

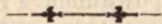
GAZETA LEKARSKA

I. Z PRACOWNI I AMBULATORIUM DRA MIKOŁAJA REJCHMANA.

PRZYPADEK PLEŚNICY ŻOŁĄDKA, wywołanej przez nieopisywanego dotychczas pasożyta ORAZ ogólny pogląd na obecność pleśni w żołądku i na ich znaczenie kliniczne¹⁾.

Podał

Stanisław Janczurowicz.



O występowaniu i roli pleśni w żołądku nader rzadko tylko można spotkać wzmiankę wśród opisów cierpień tego organu. Do ostatnich czasów całość pojęć w tej sprawie opierał się prawie wyłącznie na spostrzeżeniach anatomo-patologicznych WAHL'a i RECKLINGHAUSEN'a.

Spostrzeżenia te, dziś posiadające już niewielkie znaczenie, miał niewątpliwie na myśli LEUBE, mówiąc, że „obserwacyi anatomicznych, tyjących się *gastritidis mycoticae*, istnieje jeszcze tak mało, że w obecnym czasie nie może być mowy ani o ustanowieniu jej obrazu klinicznego, ani o jej rozpoznawaniu”. Mniejsze znaczenie posiadają spostrzeżenia anatomo-patologiczne innych autorów [REISS'a, RUDNIEWA, KUNDRATH'a], które obok pracy bakteryologicznej DE BARY'ego, oraz pobieżnej wzmianki NAUNYN'a, stanowiły do niedawna cały niebogaty materiał w zajmującej nas sprawie.

Dopiero w ostatnich trzech latach sprawa pleśni w żołądku obudziła żywsze zainteresowanie; pojawiły się mianowicie trzy prace w tym przedmiocie, tym razem z Ameryki. Autor pierwszej, KELLOG podaje, że na 7000 badań

¹⁾ Jest to krótkie streszczenie pracy, mającej się pod tym tytułem drukować w Polskiem Archiwum nauk biologicznych i lekarskich.

zawartości żołądka znaleźli pleśnie 457 razy, mianowicie w 32-ch przypadkach zwykłej niestrawności, w 175-u przypadkach nieżytu z nadkwaśnością, oraz w 249 przypadkach nieżytu z niedokwaśnością. Najczęściej występowały *oidium lactis*, *aspergillus fumigatus* i *asp. flavescens*. KELLOG sądzi, że grzyby te wywierają wpływ drażniący na błonę śluzową żołądka, i wytwarzają pewne toksyny, wskutek których mogą powstawać biegunki oraz nieżyty żołądka z przebiegiem gorączkowym. Autor drugiej pracy, EINHORN podaje opisy trzech przypadków przebiegających z nadkwaśnością i jednego z niedokwaśnością, w których obserwował małe makroskopowe kolonie nieoznaczonego przezeń grzyba, jednakże należącego prawdopodobnie do jednego i tego samego gatunku we wszystkich czterech przypadkach. EINHORN stwierdza, że przed nim nikt nie obserwował makroskopowych kolonii pleśniowych w żołądku, przynajmniej w literaturze niema o tem żadnej wzmianki. E. sądzi, że „powłoka pleśniowa pojedynczych pasów śluzówki żołądka musi okazywać wpływ szkodliwy na jego funkcje. Stany podrażnienia lub stany zapalne mogą już *a priori*, choćby tylko od mechanicznego działania pleśni, być oczekiwane“. W rok potem pojawiła się praca M. KNAPP'a. Według tego autora występowanie pleśni w żołądku stanowi oddzielną postać chorobową, dość częstą, jednakże nierozpoznawaną dotychczas. Najczęściej K. obserwował 2 gatunki pleśni, z których jeden makroskopowo przedstawiał się w postaci żółtawo-zielonych, drugi zaś ciemnoczerwonych grudek, cząsteczek i strzępków. Przy szczepieniu na podłożach cząstki owe dawały *penicillum glaucum*, *oidium albicans* i niektóre rodzaje z grupy *aspergillus*. Rezultatem fermentacji pleśniowych są kwasy organiczne [zwłaszcza bursztynowy], stanowiące główny czynnik szkodliwości pleśni.

Obserwacje moje nad występowaniem i rolą pleśni w żołądku opierają się na wynikach badania pod tym względem 150 zawartości czczego żołądka, wydobytych w pracowni dra REJCHMANA. Rozpocznę od opisu przypadku, posiadającego pierwszorzędne znaczenie dla zajmującej nas kwestyi.

W marcu roku 1903 zgłosiła się do ambulatoryum dra REJCHMANA p. Leja Dr., mająca 39 lat, z Mohylowa. Chora, od dawna już cokolwiek niedomagająca na żołądek, od 3-ch miesięcy cierpi na brak apetytu, niezmiernie silne, odczuwane przez otoczenie, odbijania cuchnące, bóle w dołku, występujące w 1½–2 godziny po jedzeniu, przechodzące na boki i do grzbietu, zaparcie stolca, dość częste rozwolnienie, bóle głowy, kołatanie serca. Przy badaniu żołądka sondą na czczo, okazał się on pustym. Przepłuczyny nie zawierały nic szczególniejszego, natomiast zawartość po śniadaniu próbnem dała obraz całkiem niezwykły. Przedewszystkiem odznaczała się ona nader mocno cuchnącą smrodliwą wonią, przypominającą woń gnijącej wody, cokolwiek i kał. Siarkowodoru powonieniem nie dało się dokładnie rozpoznać. Po wierzchu zawartości pływa kilkadziesiąt kawalków różnej wielkości: od ziarnka siemienia konopnego do ziarnka grochu i małej fasoli, nieregularnej, po większej części podłużnej lub stożkowatej formy, barwy przeważnie ciemno-szarej, przechodzącej czasem w odcień fioletowy lub zupełnie czarny. Bywają jednak cząstki całe lub w części barwy jasno-żółtej lub szaro-żółtawej. Takież same cząstki, lecz znacznie mniejszych rozmiarów zawieszono są w całym płynie, wsku-

tek czego nadają mu ową brudno-szaro-żółtawą barwę. Z cząstek tych i kawałków wydobywa się właśnie owa smrodliwa woń. A=78; L=22; C=35.

Wspomniane kawałki są dość miękkiej konsystencji; po rozgnieceniu ich szkiełkiem pokrywkowym dają pod mikroskopem obraz następujący.

Całe pole mikroskopowe pokryte jest ogromną ilością leżących w zbitej masie pojedynczo lub pęczkami, czasem na podobieństwo uciętych włosów i krzyżujących się wzajemnie, nierozgałęziających się, rozmaitej długości, nieraz bardzo długich [na 2, przeważnie zaś na $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ pola widzenia przy średnich powiększeniach] błyszczących nici, albo tworów nitkowatych barwy jasno-żółtawej. Nici te zdają się być sztywnymi; kontury mają prostolinijne, przebiegają w kierunku prostym, rzadziej zaokrąglonym lub lekko falistym. Często nici te, leżąc ciasno obok siebie, tworzą pęczek i dopiero przebiegłszy razem pewną przestrzeń rozchodzą się miotłkowato. Grubość pojedynczych nici waha się w przybliżeniu między 0,5—1,0 μ . Na niektórych polach widzenia zwracają uwagę nici znacznie grubsze i dłuższe od zwykłych. Po dokładnem rozpatrzeniu ich można się jednakże przekonać, że ściśle mówiąc, są to również pęczki, złożone z kilku długich nici, które tak ściśle przylegają do siebie, że robią kompletne wrażenie jednej grubej nici. Często grube te nici są zwężone z jednego końca. Prócz tego mogą one rozszczepiać się widelkowato wskutek oddzielania od siebie 1—2 pojedynczych nitek; na pierwszy rzut oka zjawisko to można łatwo wziąć za rozgałęzianie się grubej nici. Pomiedzy niemi widać w różnych miejscach rozmaitej wielkości jasno-żółtawo-żółtawe, błyszczące, przezroczyste, o wyglądzie oleistym, silnie załamujące światło półpłynne masy. Niektóre z nich są bardzo małe, inne są duże, zajmują $\frac{1}{4}$ — $\frac{2}{3}$ pola widzenia. Z mas owych wychodzą zwykle wspomniane grube nici. Rozszczepiają się one, w nich miotłkowato na 5—8 oddzielnych cienkich nici, które po wyjściu z masy znowu się łączą w jedną „grubą nić“ i przebiegają razem, poczem grube te nici niekiedy częściowo oddzielają znów od siebie pod ostrym kątem pojedyncze nici. Takie same silnie załamujące światło żółtawo-żółte masy rozmaitej wielkości nieraz w postaci bardzo drobnych kropelek rozsiane są po całym preparacie. Poza niemi i owemi masami, które po bliższem zbadaniu okazały się napęczniałym śluzem, *resp.* galaretą wydzielaną przez nici, wszystkie wolne miejsca na preparacie wypełnione są olbrzymią ilością różnorodnych bakterii. Po brzegach konglomeratów pleśni znajduje się niekiedy bardzo dużo leukocytów; otaczają one w zbitej masie skupienia pleśniowe. W niektórych kawałkach lub na niektórych polach widzenia nici pasożyta częściowo pokryte są rdzawym osadem, który tworzy na nich nieregularne, nieprzezroczyste rozmaitej grubości złogi ich uwarstwienia. Osad ten nie daje odczynu na tlenek żelazowy z żelazocyankiem potasowym. Przy rozpatrywaniu kawałków pod mikroskopem okazywało się, że bardzo często nie posiadają one żadnego podłoża, t. j. składają się w całości z powyżej opisanych składników, przyczem kawałki takie zwykle otoczone były po brzegach leukocytami; niektóre jednak posiadają podłoże z szaro-żółtego detrytu, zawierającego bardzo dużo wspomnianych kropli galaretowatych, lub też podłoże ze śluzu, o którego niewątpliwem pochodzeniu żółdkowem świadczyły znajdujące się w nim elementy mor-

fologiczne. Podłoże śluzowe obserwowałem w mniejszych i zwłaszcza we wszystkich prawie mikroskopowych koloniach pasożyta, znajdujących się również w obfitości w wyaspirowanym płynie. Próby barwienia preparatów mikroskopowych barwnikami [tinioną fenolową, błękitem metylenowym] nie dały pomyślnego rezultatu, nici bowiem okazywały nader małą skłonność do barwienia się tymi barwnikami. Względnie najlepsze rezultaty otrzymywałem od barwienia zwykłym sposobem GRAM'a. Próby otrzymania czystej hodowli pasożyta nie powiodły się.

Nie ulega wątpliwości, że obraz widziany pod mikroskopem przedstawia kolonię jakiegoś tworu pasożytniczego. Twór ten przyjęliśmy z początku za *leptotrix buccalis*.

Nie wszystkie jednak kawałki miały opisaną powyżej budowę. Mniejszość ich, niektóre zaś w połowie przedstawiają budowę, znacznie różniącą się od powyżej opisanej. Rozgniótszy pod mikroskopem i rozpatrując cząstki takich kawałków, odznaczające się przytem ciemniejszą barwą, widzimy, że całe pole mikroskopowe przedstawia się tam usianem ogromną liczbą okrągłych lub owalnych komórek, podobnych do drożdżowych, czyli konidii, pomieszanych z szarym detrytem, na których tle przebiegają, krzyżując się wzajemnie, grube, gładkie, błyszczące o konturach równoległych twory nitkowate, dające się z łatwością określić jako strzępki (*hyphae*) grzyba ¹⁾. Po rozcieńczeniu preparatu wodą lub przy rozpatrywaniu go w bardzo cienkiej warstwie, stają się widocznymi olbrzymie masy różnorodnych bakteryi. Nie trudno również określić rodzaj grzyba: cały bowiem obraz mikroskopowy jest typowym dla kolonii *saccharomyces s. oidium albicans*, grzybka, wywołującego pleśniawki w jamie ustnej.

Wydobyte więc z żołądka naszej chorej kawałki cuchnące okazały się koloniami tworów pochodzenia roślinnego. Ponieważ kolonie te są wielkości makroskopowej i niewątpliwie rosną na błonie śluzowej pustego [jak się okazało z wyniku badania na czczo] żołądka, przeto pochodzą one całkowicie pod pojęcie pleśni, terminu nie oznaczającego oddzielnego gatunku w układzie botanicznym, a zawierającego w sobie jedynie pojęcie o pewnych cechach biologicznych niektórych niższych tworów roślinnych.

W dalszym przebiegu obserwacji, trwającej blisko przez 2¹/₂ miesięcy, podczas której chorej codziennie lub co drugi, trzeci dzień przepłukiwano żołądek rozmaitymi środkami przeciwnilnymi, mianowicie, z początku roztworem nadmanganianu potasu, potem pyoktaniną niebieską, wreszcie błękitem metylenowym, na czczo żołądek chorej bywał pusty lub też aspirowano kilka lub kilkanaście cm. sz. mętnego, śluzowego, kwaśnego od HCl płynu; w płynie tym lub w przepłuczynach często znajdowano niewielką liczbę opisanych powyżej kawałków pleśniowych. Należy wszakże zauważyć, że zaraz w początku obserwacji liczba kolonii z *saccharom. albic.* poczęła się szybko zmniejszać i wydobywane kawałki składały się wyłącznie w pasożyta nitkowatego. Kolonie jego

¹⁾ Terminem naukowym polskim, odpowiadającym łacińskiemu *hyphae*, jest: strzępka, przyp. 2-gi: strzępki.

miały zawsze budowę identyczną z powyżej opisaną, w dalszym jednak przebiegu obserwacyi makroskopowo posiadały najczęściej białawo-rdzawą barwę. Raz tylko w końcu drugiego miesiąca obserwacyi niektóre z wydobytych kawałków posiadały budowę mieszaną, podobną do spostrzeganej w początku obserwacyi, t. j. składały się równocześnie z pasożyta nitkowatego, oraz z *saccharomyces albicans*. Woń cuchnąca kawałków pleśniowych i zawartości, z początku obserwacyi nadzwyczaj intensywna, po pewnym czasie zmniejszyła się cokolwiek, jednakże po paru tygodniach stała się znowu, podobnie, jak i woń idących z niemi w parze odbijań cuchnących, nadzwyczaj intensywną; następnie zaś woń ta już stale stopniowo się zmniejszała, tak że w końcu obserwacyi była już bardzo nieznaczna. W drugich kawałkach obserwowałem zawsze bardzo dużo bakteryi, gdy tymczasem w koloniach mikroskopowych było ich znacznie mniej lub wcale nie było. Flora bakteryjna kawałków pleśniowych także się zmieniała; poczynając od drugiej połowy obserwacyi, pojawiło się mnóstwo spiryl, których dawniej było niewiele.

Prawie przez cały czas obserwacyi, szczególnie zaś w drugiej jej połowie spostrzegałem prócz tego w zawartości czczego żołądka liczne mikroskopowe i większe skrzepy krwi, jak również i leukocyty, które bardzo często okręgały też w zbitej masie kawałki pleśniowe. Na dwa tygodnie przed wyjazdem chorej wydobyto kilkanaście kawałków pleśniowych, pokrytych widoczną makroskopowo ropą. Chora wyjechała z poprawą subiektywną i bez odbijań cuchnących, jakkolwiek jeszcze na 2 dni przed jej wyjazdem wydobyto z czczego żołądka kilka słabo cuchnących białawo-rdzawych kawałków pleśniowych. [D. n.]

II. JAKA JEST GRANICA doszczętnego leczenia przepuklin ?

Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego
d. 19-go stycznia 1904 r.

Przez

dra Władysława Stankiewicza.

[Dokończenie — Patrz Nr. 20].

Zaznaczyć tu muszę przedewszystkiem, iż w ostatnich latach namnożyło się tyle metod operacyjnych, iż opis mój ograniczyć się musi do najbardziej uznanych i powszechnie wykonywanych. Zmiany i modyfikacje, wprowadzone do metod powyższych, wskazują tylko na potrzebę w niektórych wyjątkowych wypadkach ulepszeń, które zawisły od sądu chirurga, jego zapatrywania i do-

świadczenia. Metody racjonalne, ogólnie przyjęte, opierają się zawsze na podstawach stałych, niewzruszonych, a w stosowaniu ich każdy chirurg kieruje się zupełną swobodą, rozstrzygając sam o zmianach koniecznych dla osiągnięcia pożądanego rezultatu.

Metody, które poniżej opisuję, można podzielić na dwa działy: 1) gdzie worek przepuklinowy po oddzieleniu i podwiązaniu wpuszcza się do jamy brzusznej, tu należą metody: CZERNY'ego, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE'a, KUESTER'a, BASSINI'ego, 2) gdzie worek pozostawia się na zewnątrz jamy brzusznej: metoda ROCHER'a i pośrednio MAC EWEN'a.

CZERNY oddziela worek rupturowy, podwiązuje go wysoko, odcina i wpuszcza do jamy brzusznej. Szew nakłada na wrota zewnętrzne, czyli zaszywa tylko ścianę przednią kanału, pozostawiając otwór dostateczny dla sznurka nasiennego; nadto okrwawia brzegi otworu, w celu ułatwienia bezpośredniego zrostu zbliżonych powierzchni. Do szycia używa katgut. Wyniki tej metody prostej były pomyślne i zachęciły wielu do jej stosowania, zwłaszcza przy rupturach niewielkich i dobrych innych warunkach.

KUESTER postępuje z workiem tak samo, szew jednak nakłada od razu na przednią i tylną ścianę kanału, ponad przebiegiem sznurka nasiennego, skutkiem czego otrzymuje o wiele silniejszy zrost całego kanału, co wpływa bardzo korzystnie na wyniki operacji pod względem trwałości wyleczenia.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE po podwiązaniu, odcięciu i wpuszczeniu worka do jamy brzusznej, nakłada na kanał szew dwupiętrowy, zeszywając oddzielnie ścianę tylną i przednią. Szew głęboki, na mięsień ukośny wewnętrzny i poprzeczny, wykonywa sposobem dachówkowym, to jest przesuując brzeg jeden po nad drugi; ścianę przednią zeszywa zwyczajnym sposobem po nad sznurkiem nasiennym. Do szwów używa katgut, przechowywanego w olejku terpentynowym. Wszystkie operacje wykonywa dotąd według przepisów antyseptycznych, ale bez mgły karbolowej. Metoda jego zasługuje bardzo na uznanie, gdyż skutkiem oryginalnego szwu dachówkowego, w linii szwu otrzymujemy gruby pasek mięśniowy, czyniący całą ścianę wytrzymałą w razie usposobienia do nawrotu, szczególnie przy rupturach większych i wiotkich ścianach brzucha.

Metoda BASSINI'ego. Ponieważ skutkiem ucisku przepukliny rozciąga się otwór wewnętrzny kanału pachwinowego kosztem jego ściany tylnej, utworzonej z mięśnia ukośnego wewnętrznego, poprzecznego i powięzi poprzecznej, celem metody B. jest przywrócenie tej ściany w największej rozciągliwości, a dla osiągnięcia tego celu przemieszczamy sznurek nasienny w ten sposób, iż przynosi go z dołu i utwierdza w górnym brzegu tak utworzonej ściany. Po przecięciu skóry i luźnej tkanki łącznej, cięcie powięzi m. ukośnego zewnętrznego przedłuża poza obwód górny obrączki wewnętrznej i brzegi powięzi oddziela się nieco od spodniej warstwy mięśniowej. Teraz oddziela się worek rupturowy wraz ze sznurkiem nasiennym od tkanek otaczających, co uskutecznia się najłatwiej, poczynając od góry; a następnie oddziela się jak najstaranniej worek od sznurka nasiennego. Skoro mamy dobrze odosobniony worek, oddzielamy jego szyjkę od obwodu wewnętrznej obrączki, otwieramy worek w celu upewnienia się czy niema w nim jakiej zawartości, którą należy

dokładnie oddzielić i do jamy brzusznej odprowadzić. Ująwszy szyjkę worka, wyciąga się ją lekko i skręca jednym obrotem, poczem przekłuwa się w tem miejscu igłą z podwójną nitką, na dwie strony podwiązuje i odcina. Teraz podnosimy sznurek nasienny i tępy haczykiem odciągamy go do górnego kąta rany i na zewnątrz. Szew głęboki zakładamy do dołu, ujmując jak najniżej brzeg mięśni (m. ukośny wewnętrzny, m. poprzeczny i powięź poprzeczną), aby go połączyć z wewnętrznymi tkankami więzu POURART'a; jest to moment najtrudniejszy, a zarazem najważniejszej operacji, gdyż idzie o to, aby szew był zupełny nie pozostawiający najmniejszej luki między obu brzegami. W tym celu winniśmy końcem igły ująć przyczepy powięzi wraz z okostną przy guziczku grzebieniowym (*tuberculum pectineum*), a ułatwić sobie to można przez wyciąganie tej warstwy ku górze szczypczykami. Następnie szwy idą łatwiej ku górze, gdzie zostawiamy tylko otwór dostateczny dla przejścia swobodnego sznurka nasiennego. Na tak utworzonej ścianie mięśniowej kładziemy sznurek nasienny i poczynając od góry, łączymy szwem brzegi przeciętego rozciągną m. ukośnego zewnętrznego oraz obrączkę zewnętrznego kanału, pozostawiając otwór dla szurka nasiennego. Kończy zwyczajny szew skóry i odpowiedni do danego wypadku opatrunek.

Metoda BASINI'ego, jako najbardziej racjonalna, zyskała odrazu szerokie rozpowszechnienie i uznanie, stwierdzone pomyślną statystyką uajważniejszych chirurgów, nie może jednak z powodzeniem być zastosowana w wypadkach ruptur zadawnionych z wielkimi otworami i wiotkością przyległej ściany brzusznej, gdyż w takich warunkach nie może być mowy o utworzeniu głębokiej ściany mięśniowej.

Metoda KOCHER'a polega głównie na tak zwanem przemieszczeniu bocznem worka przepuklinowego, co się skutecznia w sposób następujący: Cięcie skóry równoległe do więzu POURART'a i dość długie, aby odkryć rozciągną m. ukośnego zewnętrznego powyżej obrączki wewnętrznej kanału przekrwionego. Dokładne oddzielenie worka rupturowego od moszny aż do szyjki kanału, poczem nacina się rozciągną m. ukośnego, równoległe do więzu POURART'a powyżej i więcej, ku zewnątrz od górnego obwodu obrączki wewnętrznej na przestrzeni $1-1\frac{1}{2}$ ctm.; przez ten otwór pod kierunkiem palca wprowadzonego do kanału pachwinowego wsuwa się szczypczyki, któremi ujmuje się dolny koniec worka rupturowego i wciąga przez zrobiony otwór na zewnątrz rozciągną. Worek, wyciągnięty dość silnie, przymocowyywa się do brzegów otworu kilku szwami i część pozostałą odcina. Teraz nakładamy szew jednopiętrowy całego kanału, zajmując igłą wszystkie warstwy brzegu górnego i spajając go z więzem POURART'a, przyczem bardzo zważać należy na położenie sznurka nasiennego, unikając zajęcia go szwem. Szwy mogą być tutaj gęściej nałożone, pamiętając o dostatecznym otworze dla sznurka nasiennego.

Metoda KOCHER'a, prosta i łatwa do wykonania, zyskała wielu zwolenników, zwłaszcza po ogłoszeniu statystyki pomyślnej samego autora, który miał sposobność przekonać się przy autopsyi zmarłego, któremu przed rokiem zro-

bił operację, iż kanał pachwinowy uległ znacznemu zwężeniu, worek zaś przedstawił się jako sznurek włóknisty, zrosnięty z otaczającymi tkankami.

Metoda MAC-EWEN'a polega na wytworzeniu z worka rupturowego rodzaju poduszki, zamykającej kanał pachwinowy. W tym celu po dokładnem odpreparowaniu worka, wprowadzonym palcem poza obrączkę wewnętrzną oddziela się otrzewną na pewnej przestrzeni od powięzi poprzecznej dla umieszczenia w niej worka rupturowego. Koniec dolny worka przesywa się długą ligaturą i koniec tej nitki na supeł zawiązuje. Następnie przesywa się na wskroś cały worek z dołu do góry w kilku miejscach aż do wrót kanału. Teraz wolny koniec nitki nawleka się w igłę REVERDIN'a, którą pod kierunkiem palca wprowadza się przez obrączkę wewnętrzną na tylną powierzchnię ściany brzusznej i przekłuwając wszystkie warstwy (powięź poprzeczną, m. poprzeczny, m. ukośny wewn., rozciągnio m. ukośnego zewn.) od tyłu ku przodowi, przeprowadzamy nitkę na zewnątrz. Pociągając teraz za nitkę, cały worek fałduje się i wciągnięty zostaje do przygotowanej przestrzeni przedotrzewnowej (*carum properitoneale*), gdzie zamieniony zostaje w poduszczykę, wypełniającą wspomnianą przestrzeń oraz tylną obrączkę kanału pachwinowego. Tak powstałą poduszczykę utwierdza się w nowem miejscu zapomocą kilku szwów, przeprowadzonych przez nią i ścianę brzuszną.

Teraz zakłada się szew w ten sposób, iż jeden koniec nitki przeprowadza się przez wszystkie warstwy brzegu górnego albo wewnętrznego od tyłu ku przodowi, a następnie w odległości odpowiedniej do szerokości kanału (od 1—2 ctm.), odwrotnie od przodu ku tyłowi—w ten sposób, środek nitki, pętlica, znajdująca się będzie na powierzchni przedniej brzegu wewnętrznego kanału, oba zaś wolne końce w samym kanale. Koniec dolny przeprowadza się igłą przez więz POURART'a, górny zaś w odpowiednim odstępie przez ścianę mięśniowo-powięziową od tyłu ku przodowi. Ściągając teraz oba końce nitki, dla związania ich zbliżamy dokładnie obadwa brzegi i stawiamy w dobrych warunkach do zrosnięcia się. Jeśli otwory są bardzo wielkie i jeden szew nie wystarcza, można założyć drugi, bacząc dobrze, aby nie zająć nitką sznurka nasiennego.

Metoda MAC-EWEN'a z początku miała wiele rozgłosu i dość szeroko była praktykowana w Anglii i Ameryce; przekonano się jednak, iż główna jej zasługa polega na praktycznej wartości szwu, gdyż sekcyja na trupach zmarłych, operowanych na 1—2 lata przedtem, wykazały zupełny zanik zwitego worka, a więc urojoną wartość metody pod względem wytworzenia organicznej zatyczki dla zapobieżenia nawrotu ruptury. Niejednokrotnie nadto przesyty worek przechodził w zgorzel, powodując ropienie i groźne stąd powikłania.

Ograniczając się na treściwym opisie powyższych metod z wykazaniem głównych ich zalet lub stron ujemnych, nadmienić winniem, iż nieskończenie większa liczba innych cechuje się nieznacznymi różnicami techniki operacyjnej odpowiednio do osobistego zapatrywania i doświadczenia autorów. Fakt ten dowodzi zarazem, że niema metody, któraby zadość czyniła wymaganiom każdego poszczególnego przypadku i że podobnie jak w innych działach naszej nauki, chirurg, obeznany z przedmiotem, musi w niezwykłych warunkach danego wypadku wysnuć plan działania najwięcej odpowiedni do osiągnięcia zamierzo-

nego celu. Tylko w przypadkach przepuklin pospolitych, najczęściej spotykanych, można stosować metodę, odpowiadającą swemu przekonaniu na zasadzie stwierdzonej doświadczeniem i za taką poczytując przedewszystkiem metodę BASSINI'ego, uznaną dziś przez większość chirurgów za najracjonalniejszą i dającą pożądane wyniki.

Statystyka operacyj doszczętnego leczenia przepuklin odnosi się do oceny bezpieczeństwa samej operacji oraz do otrzymanego wyniku pod względem trwałości wyleczenia. Około 1880 roku śmiertelność wynosiła w przybliżeniu 25%; w 1890 KOCHER wykazał już tylko 9,5%; w 1895 zaś na 220 operacji ani jednego wypadku śmierci. Od 1890 do 1900 NICOLADONI—260 operacji, 3 zgony; ALBERT—400 operacji, 1 śmierć; SCHULTEN—235 op., 2 zgony; ROTTER—250 op., 1 zgon.; HALSTED—165 op., 1 zg.; CHAMPIONNIÈRE—652 op., 5 zgonów; BERGER—300 op., 1 zgon. BASSINI w pierwszej seryi 262 op., 1 zgon; w drugiej na 700 op. ani jednego zgonu. Najnowsza statystyka chirurga amerykańskiego COLEY'a w czasie od 1891 do 1902 r. wskazuje 2 wypadki śmierci na 1003 operacje, które wykonywał w każdym wieku bo od 1—70 roku życia.

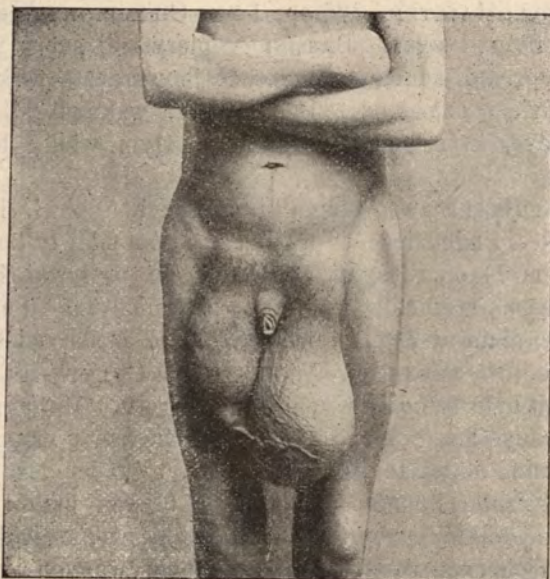
Wielce zasługują na uwagę wyniki operacji u dzieci, i tak: BROCA na 450 operacji u dzieci i młodzieńców przed 15 rokiem miał tylko jeden wypadek śmierci. BAYE na 71 op. 1 zgon. Ze względu na trwałość wyleczenia widzimy również znaczną różnicę w statystyce ostatnich lat 10-u. Przed r. 1890 trwałe wyleczenie miano w 70% operacji; od tego czasu większość chirurgów wykazuje zaledwie 10% nawrotów. W statystyce COLEY'a na 937 operacji rypatur pachwinowych było tylko 10 wypadków nawrotu. Moja osobista statystyka wynosi 72 operacje bez żadnego zgonu. Co się zaś tyczy procentu trwałego wyleczenia, trudno mi na to dać odpowiedź, gdyż większa część operowanych po wyleczeniu znika i pomimo najstaranniejszych usiłowań odszukać ich nie podobna. Z niewielkiej liczby obserwowanych przez czas dłuższy (1—2 lat) po operacji, wniesć mogę, iż większa część operowanych w ostatnich latach cieszy się trwałem wyleczeniem i niepotrzebuje nosić bandaża. W roku zeszłym wykonałem 8 doszczętnych operacji i tylko w jednym wypadku miałem ropienie szwu głębokiego ¹⁾.

Na zakończenie pozwolę sobie przytoczyć obserwację, mającą bezpośredni związek z niniejszą pracą.

K. Daniel, lat 36, kolonista, wstąpił do oddziału mego w szpitalu Ewangelickim d. 25 czerwca 1903 r., z powodu nowotworu kostnego (*osteoma*) na 4-ym palcu stopy prawej, który zmusza go do leżenia w łóżku od paru miesięcy. Wzrostu średniego, budowy dość dobrej, odżywienie mierne, wyraz twarzy cierpiący. Guz kostny, wielkości jaja kurzego, wyrasta z pierwszego członka 4-go palca, skóra na nim twarda, bliznowata, z obszernem owrzodzeniem, pokrytem szarą warstwą zgorzelowej tkanki. Przytem chory pokazuje nam duże przepukliny pa-

¹⁾ Operacja była robiona w czerwcu 1903, a badany obecnie pacjent w końcu lutego wykazuje zrost dobry, chodzi bez bandaża.

chwinowe, które, jak to widać z załączonej fotografii [rys. I] opuszczają się do dolnej połowy uda i zawierają w sobie większą część jelit jamy brzusznej, dając prawdziwy obraz, zwany „*eventratio*“. O ile mogłem wyrozumieć z opowiadania tępego pod względem umysłowym pacjenta, ruptury te datują od wieku dzieciennego i niewątpliwie należą do kategorii wrodzonych. Pod uciążliwym ich wpływem, chory niemógł chodzić, ani pracować, skutkiem czego odgrywał mimowoli smutną rolę ciężaru niezamożnej rodziny, żyjącej z pracy na roli. Wszystkie inne organy miał w porządku.



Rys. 1.

Chcąc temu nieszczęśliwemu przyjść z pomocą, postanowiłem spróbować na nim leczenia doszczętnego, pierwaj jednak należało załatwić się z nowotworem kostnym i usunąć źródło zakażenia ropnego, podtrzymywanego przez owrzodzenie skóry.

Odjęcia palca wraz z guzem dokonałem 27 czerwca, a ponieważ sprawa gojenia postępowała leniwie, dopiero 4 sierpnia przystąpiłem do leczenia ruptury. Postanowiłem naprzód operować rupturę prawą, nieco mniejszą, aby zapoznawszy się z jej szczególnymi warunkami, skorzystać z nabytego doświadczenia przy operowaniu większej.

Po zachloroformowaniu chorego, ułożonego w pozycji *TRENDELENBURG*'a, dość łatwo mogłem odprowadzić zawartość przepukliny do jamy brzusznej,

a przeciąwszy skórę i luźną powięź zwierchnią, z łatwością wyszukałem worek rupturowy. Odosobnienie worka przedstawiało najtrudniejszą część operacji, gdyż worek zrośnięty był mocno z jądrem i sznurkiem nasiennym, którego części składowe: tętnice, żyły, przewód nasienny, rozproszone były, że tak powiem, na obwodzie worka, tak że każdą należało pojedynczo wzdłuż całego przebiegu oddzielać. Po dokładnem oddzieleniu otworzyłem worek, a przekonawszy się, iż niema w nim żadnej zawartości, podwiązałem go szeregiem ligatur w jednej linii, podobnie jak się to czyni z szypułami jajników i poniżej odciąłem. Teraz stawiała się kwestya szwu ogromnego otworu, którego brzegi ścięnczone i wiotka ściana mięśniowa nie nadawały się do zastosowania jakiegokolwiek typowej metody.

Uznałem iż tylko szew jednopiętrowy, zajmujący wszystkie warstwy mięśniowo-powięziowe może zapewnić utworzenie dość silnej ściany, zdolnej oprzeć się naciskowi trzew wewnętrznych. W tym celu, poczynając od góry obwodu wewnętrznego, wkuwałem igłę w rozciągnio m. ukośnego zew. na 1½ ctm. od brzegu, a naciągając szczypeczykami całą grubość mięśni ku otworowi, starałem się zająć w szew jak najwięcej tkanki mięśniowej i w podobny sposób idąc od tyłu ku przodowi, przeprowadzałem nitkę na powierzchnię brzegu zewnętrznego. Do zamknięcia otworu z pozostawieniem dostatecznej luki dla sznurka nasiennego użyłem 8 szwów jedwabnych. Następnie nałożyłem szew skóry niezupełny u dołu dla wprowadzenia paska gazy, co poczytywałem za niezbędne ze względu na możebne wybroczyny po oddzieleniu tak obszernych zrostów. Na miejsce operowane założyłem lekko uciskający opatrunek z gazy i waty.

O ile przebieg pooperacyjny w samej ranie odbywał się najpomyślniej, przez doskonały rychłozrost, o tyle w stanie ogólnym wystąpiło bardzo groźne powikłanie ze strony płuc. 4-go dnia po operacji przy silnych dreszczach i gorączce [39,2], chory zaczął się skarżyć na trudność oddechu i silne klucie w boku prawym; przy opukiwaniu stwierdziłem stępienie tonu poniżej kąta łopatki, a przy auskultacji oddech oskrzelowy na ograniczonym miejscu, na całej zaś przestrzeni płuca liczne rżenia suche. Mieliśmy więc do czynienia z zapaleniem płuca, powikłaniem ciężkim, które, jak już nadmienilem powyżej, nierzadko bywa bezpośredni następstwem operacji, wykonywanych w jamie brzusznej lub w jej ścianach.

Zapalenie płuc wystąpiło w naszym przypadku w formie licznych ognisk, zajmujących większe lub mniejsze partye płuc, a najobszerniejszem było zajęcie płata dolnego prawego płuca, z niewielkim wysiękiem w opłucnej. Zapalenie nie wystąpiło jednorazowo na całej przestrzeni, lecz w ciągu 3-ch tygodni zajmowało coraz nowe partye, naprzód w połowie dolnej płuca prawego, potem w górnym płacie i prawie jednocześnie w płacie dolnym płuca lewego.

Objawem nadzwyczaj groźnym była niezwykle wysoka ciepłota, w ciągu bowiem 10 dni mieliśmy wahania od 36,6° z rana, do 40,6° wieczorem. Leczenie miejscowe polegało na okładach ciepłych, wewnętrznie zaś na podawaniu środków pobudzających: kamfory, kofeiny i pożywnej dyecie płynnej z dodatkiem wina i koniaku. W końcu 3-go tygodnia objawy zapalne poczęły ustępować i w ciągu tygodnia nastąpiła zupełna konwalescencya. Korzystając z dobrego

stanu żołądka i wyśmienitego apetytu, dołożyliśmy starań w celu należytego odżywiania pacjenta, a skoro tylko wrócił do sił dostatecznych, przystąpiłem do operacji ruptury lewej 9 września. Operację tę wykonałem w podobny sposób jak na stronie prawej, z tą atoli różnicą, że oddzielanie worka przedstawiało znacznie więcej trudności, a po otwarciu worka znalazłem dużą porcję przerosłej i zgrubiałej sieci zrosniętej z workiem. Po mozolnem odzieleniu zrostów, zmienioną część sieci po podwiązaniu kilkoma ligaturami odciąłem, a resztę wpuściłem do jamy brzusznej. Do zamknięcia worka, jak również do zeszycia ogromnego otworu rupturowego musiałem użyć nierównie więcej szwów, a przytem starannie zatamować krwawienie na całej powierzchni obszernych zrostów. Sznurek nasienny uległ jeszcze większemu rozsunięciu swych części składowych a jądro samo przedstawiało lekki stopień zaniku, widocznie wskutek długotrwałego ucisku. Ze względu na długotrwałą operację i mechaniczne podrażnienie tak obszernej rany, pozostawiłem część dolną rany skórnej niezasytą i wsunąłem wewnątrz pasek gazy na wszelki wypadek. Opatrunek obfity uciskowy, wraz z podniesieniem moszny do góry.

Czułem mocną obawę, w jaki sposób odpowie organizm ogólny na tak poważny rękoczyn i czy niebezpieczne powikłanie nie powtórzy się znowu; tymczasem stało się wprost przeciwnie, gdyż nie tylko płuca zachowały się spokojniej, ale nawet odczynu gorączkowego wcale nie było, pomimo poważnego powikłania miejscowego. Nazajutrz bowiem po operacji znalazłem worek mosznowy powiększony do wielkości głowy rocznego dziecka; skóra na nim obrzmiała i zaczerwieniona, od spodu zasiniona, cała zaś masa ciastowata w dotknięciu bez wyraźnej fluktuacyi. W pierwszej chwili sądziłem, że jelita wystąpiły z brucha do moszny i że cała praca operacyjna stracona, zbadawszy jednak uważnie, przekonałem się, iż szew kanału pachwinowego nietknięty i że przyczyną tak znacznego obrzmienia może być wysięk krwawo-surowiczy z obszernej powierzchni po oddzieleniu worka, oraz nacieczenie tkanek skutkiem zaburzenia w krwiobiegu. Ponieważ nie wyczuwałem wolnego płynu, któryby wskazywał potrzebę wypuszczenia go na zewnątrz, postanowiłem poprawić warunki krążenia krwi w guzie, oraz zapobiedz zgorzelinie skóry skutkiem ciężaru na najniższej leżącej części moszny przez podniesienie moszny do góry, a dla przyspieszenia rezorbeyi wysięku zastosowałem zimne okłady. Sposób ten okazał się skutecznym; już po kilku dniach obwód moszny zaczął się zmniejszać, a po kilku tygodniach pozostało niewielkie nacieczenie naokoło jądra. Rana operacyjna, podobnie jak na stronie prawej, zagoiła się w ciągu tygodnia przez rychłozrost, a więc pomimo tak skomplikowanych operacji, zagojenie ran nastąpiło bez kropli ropy. Skoro tylko nacieczone tkanki wróciły do stanu normalnego, przystąpiłem do ostatniego aktu operacji, mianowicie do obcięcia nadmiernie rozciągniętej skóry moszny, która pomimo usunięcia ruptur, zwieszała się w kształcie fartucha do połowy uda. Operację tę wykonałem 20 października, a po 10-u dniach, gdy wszystko się zablżyło, pozwoliłem wstawać choremu i wyjechać dla zdjęcia fotografii [rys. 2]¹⁾.

¹⁾ Obrzmienie poniżej prawej pachwiny na obrazie fotograficznym pochodzi z przerośniętych gruczołów limfatycznych w skutek długotrwałego ropienia skóry na nowotworze kostnym palca u nogi.

Zbadawszy starannie w pozycji stojącej pacyenta okolice operowane, przekonalem się, iż w miejscu obu kanałów pachwinowych znajdują się silne blizny w postaci zgrubień podłużnych, które przy kaszlu nie pozwalają na wypuklanie się zawartości brzusznych, a małe otworki, przez które przechodzą sznurki nasienne, nie uległy wcale rozszerzeniu. Pomimo to, zważywszy na poprzednie rozciągnięcie tkanek w tej okolicy i poczytując za konieczny obowiązek zabezpieczenie się od nawrotu po tak ciężkich rupturach, opatrzyłem pacyenta paskiem rupturowym z płaską poduszczką i lekką sprężyną, zalecając mu stale nosić go w ciągu dnia i utrzymywać zawsze w należyтым porządku. Nadmienić winienem, iż od chwili ukończenia kuracyi zdrowie pacyenta znakomicie się poprawiło, a odzyskana możność ruchu odbiła się szybkim wzmocnieniem sił i do-



Rys. 2.

datnim jego wyglądem. W tym stanie pacjent był demonstrowany 27 listopada w Towarzystwie Lekarskiem, a 6 grudnia w doskonałym stanie zdrowia wypisany został ze szpitala.

Szanowni Panowie! Kto, jak ja rozpoczął swoją karierę chirurgiczną w czasach przedantyseptycznych i mając w żywej pamięci uczucie trwogi, jakie ogarniało chirurga przed wykonaniem ważniejszych operacyi, porówna je z dzisiejszym spokojem i ufnością w pomyślny wynik operacyi, jakich dawniej chirurg nie śmiałby nawet przedsięwziąć, ten więcej od innych pojmuje doniosłość epokowego przewrotu, dokonanego genialnym umysłem LISTER'a, a przygotowanym mrówczą pracą poprzednich pokoleń. Jeśli błogosławione wyniki tego postępu widoczne są we wszystkich działach naszej nauki, to niewątpliwie najświetniejsze są

w chirurgii brzusznej, a nadewszystko w leczeniu przepuklin. Wymownym tego dowodem są ostatnie statystyki najpoważniejszych chirurgów; jest nim także przytoczona powyżej obserwacja, gdzie dzięki tej zbawiennej operacji biedny, nieszczęśliwy kaleka odzyskał zupełne zdrowie i zdolność zapracowania na swe utrzymanie. Tak pomyślnie wyniki są najmilszą nagrodą mozolnej pracy chirurga, one napawają go słuszną dumą i dodają bodźca do nowych, szlachetnych zapasów; pod wzniósłym ich wpływem chirurg, uzbrojony wiedzą nowoczesną i doświadczeniem w pokonywaniu chorób nie zna granic, którychby nieprzekroczył i przeszkód którychby nie przezwyciężył.

ODCINEK.

— 10301 —

Syfilis w stosunku do społeczeństwa.

Odczyt wygłoszony dnia 10 lutego 1904 r. w wydziale biologicznym Warsz. Tow. Hygien.

Przez

dra Wacława Wesolowskiego,

lekarza ambulat. chorób skórnych i wener. w szpit. Ś-go Ducha.

— 3 —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 20].

Nasuwa się tu jeszcze jedno pytanie, dlaczego zarazki, znajdując się w płynie nasiennym, a także w jajnikach, omijają komórki nasienne, o ile te są oddzielnie, a rozwijają się w nich, o ile te się połączą przez zapłodnienie? Na to pytanie doktryna bakteryologiczna podsuwa nam wyraźną odpowiedź, że dopiero w płodzie znajdują odpowiednie podłoże i potrzebne warunki rozwoju. Zdaje mi się, że bez szczególnego wysiłku pogodzić się możemy z myślą, że sprawy biologiczne, odbywające się w płodzie nowoukształtowanym, muszą wytwarzać inne chemiczno-biologiczne warunki, a widocznie dogodniejsze dla rozwoju zarazków, aniżeli te, które dają komórki nasienne oddzielne wzięte.

Bo czyż można orzec, czy się tam nie wytwarzają zmiany subtelne odczynu, lub też nowe związki organiczne, albo też inny stosunek rozczynów ciał chemicznych.

Wszystkie tego rodzaju zmiany, mogą robić z nieprzyjaznego dla drobnoustrojów podłoża, jak komórki nasienne wzięte oddzielnie — zupełnie podatne do istnienia i rozmnażania się zarazków tereny, jakie przedstawia już płód.

Możebne jeszcze i inne przypuszczenie, a mianowicie: zarazek syfilityczny [drobnoustroje syfilisu] wnikają do nitek nasiennych i jaj, ale wywołują zmiany wsteczne w tych komórkach, kończące się szybko rozpadem.

W tem rozumieniu sprawy, nitki nasienne, które uległy zetknięciu się z zarazkiem syfilitycznym, giną.

Nitki zaś spostrzegane przy badaniach nasienia syfilityków, są to te, które ocalały tylko dlatego, że uniknęły zetknięcia się z zarazkiem syfilitycznym.

Na podstawie przypuszczenia powyższego, staje się zrozumiałem, dlaczego nie widzimy żadnych zarazków w nitkach nasiennych ani jajach.

A zatem mamy trzy drogi, zapomocą których syfilis może przejść od ojca do dziecka:

- 1) przez zarażenie matki, czemu nikt nie przeczy;
- 2) przez nitki nasienne, co jest niedowiedzionem i mało prawdopodobnem;
- 3) przez wewnątrzmaciczne zarażenie płodu zapomocą płynu nasiennego ojca, co wprawdzie nie jest niemożliwem, chociaż RIEHL, uznając teoretycznie możliwość tego sposobu dziedziczenia, zaznacza, że na swym olbrzymim materiale w przeciągu 15-u lat nie widział ani jednego takiego przypadku.

Rozpatrzywszy teraz szczegółowo dziedziczność syfilityczną i warunki, wśród których ona następuje, a poprzednio jeszcze zaraźliwość syfisu, poznaliśmy w ten sposób, jak to zaznaczyłem już na wstępie, dwie zasadnicze cechy syfisu, normujące cały stosunek tego cierpienia do społeczeństwa. Znając te zasadnicze własności syfisu i kierujące nimi prawa, łatwiej nam będzie wnikać w stosunki często zawikłane tej choroby do społeczeństwa, których obraz w zarysach ogólnych poniżej nakreślić mamy zamiar.

Syfilis, jako prawdziwa plaga społeczna rodzaju ludzkiego, występuje do walki z społeczeństwem 4-ema głównymi drogami.

Pierwszym etapem tej plagi społecznej są szkody, jakie wyrządza jednostce, którą zaraża.

Syfilis jest zawsze chorobą ciężką, przewlekłą, odnawiającą się i przynębiającą chorego, nawet przy najszcześniejszym przebiegu niepewnością przyszłości i brakiem matematycznej pewności, czy się kiedykolwiek nie odnowi. Nie mamy bowiem do dnia dzisiejszego sposobu pewnego i ścisłego do określenia, czy dany osobnik ma syfilis, czy też go nie ma, lecz tylko mamy możliwość odpowiedzenia na pytanie, czy ma objawy syfisu lub też ich nie ma, co, na nieszczęście, nie jest równoznacznem. Dawny syfityk może nie mieć dzisiaj objawów żadnych i nie można nigdy na pewno mu zaręczyć, że ich mieć nie będzie po pewnym czasie.

Pracownia kliniczna, świadoma ciężącego na niej obowiązku odpowiedzenia na to pytanie, podjęła cały szereg prac w tym kierunku, lecz badając krew i płyn wewnątrz-mózgowy syfilityków, dotychczas nie dostarczyła na wyżej wspomniane pytanie ścisłej i dla celów praktycznych dającej się zużytkować odpowiedzi. W praktyce tedy zmuszeni jesteśmy korzystać dotychczas tylko z wyników długoletnich spostrzeżeń klinicznych, ujętych w pewne prawidła, które opierając się na uogólnieniach, poczerpniętych z olbrzymiego materiału, rzeczywiście wystarczają dla celów praktycznych w ogromnej większości przypadków, lecz nie we wszystkich. Niestety, trudno chyba o boleśniejszą dla ludzkości ilustrację sławnego orzeczenia KANT'a: *Sie (Erfahrung) sagt uns zwar was da sei, aber nicht das es nothwendiger weise so und nicht anders sein müsse. Eben darum giebt sie uns auch keine wahre Allgemeinheit und die Vernunft wird durch sie mehr gereizt als befriedigt*, jaką dostarczają nam te niezbyt rzadkie, choć niby wyjątkowe przypadki, w których pomimo naszych przewidywań powroty choroby następują.

Okresy: pierwotny i wtórny należą ze względu na jednostkę cierpiącą do złejszych, ponieważ nie przedstawiają niebezpieczeństwa dla życia, ani też dla całości narządów. Chociaż i tu są wyjątki. Wspomnimy tylko dla przykładu: cierpienia oczne i uszne, nerkowe, ciężką postać żółtaczki i wogóle postaci złośliwe i przedwczesne.

Lecz bez porównania straszniejszymi dla jednostki są objawy syfisu tak zwane trzeciorzędne.

Objawy tego okresu nawet w najsłabszych swoich postaciach nie przechodzą bez śladu.

Cieęższe postaci co najmniej podrywają sprawność narządów cierpiących, a czasami godzą i na życie jednostki.

Okres trzeciorzędny stanowi prawie jedyną uzasadnioną przyczynę postrachu, jaki budzi syfilis w jednostce.

Z tego względu bardzo ważną jest odpowiedź na pytanie, jak często bywa syfilis trzeciorzędny i jak często się zdarzają objawy najgroźniejsze i najbardziej niebezpieczne. Na miejscu będzie tu zaznaczyć, że statystyka syfilisu jest niezmiernie trudną do zbierania. Nikt ze względu na smutną sławę, jakiej zażywa syfilis, nie przyznaje się do niego dobrowolnie i wskutek tego widzimy tylko tych, którzy z powodu mniej lub więcej ciężkiego stanu zmuszeni są do nas się zwracać. Tych zaś, którzy uniknęli objawów trzeciorzędnych, wcale nie widzimy.

Statystyki [MAURIAĆ, FOURNIER] jednak podają $\pm 15\%$ syfilytyków wśród ludności, a liczbę syfilytyków, którzy dochodzą do okresu trzeciorzędnego, podają rozmaite statystyki rozmaicie, w każdym razie nie mniej nad 5% , a nie więcej nad 20% ogólnej liczby syfilytyków.

Wśród przypadków nieleczonych według SIGMUND'a dochodzi do okresu trzeciorzędnego $30-40\%$.

Liczba kobiet syfilytycznych podług statystyk M. HASLUND'a i M. FOURNIER'a jest 10 razy mniejszą od liczby mężczyzn syfilytycznych. Terminy występowania objawów trzeciorzędnych są bardzo rozmaite. W syfilisie dziedzicznym występują w pierwszym roku, a nawet w pierwszych miesiącach. Są i przeciwne krańcowości, kiedy te objawy występują po 40-u, a nawet 60-u latach po wrzodzie pierwotnym.

Termin przeciętny wypada między 3 a 6 rokiem trwania choroby.

Bardzo późne terminy występowania objawów trzeciorzędnych zdarzają w $92-95\%$ wśród przypadków z początku bardzo lekko i niewinnie przebiegających i wskutek tego leczonych mało lub wcale.

Co się tyczy przyczyn, które sprzyjają rozwojowi objawów trzeciorzędnych, to chociaż wymieniają ich wiele, niema między nimi ani jednej, która byłaby w stanie sama przez się je wywołać.

Pomiędzy przypuszczeniami w pierwszej linii stawiają warunki niehygieniczne życia, wyczerpujące siły organizmu, następnie choroby przebyte lub współczesne [malaria, gruźlica, rak, cukrzyca, białkomocz], wiek podeszły lub dziecięcy, a także leczenie niedostateczne lub żadne.

Co się tyczy wpływu leczenia swoistego na uprzedzenie zjawienia się objawów trzeciorzędnych, to na korzyść tego mówi statystyka wyżej zaznaczona, z której widać, że wśród przypadków syfilisu leczonego, jest daleko mniej takich, które dochodzą do objawów trzeciorzędnych, aniżeli wśród tych przypadków, które nie były leczone wcale lub niedostatecznie.

Patrząc nawet na sprawę sceptycznie i nie pozwalając się unosić entuzjazmowi, który twierdzi, że leczenie daje zabezpieczenie bezwzględne od objawów trzeciorzędnych, przyznać musimy, że w przypadkach dobrze i systematycznie leczonych, objawy trzeciorzędne występują rzadziej i przebiegają łagodniej. MAURIAĆ zauważył w ostatnich 10—15 latach wyraźne zmniejszenie się przypadków syfilisu trzeciorzędnego i przypisuje to pocieszające spostrzeżenie głównie staranniejszemu obecnie, niż dawniej przeprowadzanemu leczeniu, a w pewnej części tylko ogólnym zabiegom higienicznym, wprowadzonym w ostatnich kilkudziesięciu latach.

Rozpatrzywszy sprawę częstości występowania syfilisu trzeciorzędnego, zajmujemy się teraz odpowiedzią na drugie pytanie, niezmiernie ważne dla cierpiącej na syfilis jednostki, a mianowicie: jakie objawy trzeciorzędne są najczęstsze i jakie są najgroźniejsze dla zdrowia i życia?

Odpowiedź na to pytanie zaczerpnijemy ze statystyki FOURNIER'a, obejmującej 5749 przypadków.

Z niej wynika, że największa liczba objawów trzeciorzędnych przypada na przypadki skórne—1451.

Po skórze najpierwsze miejsce zajmuje mózg—758. Jeżeli połączymy w jedną grupę wszystkie przypadki nerwowe, jak oto:

syfilis mózgu	758
przypadki mózgodzeniowe	29
monoplegie	6
syfilis rdzenia	135
tabes	631
tabes mózgodzeniowy	45
zapalenie nerwów i zaniki mięśniowe	24
paraliż postępowy	83
paraliże oczne	110
paraliż połowiczny twarzy	23
cierpienia nerwowe rozmaite	13

to razem otrzymamy 1857

a zatem więcej aniżeli przypadków skórnych [1451].

Jak widzimy z tej statystyki, wynika, że układ nerwowy stanowi główną ofiarę okresu trzeciorzednego syfilisu. RAYMOND również zaznacza, że syfilis jest najwzkiejszą przyczyną chorób układu nerwowego. FOURNIER zaś powiada, że zarazek syfilisu, bez względu na to, co stanowi jego istotę, w każdym razie jest głównie i przede wszystkim trucizną układu nerwowego.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



30. Brindel. Powikłania ropni migdałków podniebiennych.

W ostatnich czasach, jako prawidło ogólne, przyjęto zasadę niezwłocznej interwencji chirurgicznej w razie zebrania się ropy w jakimkolwiek miejscu w organizmie. Zasada ta, naturalnie, powinna być zastosowana i do ropni okołomigdałkowych lub też ropni samego migdałka. Pewna jednak część specjalistów sprzeciwia się interwencji czynnej w przypadkach ropni migdałka, wychodząc z tej zasady, że ropnie te samoistnie się opróżniają bez szkodliwych następstw i prędko sprawa wraca *ad integrum*; niepotrzebnie więc powiększać cierpienia chorego przez dotykanie nożem lub kauterem zapalnej i bolesnej powierzchni ropnia.

Zasada ta jednak z samego założenia jest fałszywa, gdyż ropnie migdałka i okołomigdałkowe nie przebiegają bynajmniej tak łagodnie, jak przypuszczają przeciwnicy nacięcia. Ropnie te połączone bywają z powikłaniami często bardzo poważnymi, nieraz śmiertelnymi, a prawie zawsze możliwymi do uniknięcia.

Autor na zasadzie 46-u obserwacji, zebranych w literaturze, dzieli powikłania ropni migdałka na 4 kategorie:

1) zakażenie ogólne, 2) zakażenie miejscowe, 3) zaburzenia mechaniczne, wywołane przez nadmierną wielkość ropnia lub też przez obrzęk sąsiednich tkanek i 4) rozszerzenie się sprawy ropnej na sąsiednie narządy — przeważnie na naczynia krwionośne.

I. Niewiele chyba chorób tak szybko zbija z nóg chorego, jak ropień okołomigdałkowy. Wystarczy spojrzeć na takiego chorego, na jego blade ziemiasty kolor twarzy, na jego szybkie wychudzenie po 3—4 dniach, kompletną apatię, aby zrozumieć, że mamy tu do czynienia z ciężkim zakażeniem, któremu ulega cały organizm. Bardzo często widzimy u chorych takich żółtaczkę, szczególnie w tych razach, gdzie ropień sam się otwiera wazkim bardzo otworem i ropa spływa do dróg pokarmowych.

Bywały przypadki, gdzie w kilka dni po pęknięciu ropnia zjawily się objawy pseudo-reumatyzmu infekcyjnego: po 24-o godzinnej uldze po opróżnieniu się ropnia, ciepłota podniosła się do 40°, bóle w stawach, stan ogólny zły, na skórze wysypka, i chory w 14 dni zmarł przy objawach ogólnego zakażenia. Ogłoszone były 2 przypadki wrzodziejącego zapalenia wsierdza (*endocarditis ulcerosa*), jako powikłanie ropni migdałkowych.

SCHMIEGELOW opisał przypadek *septicopyaemiae* po ropniu migdałka.

W kilku przypadkach chorzy z ropniem migdałka umierali przy objawach zapaści, która była skutkiem ogólnej infekcji.

Ogłoszony był również przypadek drgawek ogólnych, także jako objaw infekcji ogólnej.

II. Powikłania, związane z zakażeniem miejscowem, są naturalnie mniej groźne.

HUBBAND ogłosił przypadek, gdzie u mężczyzny 32-letniego w kilka dni po ropniu okołomigdałkowym pojawił się dyfteryt; objawy zwężenia krtani zmusily do wykonania tracheotomii; chory jednak zmarł w 18 godzin po operacji przy objawach obrzęku płuc.

Bywały przypadki jednostronnego paraliżu podniebienia miękkiego, raz nawet w połączeniu z porażeniem mięśni szyi i karku; paraliż nagłośni w przypadku obserwowanym przez MONRE'a wywołał objawy sufokacyjne. Wogóle objawy porażeniowe zdają się być dosyć częstem powikłaniem ropni migdałków.

W przypadkach ropienia w samych migdałkach tworzą się często przetoki, sprawa przybiera charakter chroniczny — szczególnie daje się to zauważyć w razie samoistnego pęknięcia ropnia bez interwencji czynnej. W przetokach takich z biegiem czasu tworzą się złogi wapienne—kamienie migdałków.

III. Powikłania ropni migdałków, zależne od wywołanej przez nie przeszkody mechanicznej.

Jak ropnie okołomigdałkowe, tak i ropnie samego migdałka wywołują znaczny obrzęk i nacieczenie łuków, migdałka, podniebienia miękkiego i języzka, co naturalnie zwęża znacznie *isthmus faucium*, i może wywołać groźne objawy sufokacyjne; naturalnie, o wiele większa jest obawa z tej strony, jeśli wyczekać i pozwolić rozszerzyć się obrzękowi na podstawę języka, na więzy nagłośnio-nalewkowe. Powiększa niebezpieczeństwo zaduszenia się chorego występujący w tych przypadkach szczękoscisk.

W 3-ch przypadkach, opisanych w literaturze, nastąpiła śmierć przez zaduszenie się.

W jednym przypadku śmierć nastąpiła w chwili odtworzenia się ropnia przez wylanie się ropy do dróg oddechowych.

Spostrzegany był przypadek, gdzie śmierć nastąpiła przez rozszerzenie się ropienia na *mediastinum*.

IV. Najczęstsze są powikłania ropni migdałków przez rozszerzenie się ropienia *per continuitatem*, a przede wszystkim na naczynia krwionośne. To ostatnie zależne jest od położenia migdałków podniebiennych w sąsiedztwie wielkich pni naczyniowych szyi. Mięśnie i tkanka ścięgnista gardzieli (*aponeurosis pharyngis*) nie stanowią zbyt silnej baryery dla bakterii ropnych, tym ostatnim ułatwia wędrówkę w głąb ogromna liczba naczyń limfatycznych migdałków.

Na 26 przypadków powikłań ze strony naczyń w przebiegu ropni migdałków, zebranych w literaturze przez autora, w 16-u przypadkach nastąpiło prze-

dziurawienie *art. carotidis*, w jednym utworzył się aneuryzmat, a w 5-u *phlebitis* żył szyjowych.

Krwotoki z powodu odtworzenia się *art. carotidis* zjawić się mogą albo w chwili samoistnego pęknięcia ropnia, albo też w kilka dni później.

W pierwszym przypadku krwawienie jest zwykle piorunujące: zjawia się ono na 7-y lub 9-y dzień choroby. Takie przypadki opisane były przez IMMERMANN'a, CAYTAN'a, MULLER'a, MORY. Autor przytacza przypadek śmiertelnego krwotoku z powodu przedziurawienia *art. carotidis* w chwili pęknięcia ropnia [przypadek obserwowany przez VERGELY'ego]. W innych przypadkach ropień otwiera się małym bardzo okienkiem, ropa opróżnia się powoli i niedostatecznie, i sprawa rozpadowa rozszerza się w głąb tkanek. W przypadkach tych przedziurawienie *art. carotidis* następuje dopiero drugiego, trzeciego, a nawet czwartego dnia po pęknięciu ropnia i sprowadzić może śmierć natychmiastową z powodu gwałtownego krwotoku. W rzadkich bardzo przypadkach krwotok sam się zatrzymał; w niektórych udało się uratować chorych przez podwiązanie *art. carotidis*.

Co się tyczy wytwarzania się aneuryzmatu *art. carotid. internae*, jako powikłania ropni okołomigdałkowych, to w literaturze opisany jest tylko jeden przypadek przez WULFF'a. Aneuryzmat wytworzyć się może wskutek powierzchownego nadżarcia jednej ze ścian arteryi, która w tem miejscu łatwo poddać się może ciśnieniu krwi od wewnątrz i stąd dać początek rozszerzeniu.

Autor zebrał w literaturze 5 przypadków *phlebitidis* żył szyjowych, jako powikłanie ropni okołomigdałkowych: wszystkie skończyły się śmiercią. Należy uważać za złe pod względem rokowania te ropnie okołomigdałkowe, które mają tendencję rozszerzania się na zewnątrz, ze względu na sąsiedztwo wielkich pni naczyńowych.

Jak widzimy, ropnie migdałków podniebiennych i okołomigdałkowe połączone być mogą z bardzo ciężkimi powikłaniami. Z zebranej kazuistyki wynika niezawodny fakt, że powikłania te w znacznej większości przypadków zdarzały się w tych razach, gdy ropień pozostawiony był sam sobie, otwierał się sam, bez interwencji chirurgicznej. Naturalnie, jeżeli ropień toruje sobie w przeciągu 7-u, 8-u, a nawet 15-u dni drogę poprzez tkanki ku powierzchni lub też otwiera się bardzo wązkim otworem, dla organizmu przedstawia to wielkie niebezpieczeństwo z powodu retencji ropy wokoło wielkich pni naczyńowych.

Wobec tego, chyba niema potrzeby, zdaniem autora, powtarzać, jak ważnem jest możliwe prędkie przecięcie ropnia, nawet wtedy gdy otrzymać można zaledwie parę kropel ropy. Autor sprzeciwia się wyczekiwaniu z przecięciem, aż przeświecać będzie ropa poprzez tkanki i radzi 2-go lub 3-go dnia przeciąć, gdyż w większości przypadków już wtedy znajdziemy ropę, a jeśli nawet nie znajdziemy i chory nie uczuje ulgi natychmiastowej, jak to bywa przy przecięciu zupełnie zebranego ropnia, to w każdym razie sprawa krócej trwać będzie.

Wczesne przecięcie ropnia uważa autor jako najlepszy środek zabezpieczający przeciwko powikłaniom ropni okołomigdałkowych i migdałkowych.

Wobec tego, że w pierwszych dniach ognisko ropne jest bardzo głęboko położone [na 2—3 cm. w głąb], uważa autor za niebezpieczne użycie noża, tembardziej, że naczynia są nadmiernie rozszerzone wskutek sprawy zapalnej, i stąd obawa krwotoku podczas przecięcia wrzodu.

Następnie, otwory, zrobione nożem, mają skłonność do zamykania się szybko, i stąd retencja ropy ze wszystkimi szkodliwymi następstwami.

Za najlepszy sposób uważa autor otwieranie ropnia zapomocą termo—lub jeszcze lepiej galvano-kauteru.

Sposób ten nie jest bolesniejszy, niż przecinanie nożem, a o tyle lepszy, że jednocześnie wywołuje hemostazę, i otwór zamknąć się tak prędko nie może. (*Revue hebdomadaire de Laryngologie. 1903 r., Nr 35.*)

(*Przypisek sprawozdawcy.*)

Ze zdaniem autora, że należy już 2-go lub 3-go dnia przeciąć ropień okołomigdałkowy, i że zawsze już wtedy otrzymamy trochę ropy, zgodzić się nie mogę. Będąc również zwolennikiem interwencji czynnej przy ropniach okołomigdałkowych bez wyczekiwania na pęknięcie samoistne ropnia, uważam jednak za nieprowadzące do celu przecinanie wtedy, gdy nie jesteśmy w stanie wyczuć palcem chelbotania, a 2-go—3-go dnia niema jeszcze ograniczonego ogniska ropnego, chyba tylko w bardzo rzadkich i nielicznych przypadkach. Chory zaś doznaje ulgi tylko wtedy, gdy natrafiamy przy incyzji na ognisko ropne; o ile zaś przecinamy za wcześnie, po chwilowej, bardzo krótkotrwałej uldze następuje zwykle pogorszenie, gdyż chory ma teraz podwójny ból: z powodu ropnia i nacięcia, a następnie powiększa się obrzęk. Miałem możność stwierdzić to na bardzo licznym materiale klinicznym. Wogóle należy dokładnie palcem zbadać, gdzie jest chelbotanie i wtedy wystarczy nakłucie nożem, a ropień bez bólu wielkiego da się opróżnić. Aby zapobiedz zasklepieniu się otworu, rozszerzam po incyzji otwór sondą żłobkowaną. Przy takiej metodzie niema potrzeby uciekania się do galvano-kauteru.

Maurycy Hertz.

31. P. Malapert i R. Morichau-Beauchant. O naczyniakach sutki.

Omawiając w ogólności naczyniaki sutki, autorowie ci dzielą je na skórne, podskórne i gruczołowe. Pierwsze są to zwykle znamiona rodzime (*naevus*), drugie zaś—to guzy małe, pokryte skórą normalną i ruchomą, oddalone nieco od gruczołu lub też uciskające go aż do zupełnego zaniku. Do trzeciej kategorii zaliczają najciekawsze naczyniaki samego gruczołu. Zdaniem KLEBS'a, stanowią one ciąg dalszy skórnych i podskórnych, zdaniem innych [BRYANT, COLZI, ALTHORP] pierwotnie w gruczole rozwijać się mogą. Istnieją one zazwyczaj od urodzenia, lub też zjawiają się w pierwszych miesiącach życia, powiększając się z wiekiem chorego. W pierwszym okresie ich rozwoju zauważyć się dają następujące objawy: tętnienie guza, zmniejszanie się jego przy ucisku, natomiast powiększenie się pod wpływem krzyku i wysiłków dziecka; sutka jest równomiernie powiększona i niebolesna, skóra na niej prawidłowa i ruchoma, a żyły jej są rozszerzone. Inne już będą objawy, gdy guz jest powikłany torbielami; naczyniak taki o powierzchni gładkiej lub nierównej, ruchomy w tkankach głębokich, nie powiększa się pod wpływem krzyku, nie pulsuje, lecz daje wyraźne chelbotanie. Najczęściej bywa on jednostronny, ogólny kształt piersi zachowany; torbiele guza zawierają płyn surowiczy lub krwawy.

Przytaczając w skróceniu 13 zebranych z całej literatury spostrzeżeń naczyniaka tego gruczołu, opisują autorowie szczegółowo swój przypadek, który jako naczyniak torbielowaty zaliczają do wielce rzadkich. Opis ten dotyczy 12-letniej dziewczeczki, u której już w 15 dni po urodzeniu zauważono „guz“ w okolicy prawej sutki. Guz ten dopiero po 5-u latach zaczął się powiększać, nie czyniąc chorej wybitnych dolegliwości. Przy badaniu przed operacją stwierdzono przytoczone wyżej objawy guza torbielowatego. Podczas operacji [cięcie prostopadłe 8 cm. długości] można było, z początku z trudnością wprowadzić, odłuszczać guz ten od sąsiednich tkanek, lecz głębiej trzeba było chorobowo zmienione tkanki oddzielać od włókien mięśnia piersiowego wielkiego.

W guzie tym oprócz jednej torebki, wielkości małej mandarynki i dwóch mniejszych, zawierających ciemną surowicę krwi, zauważono na przekroju — wśród tkanki włóknisto-tłuszczowej — jamki, wielkości od łebka szpilki do małego orzeszka, zawierające kulki skrzepłej krwi lub krew płynną czerwoną.

O pochodzeniu będącego w mowie guza dobitniej świadczyć mogły badania mikroskopowe. Już na przekroju ścianki torbieli można było zauważyć zbite ogniska komórek zaokrąglonych, będące w ścisłym związku z naczyniami w pierwszych okresach ich rozwoju; komórkom takim z dużymi jądrami, podobnym do limfoidalnych, CZERWIŃSKI w naczyniaku wątroby, a PILLET w naczyniaku podskórnym przypisywali doniosłe znaczenie przy tworzeniu się tych nowotworów.

(*Revue de Chirurgie* Nr. 2—1904).

F. Sobociński.

32. Bettencourt, Kopke, Rezende, Mendes. O etylogii śpiączki.

Różne podawano przyczyny tej sprawy chorobowej: spożywanie zepsutych pokarmów, lub niedostateczną ilość pokarmów [CLAR i CARRE], nadmierną pracę, nostalgię, przekrwienie opon mózgowych, [GUERIN], nadmierne spożywanie orzecha kola, haszyszu, brak miesiączki, nadużycia płciowe, udar słoneczny i wreszcie nadużycia napojów wysokokowych.

Według autorów referowanego artykułu, napoje wysokokowe nie wywołują omawianej sprawy, za czem przemawia to, że dzieci lub ludzie, należący do pewnych sekt, którzy wcale wysoko nie używają, podlegają jednakże tej chorobie. Odrzucają oni również wszystkie inne wyżej przytoczone czynniki, jako przyczynę śpiączki; pewne zaś czynniki, jak spożywanie konopi indyjskich i korzenia manioku [PERCIRA DO NASCIMENTO i ZIEMANN] są według nich przyczynami usposabiającymi, *resp.* zmniejszającymi odporność ustroju. Jako dowód, że korzeń manioku nie wywołuje śpiączki, przytaczają oni znany fakt, iż ludzie na wyspie Principe wcale nie spożywają manioku, podlegają jednakże śpiączce, gdy na Cap Verde maniok w częstem jest użyciu, a choroby tej tam się nie spostrzega; również przytaczają oni, że pewien murzyn zapadł na śpiączkę po 6 $\frac{1}{2}$ -letnim pobycie w Lisbonie, dokąd przyjechał z Afryki w 5-ym roku życia.

Przyczynę śpiączki, według autorów ref. art., jest zakażenie przez poniżej opisane drobnoustroje. Za infekcją, a nie za zatruciem przemawia już to, że w chorobie tej spostrzegamy okres utajenia (*stadium incubationis*), kiedy żadnego jeszcze niema zaburzenia ze strony układu nerwowego, natomiast zmiany wczesne występują pierwotnie w układzie chłonnym. Okres utajenia trwa zazwyczaj bardzo długo, skutkiem czego w dzieciństwie choroby tej w pełnym rozwoju wcale się nie spostrzega.

Co do drobnoustrojów, to różni badacze podają różne ich odmiany. Wymienimy tutaj tylko ważniejsze z nich. BRODEN wykrył w płynie mózgo-rdzeniowym chorych na śpiączkę lasecznik 1—4 μ dł., 0,5 μ —1 μ szeroki, o końcach zaokrąglonych, bez otoczki i z szybko tworzącymi się zarodnikami. Lasecznik ten jakoby był chorobotwórczym i dla zwierząt [nietoperzy, małp, psów i kóz]. Spotyka go się w naturze prawie wszędzie, na odżywkach rośnie przy każdej ciepłocie.

Prof. MANSON znalazł *filaria perstans* we krwi chorych na śpiączkę, dodaje wszakże, że do wywołania letargu potrzebny jest jeszcze inny czynnik. MANCHAUX wreszcie przypisuje rozwój tej sprawy pneumokokom FRAENKEL'a, które wykrył w oponach mózgowych i we worku sercowym u zmarłych skutkiem tego cierpienia. Zdaniem autorów, wszystkie te drobnoustroje nie są istotną przyczyną śpiączki. Według nich chorobę tę wywołują pewne dwoinki (*diplococcus*), które autorowie nazwali *h y p n o k o k a m i*. Drobnoustrój ten wykryty został w różnych narządach, przeważnie zaś w układzie nerwowym i tu najczęściej w płynie mózgodzeniowym chorych na śpiączkę. Na 56 sekcyi ludzi zmarłych na śpiączkę w 2 razach wykryte zostały *hypnoki* w wysięku mózgo-rdzeniowym, przytem stwierdzono je drogą hodowli na podłożach z *ascites* + *agar* i z buljonu MARTIN'a [bulion + płyn *ascites*] 36 razy.

Oprócz trupów badano płyn mózgo-rdzeniowy *intra vitam* u 21 chorych. Wyniki były następujące:

Drogą hodowli wykryto te drobnoustroje 10 razy	
bakteryoskopijne	2 „
nie wykryto nie	9 „

Wogóle liczba przekłuć z wynikiem dodatnim wykazała 52%. Poza tem wykryto drobnoustroje te w drogach chłonnych i naczyniach krwionośnych, a w tych ostatnich nie raz tak obficie, że zatykały światło naczyń. W samej zaś substancji mózgowej zwykle bywało ich niewiele. Co do własności tych drobnoustrojów, to ziarniaki te składają się najczęściej z 2—8 par, należą zatem do grupy paciorkowców i są bardzo zbliżone do pneumokoków FRAENKEL'a, różnią się zaś od nich tylko mniej wyraźną otoczką i więcej zaokrąglonymi ziarniakami. Drobnoustroje te są nieruchome. Hodują się w ciepłocie niższej niż 24° na żelatynie i nie zmieniają podłoża HISS'a [sterylizowana krew wołowa, odpowiednia ilość wody + inulin], w którym hypnokoki w przeciwieństwie do pneumokoka dobrze się rozwijają. W hodowlach grupują się po 10—15 par. Barwią się wszystkimi anilinowymi barwnikami, błękitem metylenowym LÖFFLER'a, karbolową tioniną NICOLLE'go i sposobem GRAM'a. Drobnoustrój ten jest chorobotwórczym dla królików, małych i białych myszy. Produkty ich życiowe, otrzymane w sztucznych podłożach, nie są jadowite, w ciążach zaś bakterji zawierają się jadowite substancje. Króliki, którym zastrzyknięto przeszło 10—30-dniowe hodowle drobnoustrojów, zabitych chloroformem, padły po 8—30 dniach, przy objawach silnego wyniszczenia i obniżonej ciepłocie. Pozostałe zaś przy życiu zdradzały pewne objawy chorobowe: porażenie tylnych kończyn, wypadanie sierści, formowanie się strupów. Co do wytrzymałości względem ciepłoty, to drobnoustrój ten ginie od razu przy temperaturze wrzenia; 50° C. znosi w ciągu jednej godziny. Co do aglutynacji, to surowica chorych na śpiączkę dała z hypnokokiem reakcyę dodatnią przy rozcieńczeniu surowicy w stosunku 1 : 50.

(*Centralblatt f. Bakteriologie etc. T. XXXI. zes. 1, 2, 3*).

Putermanowa.

Wiadomości bieżące.

— Dla wypracowania sposobu uwiecznienia pamięci zmarłego w końcu r. z. prof. WŁODZIMIERZA BRÓDOWSKIEGO, Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wysadziło komisję, która snąc swęj misji jeszcze nie wypełniła, bo o wyniku głuche nawet wieści nas nie dochodzą. Niezależnie od tego, powstała myśl wmurowania pamiątkowej tablicy w jednym z warszawskich kościołów z portretem lub bustem zasłużonego nieboszczyka, który to projekt podjął jeden z jego kolegów i przyjaciół.

— Prof. KORCZAK—CZĘPUROWSKI z Kijowa wykazuje w Nrze 16 z r. b. „Ruskiego Wracza“ jednostronność panującego nawet i obecnie poglądu na organizacyę pomocy lekarskiej podczas wojny, a mianowicie mylność twierdzenia, jakoby pomoc chirurgiczna była najpotrzebniejszą. Wszak statystyka pokazuje, iż podczas wojen od chorób umiera kilkakrotnie więcej żołnierzy, niż od broni nieprzyjacielskiej. Wedle obliczeń np. KOLBE'a wojny w Europie, prowadzone od 1793—1815, pozbawiły życia 5500000 osób, a wojny od 1815—1865 dodały do tej i tak już poważnej cyfry jeszcze 2762000. Z tych przeszło 8 milionów ludzi, zginęło od broni 1500000, a od chorób 6500000, ostatnich wiec 4 razy więcej niż pierwszych. Z pomiędzy tych chorób najpierwsze miejsce zajmują cierpienia, będące w związku z odżywianiem [złe produkty, niedostateczność produktów, zepsuta woda], a więc tyfusy, dyzenterya i bie-

gunki, skorbut; drugie są w związku z miejscowością, w której toczy się wojna, inne wreszcie mogą dostawać się z obozu nieprzyjacielskiego. W wojnie francusko-pruskiej [1870—1871], w której śmiertelność armii niemieckiej była względnie niewielką bo $14\frac{0}{100}$, więcej niż $\frac{3}{4}$ [$9,9\frac{0}{100}$] żołnierzy zmarło z tyfusu, a $\frac{1}{5}$ [$2,7\frac{0}{100}$] z dyzenteryi. W ostatniej rusko-tureckiej wojnie przy ogólnej śmiertelności $78,9\frac{0}{100}$ z tyfusu zmarło $38\frac{0}{100}$ [około $\frac{1}{2}$], a z dyzenteryi $7\frac{0}{100}$ [$\frac{1}{10}$]. W wielu miejscowościach, będących teatrem wojny, panują endemicznie pewne choroby, które w odpowiednich warunkach zmieniają się na epidemie. W ostatniej wojnie rusko-tureckiej $\frac{1}{8}$ część armii przechodziła malaryę, z której zmarło $3\frac{0}{100}$. W wojnie krymskiej [1854] cholera, zawleczona z Marsylii, pochłonięła też nie mało ofiar. Na ospę w wojnie francusko-pruskiej chorowało w armii niemieckiej $5\frac{0}{100}$, a zmarło $0,3\frac{0}{100}$ [1 na 3333]; w armii zaś francuskiej zmarło na ospę 23469, a z 481360 francuzów wziętych do niewoli zachorowało na ospę 8084, a zmarło 1552, t. j. chorowało $16,8\frac{0}{100}$, a zmarło $3\frac{0}{100}$ [bo nie byli rewakcywowani]. W toczącej się obecnie wojnie mogą wybuchnąć, epidemicznie: cholera, dżuma i tyfus plamisty, bo w Mandżurii i Japonii endemicznie panuje cholera i dżuma, a w Syberii i Kraju nadamurskim tyfus plamisty. W Inkou od września do połowy listopada 1903 r. było 951 przypadków dżumy, z tych 906 śmiertelnych, na Formozie od połowy czerwca do połowy lipca 1903 r., z 66 przypadków dżumy, 58 śmiertelnych, a w grudniu i styczniu r. b. 13 przypadków dżumy, z której 10 zakończyło się śmiercią. Dżuma panowała i w Jokohamie. W Japonii od lat 22 corocznie bywały epidemie cholery, która przedostawała się później do Korei i na Daleki Wchód. W Nagasaki np. od połowy października do połowy listopada 1903 r., było 156 przypadków cholery, z tych 86 śmiertelnych. Że i z armii nieprzyjacielskiej może się przedostać epidemia, dowodem jest fakt, iż podczas wojny rusko-tureckiej tyfus wyspkowy pojawił się w armii rosyjskiej dopiero po wzięciu do niewoli załogi z Plewny. Wszystko przytoczone dowodzi, iż prócz tradycyjnej pomocy chirurgicznej, również ważną, jeśli nie ważniejszą, jest i organizacja przeciw epidemiom podczas wojen.

— Czasopismo „*Münchener med. Wochenschrift*“ rozchodzi się j prawie w 10000 egzemplarzy, nie dziw więc, iż z dochodów ciągnionych z niego przeznaczono 9500 marek na cele dobroczynne lekarskie.

— Kongres międzynarodowy badaczy gruźlicy odbędzie się w Paryżu od 2—7 października 1905 r.

— Zmarł w Paryżu w 74 r. życia znakomity fizyolog MAREY, prof. w Collège de France.

O G Ł O S Z E N I A.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do wiadomości, że z legatu ś. p. dra ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO udzieloną będzie w m. czerwcu r. b. zapomoga pieniężna w kwocie rb. 169 kop. 28 dla delegata na jeden ze zjazdów psychiatrycznych, jakie w tymże roku odbyć się mogą, czy to w kraju, czy też za granicą. Delegat, w myśl woli testatora, obowiązany będzie po powrocie złożyć Towarzystwu Lekarskiemu trściwe sprawozdanie naukowe, które następnie wydrukowane będzie w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego. Prośby o powyższą zapomogę nadsyłane być mogą pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała № 7] do dnia 15 czerwca r. 1904 z oznaczeniem zjazdu, na który kandydat pragnie wyjechać, z podaniem dokładnego swego adresu i wymienieniem zajęć lub prac swoich w dziedzinie psychiatryi.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *Dr Hoyer*.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez dra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO:

- 1) Wpływy mózgu i mózdzku na odruchy.
- 2) Miazdzyca tętnicy wątrobowej i jej wpływ na powstawanie spraw chorobowych w wątrobie.

3) Zbadać powstawanie nowych przewodów żółciowych w przebiegu sztucznie wywołanej marskości wątroby [przez szczepienie gruźlicy].

4) Wpływ surowic (MARMORKA, MARAGLIANO i innych) na przebieg gruźlicy u zwierząt.

5) Sprawdzić doświadczalnie ochronne znaczenie sieci wielkiej wobec spraw zakaźnych i zgorzeliowych w jamie brzusznej.

6) Związki siarki w moczu w rozmaitych stanach patologicznych.

7) O biochemicznych własnościach paciorkowców.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1905 roku. Za najlepsze dwie prace napisane na wybrane tematy z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone są dwie nagrody, po rb. 300. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego, każda w 300 egzemplarzach, które stanowią będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ [ulica Niecała № 7], z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *Dr Hoyer*.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rb. 240, imienia TYRUSA CHAZUBIŃSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1905 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 stycznia 1901 r. do 31-go grudnia 1904 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający, żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznaczą. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1901, 1902, 1903, 1904 i w ciągu stycznia 1905 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała № 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *Dr Hoyer*.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do wiadomości, że z funduszu imienia dra med. i chirugii LEONA KONITZA przyznana zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 października 1905 roku, jako w rocznicę zgonu dra KONITZA, nagroda pieniężna w kwocie rb. 256 kop. 50, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 15 kwietnia 1902 roku do dnia 31 marca 1905 roku. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiarkowanej specjalności, jak również i podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 marca 1905 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ [ulica Niecała № 7], lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia KONITZA. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłómaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Rozprawa uwieńczona z liczby prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *Dr Hoyer*.

Wydawca, **Dr Jan Pruszyński**.

Redaktor odpowiedzialny, **Dr Wł. Gajkiewicz**.

Дозволено Цензурою, Варшава 6 Мая 1904. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8