ogólne zebranie, odbyć się mające we Wtorek dnia 22-go września 1903 roku o godzinie 8-ej wieczorem, w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ulica Niecała № 7].

Na zebraniu tem Komitet, w myśl § 13-go ustawy, złoży Szanownym Członkom Kasy Wsparcia — publiczne zdanie sprawy ze swych czynności, za rok 1902.

Zarządzający Kasą Wsparcia, *dr M. Jakowski.*

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензур. Варшава, 6 Сент. 1903 Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8

# BAD KISSINGEN

Kąpiele od 1 Kwietnia do 15 Listopada.

Znane w świecie solanki (Rakoczy, Pandus, Maxbrunnen, Bockleter, Stahlwasser) z obfitą zawartością kwasu węglowego, używane do wewnątrz i do kąpeli. Wskazania szczególne: cierpienia żołądka i kiszek, choroby serca, wątroby, nerek, blednica, otyłość, cukrowka moczowa, choroby kobiet.

Objaśnień na żądanie udziela bezpłatnie

Związek kąpielowy w Bad Kissingen.


Przesyłkę wszystkich wód mineralnych uskutecznia Zarząd wód mineralnych  
KISSINGEN i BOCKLET.

15—11

<p><b>Tanokol</b></p> <p>Doskonały adstringens, bez smaku, nieszkodliwy.</p>	<p><b>Rtęcio-Rezorbina</b></p> <p>O szarej barwie; jest to najczystsze leczenie wcieraniami.</p> <p>Rurki szklane z podziałką</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">15 i 30 gr.</td> <td style="text-align: center;">25 i 50 gr.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">po <math>\frac{33\frac{1}{3}\%}{}</math></td> <td style="text-align: center;"><math>\frac{30\%}{}</math></td> </tr> </table>	15 i 30 gr.	25 i 50 gr.	po $\frac{33\frac{1}{3}\%}{}$	$\frac{30\%}{}$	<p><b>Peruol</b></p> <p>Środek przeciw świerzbie. Bezbarwny. Nie brudzi.</p>
15 i 30 gr.	25 i 50 gr.					
po $\frac{33\frac{1}{3}\%}{}$	$\frac{30\%}{}$					
<p><b>Bromokol</b></p> <p>Wewnętrznie jako nervinum i anti-epilepticum.</p>	<p>Doskonały środek przeciw wszelkiego rodzaju swędzeniu skóry</p> <p><b>Bromokol</b></p> <p style="text-align: center;">Maść 20°</p> <p style="text-align: center;"><i>Bromokol rozpuszczalny, roztwór 10° -y</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Puder.</td> <td style="text-align: center;">Mydło.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Czopki.</td> <td style="text-align: center;">Plaster.</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">0—2</p>	Puder.	Mydło.	Czopki.	Plaster.	<p><b>Rezorbina</b></p> <p>Maść i podkład do maści. Maść chłodząca, zawierająca wodę.</p>
Puder.	Mydło.					
Czopki.	Plaster.					

**Nabywać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.**

Oddział farmaceutyczny, Akcyjne Tow. wyrobu farb anilinowych, Berlin S. O. 3b.



## W I N O V I A L

przygotowane na Korze chinowej, Ekstrakcie Mięsnym i Mlecznym Fosforanie Wapnia jest Środkiem odżywczym ze względu na jego fizyologiczne własności. Wino VIAL zawiera w sobie pierwiastki fosforanu wapnia, chininy i surowego mięsa. Połączenie tych trzech substancyj daje środek najracjonalniejszy i najdoskonalszy z tonicznych. Przyjmowane w ilości kieliszka od likieru po każdym jedzeniu stanowi znakomite uzupełnienie pokarmu chorych i rekonwalesc.

**Vial Frères pharmaciens, 36 place Bellecour, Lyon, France.** 26—12

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny  
I PRACOWNIA PRZYRZĄDÓW ORTOPEDYCZNYCH

## D-ra Reichstein

**Warszawa, Twarda 16.** 6—1