

GAZETA LEKARSKA.

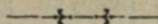
Z ODDZIAŁU D-RA MED. ANT. ELZENBERGA DLA CHORYCH SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH
W WARSZAWSKIM SZPITALU STAROZAKONNYCH.

I. PRZYCZYNEK KLINICZNY I ANATOMICZNY DO NAUKI O PÓŹNYM SYFILISIE SKÓRY.

Podał

Dr. Robert Bernhardt,

lekarz szpitala ś-go Łazarza w Warszawie.



Syfilis jest niewyczerpanem źródłem różnorodności form klinicznych. Od ogniska pierwotnego począwszy, a skończywszy na późnych objawach okresu trzeciorzędnego, spotykamy na każdym kroku postaci kliniczne, które, zda się, urągają wszelkim „typom książkowym“, ustalonym przez dążący do systematyczności i uogólnień umysł ludzki. Nieraz wobec pewnych tworów syfilitycznych trudno się zdecydować, do którego okresu zaliczyć je należy; w innym znowu przypadku objawy, zwykle zaliczane do okresu kłykcinowego, występują w okresie późnym (*roséole tardive? etc.*). Niekiedy zaś widzimy tak dziwną kombinację objawów wczesnych z późnemi, iż mimowoli rodzi się myśl, że podział syfilisu na okresy, aczkolwiek praktyczny, jest jednak dosyć sztuczny i chwiejny. Zresztą z punktu widzenia biologicznego różnorodność ta bynajmniej nie powinna dziwić. Tam bowiem, gdzie oddziałują na się dwa tak zmienne czynniki, jak dwie istoty żyjące — z jednej strony zarazek syfilityczny, z drugiej ustrój ludzki, tam reakcja, ujawniająca się w powstaniu tworów syfilitycznych, nie może być zawsze jednakowa. Zależy ona od ilości i jakości podniety chorobotwórczej i sprawności ustroju. Te zaś podlegają szerokim wahaniom, i ta właśnie okoliczność znakomicie wytłómaczyć może całą wielobarwność obrazów klinicznych.

Zupełnie to samo da się powiedzieć o przebiegu. Obfituje on w niespodzianki do tego stopnia, iż wszystko, co o tem piszą autorowie tak bardzo licznych podręczników, jest tylko słabem odbiciem tego, co widzimy w klinice.

Jeżeli zaś z kolei przejdziemy do odczynu leczniczego, to znowu spotkamy się z tem samem zjawiskiem. Zauważymy, że bardzo często każda metoda leczenia daje wyniki znakomite; niekiedy jednak wcierania np., wykonywane nawet bardzo umiejętnie i starannie, albo wcale nie działają, albo nadzwyczaj słabo, podczas gdy wstrzykiwania szybko prowadzą do pożądanego celu. Niekiedy znowu zachodzi wprost przeciwne zjawisko: wstrzykiwania pozostają prawie bez skutku, wcierania zaś działają znakomicie. W innych znowu razach wpływ rtęci, a zarówno jodu okazuje się bardzo słabym, zaś odwar ZITTMANN'a oddaje bardzo dobre usługi. W wyjątkowych przypadkach zawożą wszystkie dotychczas znane i stosowane metody: twory syfilityczne nie tylko nie ulegają wessaniu, lecz przeciwnie rozrastają się, ilość ich wciąż się powiększa i stopniowo rozwija się charłactwo. Wtedy, po wyczerpaniu wszystkich metod leczenia swoistego, pozostaje tylko jedno: zastosować leczenie wzmacniające i pozostawić chorego *vi medicatrici naturae*.

Niedawno właśnie spostrzegalem taki nader pouczający przypadek syfilisu późnego, którego obraz kliniczny, przebieg i odczyn leczniczy stanowczo uchylają się od typu przeciętnego. Jest to bardzo ważny przyczynek do nauki o późnym syfilisie, uzupełniony prócz tego badaniami drobnowidzowemi, dotyczącemi przeważnie naczyń krwionośnych.

62-letni D. G. . . .¹⁾, handlarz z Radzyna w Siedleckiem, przybył do oddziału 21/III. r. 1900 [główniej księgi Nr. 1459]. Do szukania pomocy lekarskiej zniewoliło go wystąpienie dosyć licznych guzów na kończynach górnych i dolnych.

Przed 18-oma miesiącami D. G. . . . zauważył na powierzchni podeszwowej stopy prawej guz wielkości ziarnka fasoli. Guz ten powiększał się stopniowo a po kilku miesiącach uległ powierzchownemu owrzodzeniu. Wtedy chory przyjechał do Warszawy i 28/IX. 1899 r. zapisał się do szpitala starozakonnych na oddział chirurgiczny. Przy badaniu stwierdzono, że na podeszwie stopy prawej znajduje się guz twardy wielkości rubla srebrnego z brzegami zrogowaciałemi, o powierzchni owrzodziałej. Gruczoły pachwinowe prawe powiększone i twarde. Oprócz tego stwierdzono obecność przepukliny udowej prawej i pachwinowej lewej. Rozpoznano: *epithelioma plantae pedis dext.* z przerzutami w gruczołach pachwinowych.

Wobec tego dn. 29. X 1899 r. w uspieniu chloroformowem wyłuszczone gruczoły pachwinowe prawe, zrobiono operację radykalną przepukliny udowej prawej, a guz na stopie wycięto i ranę przypalono żegadłem PACQUELIN'a. Rana w okolicy pachwinowej zagoiła się rychłozrostem, na stopie zaś goiła się *per granulationem*. 20. XII chory wypisał się ze szpitala z niezupełnie jeszcze zagojoną raną na podeszwie. W domu jednak rana ta, wedle słów chorego, zablizniła się w krótkim bardzo czasie i pacjent powrócił do swych zajęć.

¹⁾ Chorego i preparaty przedstawiłem na posiedzeniu klinicznem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. dn. 16. X 1900 r.

W lutym roku 1900 D. G. ... znowu zauważył wystąpienie kilku guzów na podszewie prawej. Guzy rosły dosyć prędko, a prócz tego powstawały świeże w okolicy kolanowej prawej, na przedramieniu lewym i prawem. Jednocześnie pojawiły się silne bóle kostne, zwłaszcza w goleni prawej. Wówczas chory powrócił do Warszawy i zapisał się na oddział chorób skórnych i wenerycznych.

D. G. ... pochodzi ze zdrowej rodziny i dotychczas nigdy nie chorował. Co się tyczy syfilisu, nie umie on dać żadnych wskazówek. Ogniska pierwotnego i wysypki nie pamięta; zmian przy odbycie nigdy nie miał, na gardło nie chorował. Przed 15-tu laty poraz pierwszy miał bardzo silne i uporczywe bóle kostne w kończynach dolnych.—Żonaty od 42 lat. Żona, 58-letnia kobieta, jest obecnie zupełnie zdrowa [widziałem ją i badałem], a w jej przeszłości nie można wykryć żadnych objawów syfilisu. Nie roniła. Dzieci mieli dwanaścioro. Z tych czworo umarło [na padaczkę, tyfus, ospę i cholere], reszta — ośmioro — żyje i są zdrowe. Widziałem dwu najstarszych synów. Są to doskonale zbudowani mężczyźni, którzy cieszą się jaknajlepszym zdrowiem.

W chwili wstąpienia do szpitala stan chorego był następujący: Mężczyzna wzrostu wysokiego, budowy ciała miernej. Mięśnie wiotkie, pokład tłuszczowy słabo rozwinięty. Szkielet budowy dobrej. Skóra i dla oka dostępne błony śluzowe są dosyć blade.

Na środku niemal powierzchni podszewowej stopy prawej [Rys. 1], bliżej brzegu zewnętrznego znajduje się ostro ograniczony guz wielkości dużego orzecha włoskiego, prawidłowego okrągłego kształtu. Guz ten zajmuje całą grubość skóry, przechodząc z jednej strony na tkankę podskórną z drugiej zaś — unosząc się ponad powierzchnią w kształcie dosyć prawidłowej półkuli, której średnica sięga 3,5 ctm., a wysokość 1,5 ctm. Barwa guza waha się między czerwoną i ciemno-czerwoną, spistość — włóknista. Powierzchnia jego w części środkowej jest miejscami dosyć głęboko owrzodziała i po kryta szarozółtym nalotem; część zaś obwodowa jest dosyć równa i pokrywa ją nieco zgrubiałe naskórek. Guz jest niebolesny. Na półtora ctm. ku tyłowi od tego guza miejscowi się drugi, posiadający takie same własności. Jest on tylko daleko mniejszy, bo wielkości wiśni i nieprzechodzi na tkankę podskórną. Powierzchnia jego jest nieco owrzodziała. Na wewnątrz od tych dwu guzów biegnie w kierunku ukośnym blizna około 5 ctm. długości, w niej zaś na połowie jej drogi siedzi półkulisty guzik wielkości ziarna fasoli, twardy barwy ciemnoczerwonej, pokryty niezmiennym naskórkiem, niebolesny. Między blizną, a brzegiem wewnętrznym stopy znajduje się czwarty guz wielkości wiśni; własności jego zupełnie odpowiadają ośmiemu przy guzie drugim. Skóra, otaczająca wszystkie te guzy, jest niezmienną, normalnej spistości i barwy.

Powyżej brzegu wewnętrznego stopy prawej widać dwa owrzodzenia dosyć prawidłowego okrągłego kształtu, jedno wielkości srebrnej 5-kopiejkowej, drugie — miedzianej 1-kopiejkowej monety. Brzegi są nieco wzniesione, czer-

wone i nacieczone, zaś dno, podobne do bardzo płytkiego lejka, jest pokryte wątlą ziarniną, wydzielająca ciecz ropiastą.

W okolicy stawu kolanowego prawego, na powierzchni przedniej i zewnętrznej miejscowi się 5 okrągłych guzików, wielkości od ziarna fasoli do owocu wiśni. Dwa mniejsze są półkuliste, trzy większe są dosyć płaskie i kształtem zbliżone do soczewki. Guziki są ściśle odgraniczone, tak że można je ze wszech stron ująć palcami, leżą zaś w skórze właściwej, nie przechodząc na tkankę podskórną i są wraz ze skórą przesuwalne we wszystkich kierunkach. Barwa ich jest blado-czerwona, spoistość znaczna; nad guzikami naskórek nieco się łuszczy.



Rys. 1.

Na powierzchni tylnej przedramienia prawego, na granicy dolnej i środkowej trzeciej części znajduje się okrągły guz, wielkości orzecha włoskiego, barwy ciemno-czerwonej, twardy, niebolesny. Guz, ten jest również ostro odgraniczony od otaczającej go skóry zdrowej i zda się nie przechodzić na tkankę podskórną. Pokrywa go naskórek ścięczały w częściach środkowych guza, a zgrubiały w obwodowych.

Na powierzchni przedniej tegoż przedramienia, w jego środkowej trzeciej części, widać grupę guziczków [około 12 — 15] wielkości od ziarnka grochu polnego do soczewicy, dosyć twardych, barwy miedzi. Punktem ich wyjścia są warstwy górne skóry właściwej. W okolicy stawu łokciowego lewego, na powierzchni tylnej znajduje się kilka takich samych guziczków.

Na brzuchu zauważyć można niekształtną bliznę liniową po przecięciu *anthracis*; około łopatki prawej — dwie blizny takiegoż pochodzenia. W okolicy prawego trójkąta SKARPY widać prawidłową bliznę liniową długości 6 ctm. [operacya przepukliny].

Z gruczołów chłonnych tylko pachwinowe są nieco powiększone.

Górna połowa kości piszczelowej prawej jest zgrubiała i dosyć bolesna przy ucisku. Inne kości bez zmian. Bóle kostne w prawej goleni.

Błony śluzowe są niezmienione, lecz blade.

Ze strony narządu oddechowego zanotować można umiarkowaną rozedmę płuc. Tony serca czyste. Umiarkowane stwardnienie naczyń. Żyły na kończynach dolnych dość znacznie rozszerzone. Wątroba i śledziona bez zmian. Mocz w ilości 1400—1500 ctm. sz., przezroczysty, barwy żółto-żółtej, kwaśny, ciężar właściwy 1,013. Białka ani cukru nie zawiera.

W układzie nerwowym zmian widocznych nie znalazłem.

Cataracta incipiens dextra.

Rozpoznano: *gummata cutanea et hyperostosis tibiae dext.*

28. III. przystąpiono do leczenia swoistego, wyciąwszy uprzednio gumat z przedramienia prawego w celu badania drobnowidzowego. Zastosowano wstrzykiwania *hydrargyri sozjodolici* 8‰ [po 0,08 na jedno wstrzyknięcie] i podawano jodek potasu w ilości 2—3 grm. na dobę; gumaty na stopie opatrywano roztworem sublimatu $\frac{1}{2}$ ‰, inne zaś plastrem rtęciowym. Ogółem zrobiono sześć wstrzykiwań [28. III — 25 IV]. Pod wpływem leczenia bardzo szybko znikły grupy guziczków na przedramieniu prawem i łokciu lewym, zablizniły się owrzodzenia gumatyczne na brzegu wewnętrznym stopy; bóle kostne ustąpiły, a zgrubienie piszczeli znacznie się zmniejszyło. Powolnemu, lecz zupełnemu wessaniu uległy też dwa mniejsze gumaty w okolicy stawu kolanowego prawego i jeden gumat na stopie, ten mianowicie, który mieścił się w bliznie.

Inne jednak gumaty nie tylko nie zdradzały żadnej skłonności do zmniejszania się, lecz przeciwnie zaczęły się zwolna rozrastać. Odrodził się też gumata wycięty z przedramienia prawego. Odradzanie rozpoczęło się w brzegach rany, stopniowo przechodząc na dno; ponieważ zaś jednocześnie odbywało się rozrządzenie wszerg, przeto w rezultacie powstał świeży gumat, daleko większy od wyciętego.

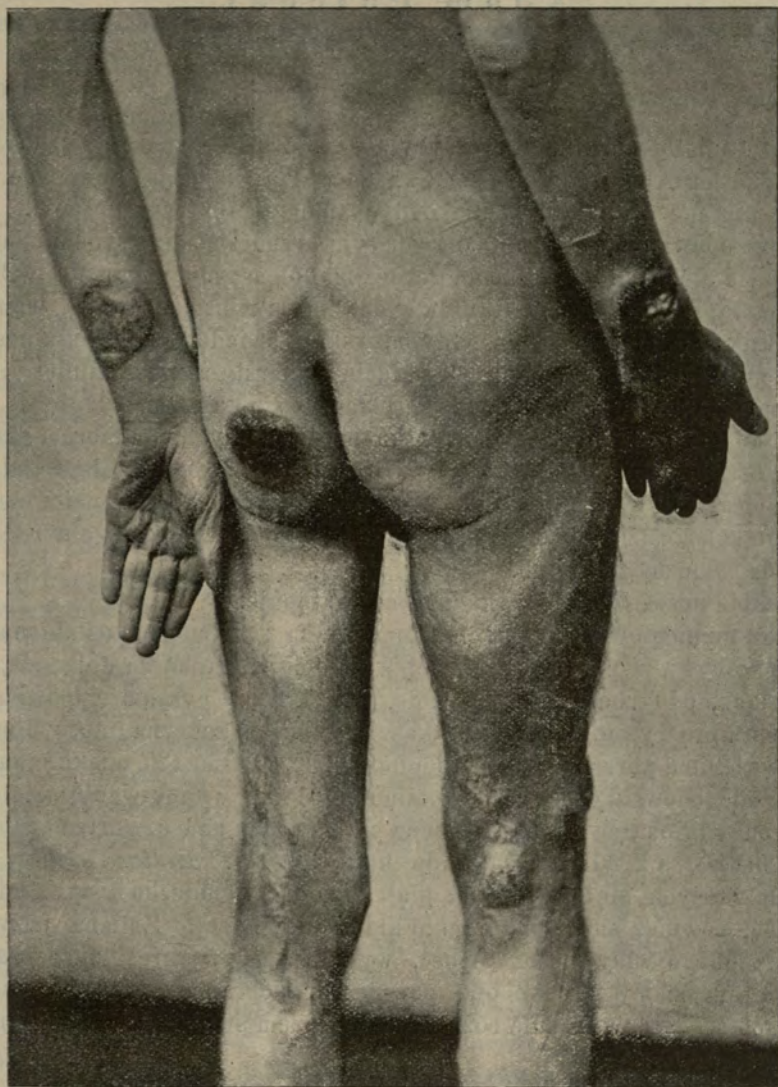
Wtedy postanowiliśmy przeprowadzić leczenie wcieraniami maści szarej, mając na uwadze tę okoliczność, że częstokroć tam, gdzie wstrzykiwania nie działają wcierania znakomicie spełniają swoje zadanie. Ze względu jednak na pewne osłabienie chorego i upadek odżywiania zrobiono przerwę w leczeniu do 17. V. i zalecono dyetę wzmacniającą. Do wewnątrz podawano *Syr. ferri jodati*, dla pobudzenia zaś wessania przypalano gumaty *liq. Bellosti* lub nalewką jodową, a następnie opatrywano roztworem sublimatu 1‰ lub plastrem merku-

ryalnym. Niezależnie od tego stosowano codzienne kąpiele miejscowe z rezorcyny 2% lub kwasu salicylowego 1%. Wcierania rozpoczęto 18. V. i zrobiono ich 12 po 3 grm. [18. V — 29. V]. Niebawem wystąpiły dosyć silne objawy merkuryalizmu, po których usunięciu niepowrócono już do wcierań, gdyż ich wpływ leczniczy był żaden: gumaty powiększały się w dalszym ciągu. Co prawda, na stopie spłaszczyły się one dosyć znacznie i owrzodziały na daleko większej przestrzeni, rozrosły się jednak o tyle, iż średnica ich była dwa razy większa, niż przed rozpoczęciem leczenia swoistego. Gumaty zaś na kolanie prawem sięgały wielkości dużego orzecha włoskiego. Te uderzające objawy pogorszenia się sprawy muszę w znacznej części przypisać wpływowi naszej terapii. Nie ulega wątpliwości, iż sama sprawa chorobowa ma tendencję do szerzenia się, zwłaszcza u osobnika zbliżającego się już do charłactwa, tembardziej, że oddawna nurtuje organizm, a nigdy leczona nie była. Leczenie swoiste zaś, wbrew naszemu oczekiwaniu, odżywiania i sił chorego nie podniosło, przeciwnie — wpłynęło do pewnego stopnia na ich upadek, czem znacznie sprzyjać musiało owej tendencji do szerzenia się sprawy chorobowej.

Wobec tego powróciliśmy znowu wyłącznie do dy ety wzmacniającej a gumaty opatrywaliśmy jak wyżej. Po niejakiem czasie, w celu pobudzenia wessania, zastosowaliśmy kąpiele siarczane, które zresztą żadnego pożytku choremu nie przyniosły.

Z dniem 15. VI. rozpoczyna się ważny zwrot w przebiegu choroby i niestety zwrot ku gorszemu. Dotychczas powiększały się tylko gumaty już istniejące, teraz poczynają się tworzyć świeże. 15. VI. powstał świeży gumat na pośladku lewym [Rys. 2], a 17. VI — w okolicy lewego stawu kolanowego na powierzchni zewnętrznej. Po dwu dniach 19. VI. zauważyłem powstanie jednego gumatu na powierzchni tylnej przedramienia lewego w dolnej jego trzeciej części i dwu gumatów na powierzchni przedniej dolnej połowy uda lewego. Powiększały się one z dnia na dzień. W tym też czasie [26. VI] dla badania drobnowidzowego wycięto *lege artis* trzy gumaty [z przedramienia lewego — jeden i z uda lewego — dwa]. Zagoiła się tylko jedna rana [na udzie], pozostawiając dosyć twardą, nacieczoną bliznę barwy sino-czerwonej; w pozostałych zaś ranach nastąpiło odrodzenie gumatów, widoczne już na 5-ty dzień po operacji. Wówczas zdecydowano się na wypróbowanie działania odwaru ZITTMANN'a. Od 5. VII. — 19. VII. podawano dziennie 150 — 250 grm. odwaru mocniejszego i takąż ilość słabszego, poczem użycia odwaru zaprzestano. Wystąpiła bowiem silna biegunka, połączona z utratą łaknienia, co pociągnęło za sobą znaczny upadek odżywiania i osłabienie; gumaty zaś poczęły się powiększać z szybkością zatrważającą, a oprócz tego w tym właśnie czasie powstało wiele świeżych. 9. VII. utworzył się jeden gumat w dolnej części jamki kolanowej prawej i jeden na powierzchni przedniej dolnej trzeciej części przedramienia lewego. Wkrótce w najbliższem sąsiedztwie ostatniego z nich powstały jeszcze dwa gumaty, które się w następstwie z nim zlały, tworząc gumat złożony. 13. VII. ujawniono obecność dwu świeżych gumatów, umiejscowio-

nych na powierzchni tylnej goleni prawej, zaś 16. VII zauważyłem jeszcze jeden gumat na kolanie prawem, tuż nad kłykiem udowym wewnętrznym. 18. VII znowu zanotowałem wystąpienie czterech gumatów: dwu na powierzchni tylnej stopy prawej i dwu, mieszczących się jeden nad drugim w okolicy



.Rys. 2.

prawego ścięgna Achillesa. Wreszcie 23. VII wytworzył się świeży gumat na goleni prawej w pobliżu główki strzałki. W tym też czasie rozwinął się umiarkowany obrzęk prawej kończyny dolnej, zwłaszcza stopy i goleni.

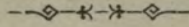
[C. d. n.]

II. THORACOTOMIA DUPLEX.

Opisał

Adam Pałęcki,

chirurg-asystent szpitala Wolskiego.



Dnia 19 listopada 1900 r. przybyła na oddział wewnętrzny szpitala Wolskiego 27-letnia Aleksandra R., żona kupca z Woli, skarżąc się na bóle i klucie w klatce piersiowej, na utrudnione oddychanie i ogólne wyczerpanie.

Chora opowiada, że zapadła na zdrowiu przed pięcioma tygodniami. Choroba zaczęła się nagle dreszczami, gorączką, bólem głowy i gardła. Czwartego dnia nastąpiło poronienie [R. była w czwartym miesiącu ciąży], poczem była przez kilka dni nieprzytomna. Gdy odzyskała świadomość, uczuła nadmierne osłabienie i zaczęła narzekać na ból i klucie w piersi, a szczególnie w bokach i pod łopatkami, na utrudniony oddech, połączone z kaszlem.

Aż do obecnej choroby pacjentka nasza cieszyła się dobrem zdrowiem. W dzieciństwie przechodziła odrę. W 15-ym roku życia dostała regularności. Przed dwoma laty wyszła za mąż. W rok po zamążpójściu urodziła syna, wykarmiła go sama; dziecko chowa się zdrowo. Dodać należy, że w rodzinie R. nie było dziedzicznych chorób.

Badanie przedmiotowe wykazuje, co następuje:

Chora niskiego wzrostu, wychudzona, blada i nadmiernie osłabiona. Najchętniej przebywa w pozycji siedzącej, z rękoma opartymi na kolanach, z głową pochyloną, oddycha powierzchownie, na zadawane pytania odpowiada głosem cichym i przerywanym wskutek kaszlu, który ją zaczyna męczyć przy mówieniu i wszelkich poruszeniach. Ciepłota 38,2°. Tętno 120, miękkie, miarowe. Częstość oddechów wynosi 40 na minutę. Przy wypukiwaniu znaleźliśmy z obu stron odgłos tępy, który zaczyna się z przodu nad czwartym żebrem *in linea mamillari*, a z tyłu dochodzi do kąta łopatki. *In linea axillari sinistra* stłumienie zaczyna się dopiero od piątego żebra. Oddechu w tych miejscach nie słyhać, również zniesione drżenie klatki piersiowej. Zmiana pozycji nie wywiera żadnego wpływu na tępość, wypukowaną w określonych granicach, co dowodzi, iż mamy zrosty obu powierzchni płucnej. Klatka piersiowa w granicach tępości wyraźnie rozszerzona, o czym świadczy wygięcie międzyżebrzy.

Przekłucie próbne w ósmym międzyżebrzu wykazuje i w lewej i w prawej jamie płucnej obecność gęstego wysięku ropnego.

Rozpoznaliśmy *pleuritis suppurativa bilateralis*.

Nazajutrz przystąpiliśmy do otwarcia prawej jamy płucnej. Wobec tego, że chora była bardzo osłabiona i działalność serca upośledzona, przed operacją wstrzyknęliśmy chorej pod skórę *coffeinum natro-benzoicum*, a następnie znieczuliliśmy miejsce operacji za pomocą płynu SCHLEICH'a.

Kolega KIJEWSKI wyciął kawałek ósmego żebra, nieco ku tyłowi od *linea axillaris dextra* i utworzył opłucną. Obfita i gęsta zawartość ropna zawierała wiele złogów włóknika, które usunąć wypadło za pomocą łyżeczki i kleszczy. Zawartość nie była cuchnąca. Nie przemywając jamy opłucnej, założyliśmy sączek gumowy i tampony z gazy jodoformowej. Chora była tak wyczerpana a zarazem wystraszona dokonaną operacją—przytem tętno wynosiło 126 na minutę—że otwarcie drugiej jamy opłucnej odłożyliśmy na pewien czas, aby dać chorej możność przyjscia do sił. Przeto nałożyliśmy coprędeż opatrunek i przenieśliśmy chorą na salę, zaleciwszy jej *coffeinum natro-benzoicum* w proszkach i dużo płynów do picia. Po upływie 8-iu dni, w ciągu których R. bezustannie gorączkowała [38°—40,3°], dokonaliśmy tym samym sposobem wycięcia dziewiątego żebra z lewej strony z następczem otwarciem jamy opłucnej. Wyłynęła znaczna ilość wysięku ropnego; również i tu trzeba było za pomocą łyżeczki usunąć skrzepy włókniste. Opatrunek zrobiliśmy tak samo, jak z prawej strony.

Po otwarciu klatki piersiowej z drugiej strony, sinica na twarzy nie wystąpiła. Oddech powierzchowny, przyspieszony, 42 na minutę.

Ciepłota w ciągu pierwszych kilku dni po operacji trzymała się w granicach 38°—40,2°. Po 8-iu dniach spadła do 36,9 i obecnie od kilku dni nie przewyższa 38°. Tętno miarowe 108—126. Oddech 36—44. Wydzielina z lewej opłucnej dość obfita, z prawej zaś bardzo skąpa. Chora czuje się coraz lepiej. Zaczyna chodzić. Apetyt ma doskonały. Sen niezły. Wypróżnienia codzienne. Słowem, polepszenie jest tak znaczne, że pani R. na święta zamierza opuścić szpital.

Aczkolwiek wycięcie żebra z następczem otwarciem jamy opłucnej, skutkiem nagromadzenia się w niej wysięku ropnego, nie należy w chirurgii do białych kruków, jednak pozwolę sobie zwrócić uwagę na nasz przypadek, zasługujący na nią w zupełności z tego względu, że o ile często mamy do czynienia z jednostronną torakotomią, o tyle bardzo rzadko jednocześnie otwieramy obie jamy opłucnej. Anatomo-patolog częściej widuje przypadki zapalenia ropnego opłucnej, gdyż w ostrym przebiegu choroby duża powierzchnia surowicza, ulegająca ropieniu, znaczne nagromadzenie się wysięku, powodujące ucisk płuca a przez to zmniejszenie powierzchni oddechowej, wszystko to, razem wzięte, tak fatalnie podziałać może na chorego, że, zanim przyjdzie do rąk chirurga, następuje śmierć. A jednak z tego, co podaje АСНМЕТЈЕВ (1) widzimy, że profesor KLEJN z Moskwy na 21011 sekcji w okresie czasu od 1870 do 1876 roku znalazł 234 przypadki samoistnego zapalenia ropnego, oraz 192 powikłania przy innych chorobach. Tym sposobem na 21011 dokonanych sekcji otrzymał 426 ropnych zapaleń opłucnej, co stanowi w przybliżeniu 2%. Prof. KLEJN dodaje, że w tych 426 przypadkach bardzo rzadko spotykał naraz dwustronne zapalenie ropne opłucnej.

Pracując, jako asystent, na klinice profesora KOSIŃSKIEGO, miałem okazję korzystania z wielkiego i różnorodnego materiału, widziałem dużo ciekawych i prawdziwie rzadkich operacji, a jednak ani razu nie udało mi się widzieć *pleuritis suppurativa bilateralis*. Zapytywałem prof. KOSIŃSKIEGO, czy

często dokonywał dwustronnej torakotomii w ciągu swej czterdziestokilkuletniej praktyki chirurgicznej; odpowiedział mi na to, że ani razu, nigdy bowiem nie zdarzyło mu się spostrzegać takiego chorego.

Dr. RYSZARD SIMON (2) podaje 146 operacji przy ropnych zapaleniach opłucnej, powstałych z najróżnorodniejszych przyczyn, a jednak w tej liczbie nie znajdujemy ani jednego dwustronnego zapalenia ropnego. O ile wiem z dostępnej mi literatury, to liczba dwustronnych torakotomii jest bardzo niewielka.

MORGAN (3), BASSI (4), SUTHERLAND (5), JASIŃSKI (6), DUNN (7), COOK (8), podają łącznie 9 przypadków [COOK 4], w których otwierano opłucną bądź jednocześnie z obu stron, bądź też w pewnych odstępach czasu, jak u naszej chorej. Operacje zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem, z wyjątkiem tego, co podał BASSI.

GUBAREW (9) zebrał 104 przypadki *pleuritis suppurativae*, a w tem tylko 2 razy zdarzyło się dwustronne zapalenie ropne. Po dokonanej operacji nastąpiła śmierć: raz na drugi dzień, drugi raz na 9-ty.

ACHMETJEW (1) przytacza spostrzeżenie, dotyczące dziesięcioletniej dziewczynki, która leżała w szpitaliku dziecięcym Św. Olgi w Moskwie; u dziewczynki tej dokonano dwustronnej torakotomii z pomyślnym wynikiem, najpierw z prawej strony, a po 2½ tygodniach z lewej. W tymże szpitaliku od 1887 r. do 1898 spostrzegano 186 przypadków ropnego zapalenia opłucnej, a w tem 13 razy było dwustronne. Wyzdrowienie tylko w jednym, powyżej przytoczonym przypadku. ERLANGER, według tegoż ACHMETJEW, w przypadku dwustronnego ropnego zapalenia opłucnej u 23-letniego mężczyzny wykonał z prawej strony torakotomię, a z lewej trzykrotnie aspirował ropną zawartość poczem chory wyzdrowiał. Nadto podano 2 przypadki z innych szpitali dziecięcych w Moskwie. W obu nastąpiła śmierć.

Wobec powyższych danych widzimy, że dwustronne zapalenie ropne opłucnej należy do bardzo ciężkich chorób, a wyniki zabiegów operacyjnych są niepewne i dają dużą odsetkę śmiertelności.

A więc nasuwa się szereg pytań, czy i kiedy należy przystępować do operacji, jak ją wykonać, czy chorego chloroformować—słowem, idzie tu o zebranie wszystkich warunków, od których zawisła pomyślność operacji.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że, skoro przekonamy się o obecności ropy w jamie opłucnej, powinniśmy natychmiast przystępować do operacji. Ropienie takie wyniszcza siły chorego, zatrzuwa jego organizm, i im prędzej uwolnimy go od ropy, tem większa dla chorego korzyść, tem większa nadzieja uratowania mu życia. Co się tyczy tego, czy jednocześnie otwierać obie jamy opłucnej, to zdaje mi się, że jeżeli mamy do czynienia z wysiękami otorbionymi, niezbyt wielkimi, jeżeli działalność serca i siły chorego są w dobrym stanie, wtedy śmiało możemy jednocześnie wykonać dwustronną operację. Niewątpliwie, ropa uciska płuco więcej, niż powietrze, które po operacji zajmuje jej miejsce.

W każdym razie liczyć się tu musimy z bardzo niebezpiecznym powikłaniem, jakie może mieć miejsce. Mam na myśli ostry obrzęk płuca. A więc,

jeśli nie mamy zrostów, prócz tego chory wyczerpany, serce pracuje słabo, wtedy lepiej przeczekać, zadawając się otworzeniem jednej jamy opłucnej. Dopiero, gdy chory nabierze sił a płuco uciśnięte dostatecznie rozszerzy się i przyzwyczai do zmienionych warunków, wtedy należy przystąpić do powtórnej operacji, aby uwolnić chorego od nagromadzonej ropy.

Co się tyczy przepłukiwania jamy po opróżnieniu z ropnej zawartości, to o ile dawniej stosowano je na szeroką skalę [używano rozczyń kwasu borowego, karbolowego, salicylowego, *kalii hypermanganici* i t. d.], przypisując mu niemal pierwszorzędne znaczenie, o tyle teraz ograniczono jego użycie, uznając nawet w wielu razach jego szkodliwość. Pomijano tu przypadki otrucia kwasem karbolowym, skutkiem nieostrożnego użycia tego środka; przemnywanie takie mechanicznie przynosi ogromną szkodę choremu, gdyż nawet przy najstarszym przepłukiwaniu, łatwo nastąpić może oderwanie zrostów, rozrwanie przekrwionych, po wypuszczeniu ropy, błon surowicznych, a tem samem wprowadzenie paciorkowców i gronkowców na świeże powierzchnie rany, co powoduje zwiększenie się ropienia.

Zdaje mi się, że jeżeli nie zupełnie usunąć, to przynajmniej ograniczyć należy przepłukiwanie do tych przypadków, w których wydzielina silnie cuchnie.

Rzeczą pierwszorzędnej wagi również jest sposób znieczulania i usypiania chorego. Najlepiej chorego nie chloroformować. Nie tylko już sam chloroform źle działa, lecz i w skutkach może pogorszyć stan chorego przez wymioty, które powodują napływ krwi do płuc i gwałtowne ruchy przepony brzusznej, mogące łatwo oderwać zrosty opłucnowe. Chory, nie chloroformowany podczas operacji, może, bez obawy o wymioty, jeść, pić, przyjmować zaleczone lekarstwa, co również ma wpływ dodatni na przebieg choroby.

Uwagi te nastęrczyła mi pilna obserwacya naszej pacjentki podczas i po operacji. Jestem głęboko przekonany, że chora zawdzięcza życie dokonanej przez nas operacji w warunkach wyżej skreślonych.

Szanownemu koledze KIJEWSKIEMU składam szczere podziękowanie za łaskawe odstąpienie mi tego, ze wszech miar ciekawego przez rzadkość swą, przypadku.

L I T E R A T U R A.



- 1) ACHMETJEW. Dietskaja Medicina. 1898. T. 4. — 2) Dr. RICHARD SIMON. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 46 Tom. — 3) 1890. MORGAN JOHN H. Double empyema; consecutive removal of rib from both sides of thorax, recovery remarks Lancet. July 19. — 4) 1891. BASSI. Un caso di pleurite acutissima bilaterale ad essudato prevalente solido Estratto della Riforma med. Nr. 137. — 5) 1894. SUTHERLAND G. A. On double empyema in children Ibid. June 9. — 6) JASIŃSKI. Thoracotomia duplex. Gazeta Lekarska. Nr. 6. 1895. — 7) 1897. DUNN. W. E. N. A case of double empyema with recovery. Barthol Hosp. Rep. XXXII. — 8) 1898. COOK. W. H. Double empyema followed by recovery. Lancet. Octobr I. — 9) P. A. GUBAREW. Kniga 4. K woprosu ob operatiwnom lečenii swieżych empiem. Lietopiś Russkoj chirurgii.

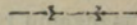
III. O WYBORZE METODY OPERACYJNEJ I WSKAZANIACH DO LĘCZENIA DOSZCZĘTNEGO PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH WOLNYCH.

[Odczyt na IX Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie].

Podat

Dr. Józef Czajkowski,

lekarz Szpitala T-wa Sosnowickiego, w Sosnowicach.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 7].

N ^o porządkowy	Wiek chorego	Charakter przepukliny	Po stronie	Data wykonania operacji	Metoda operacyjna	Zejście zabiegu operacyjnego	Wynik ostateczny
41	23 (chory N ^o 40)	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	lewej	2—IV 1898	Bassini (Championière); worek wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 2 latach
42	30	Zewnętrzna, kanałowa	prawej	26—IV 1898	Bassini; worek nie wycięty	Powierzcho- wne ropienie	Dobry; bez nawrotu po 2 latach
43	30 (chory N ^o 42)	Zewnętrzna, kanałowa	lewej	26—IV 1898	Bassini; worek nie wycięty	Powierzcho- wne ropienie	Dobry; bez nawrotu po 2 latach
44	48	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	prawej	20—V 1898	Bassini (Championière); worek wycięty	Rychłozrost	Dobry; nawrót po 2-ch miesiącach
45	48 (chory N ^o 44)	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	lewej	20—V 1898	Bassini (Championière); worek wycięty	Rychłozrost	Dobry; nawrót po 2-ch miesiącach
46	11	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	prawej	20—V 1898	Bassini; worek wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 2 latach
47	24	Zewnętrzna, mosznowa, olbrzymia; zawartość: jelito	prawej	24—V 1898	Bassini; worek wycięty	Ropienie	Dobry; bez nawrotu po roku
48	23	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	lewej	28—V 1898	Bassini (Championière); worek wycięty	Rychłozrost	?

№ porządkowy	Wiek chorego	Charakter przepukliny	Po stronie	Data wykonania operacji	Metoda operacyjna	Zejście zabiegu operacyjnego	Wynik ostateczny
49	2	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito.	prawej	28—V 1898	Bassini (Championière); worek wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 2 latach
50	1/12	Zewnętrzna, hydrocele funiculi spermatis.	prawej	4—VI 1898	Hydrocelotomia; kanał nie zaszyty	Rychłozrost	Po 1/2 roku kanał zanikł całkowicie
51	23	Zewnętrzna, duża, mosznowa; zawartość: jelito	prawej	8—VI 1898	Bassini (Championière); worek wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po roku
52	23	Zewnętrzna początkowa	prawej	22—VI 1898	Duplay; (gangrena skóry)	Śmierć	
53	50 (kobieta)	Zewnętrzna, wargowa; zawartość: jelito.	prawej	25—VI 1898	Duplay; worek wycięty	Rychłozrost	Nawrót przepukliny po 1/2 roku
54	28	Zewnętrzna, mosznowa, duża; zawartość: jelito.	prawej	25—VI 1898	Duplay; worek wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po roku
55	48	Ścienna (nawrót u chorego № 45) Epiplocele	lewej	15—IX 1898	Bassini	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 1 1/2 roku
56	48	Zewnętrzna, kanałowa; (nawrót u tego samego chorego № 55)	prawej	15—IX 1898	Bassini; worek wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 1 1/2 roku
57	1/12	Wewnętrzna, tunikalis; zawartość: jelito.	lewej	24—IX 1898	Bassini	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po roku
58	23	Zewnętrzna, mosznowa, obrzymia; zawartość: jelito.	lewej	11—X 1898	Bassini; worek wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po roku
59	32	Zewnętrzna kanałowa.	prawej	30—X 1898	Bassini (Championière); worek nie wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 1 1/2 roku
60	3 1/2	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito.	prawej	21—XI 1898	Bassini; worek wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 1 1/2 roku
61	65	Zewnętrzna, mosznowa, b. duża; zawartość: kłęb sieci wielkiej	prawej	1—XII 1898	Bassini (Championière); worek wycięty; epiplocele również	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po roku

№ porządkowy	Wiek chorego	Charakter przepukliny	Po stronie	Data wykonania operacji	Metoda operacyjna	Zejście zabiegu operacyjnego	Wynik ostateczny
62	24	Wewnętrzna; tunicalis; zawartość: jelito i sieć wielka	prawej	14—XII 1898	Bassini (Championnière); worek rezekowany	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 1/2 roku
63	21	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito.	lewej	14—I 1899	Bassini; worek rezekowany	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po roku
64	20	Zewnętrzna, początkowa.	lewej	14—I 1899	Bassini; worek nie wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po roku
65	48	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito.	prawej	14—III 1899	Kocher'a z przemieszczeniem powrózka	Rychłozrost	?
66	27	Zewnętrzna, kanałowa.	prawej	14—III	Bassini; worek nie wycięty	Głębokie ropienie	Dobry; bez nawrotu po roku
67	27	Zewnętrzna, początkowa (ten sam chory co i № 66)	lewej	18—III	Bassini; worek nie wycięty	Głębokie ropienie	Dobry; bez nawrotu po roku
68	13/4	Wewnętrzna, mosznowa tunicalis; zawartość: flexura sigmoidea.	lewej	22—III	Bassini	Śmierć	
69	25	Ścienna nawrotowa (po 1/2 roku)	prawej	15—IV	Bassini	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po roku
70	28	Zewnętrzna, początkowa	prawej	4—V 1899	Kocher'a z przemieszczeniem powrózka	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po roku
71	28 (chory № 70)	Zewnętrzna, początkowa	lewej	4—V 1899	Kocher'a z przemieszczeniem powrózka	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po roku
72	25	Zewnętrzna, początkowa	prawej	16—V 1899	Bassini; worek nie wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po roku
73	3/4	Wewnętrzna, tunicalis; zawartość: jelito biodrowe i colon ascendens z coecum	prawej	27—VI 1899	Kocher'a; worek wycięty; przemieszczenie powrózka	Rychłozrost	Śmierć
74	3 1/2	Zewnętrzna, kanałowa; hydrocele funiculi spermat.	lewej	17—X 1899	Operowano hydrocele; kanał nie zaszyty	Rychłozrost	Po 1/2 roku kanał zamknięty całkowicie

№ porządkowy	Wiek chorego	Charakter przepukliny	Po stronie	Data wykonania operacji	Metoda operacyjna	Zejście zabiegu operacyjnego	Wynik ostateczny
75	19	Zewnętrzna, mosznowa	prawej	26—X 1899	Kocher'a; z wgłobieniem	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 8-iu miesiącach
76	19 (chory № 75)	Zewnętrzna, mosznowa	lewej	9—XI 1899	Kocher'a; z wgłobieniem	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 8-iu miesiącach
77	21	Zewnętrzna, mosznowa	prawej	25—XI 1899	Kocher'a; z wgłobieniem	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 1/2 roku
78	24	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito.	prawej	9—I 1900	Kocher'a; z wgłobieniem	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 1/2 roku
79	34	Zewnętrzna, kanałowa.	prawej	18—I 1900	Bassini; worek nie wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 1/2 roku
80	34 (chory № 79)	Zewnętrzna, kanałowa.	lewej	18—I 1900	Bassini; worek nie wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 1/2 roku
81	40	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito.	lewej	25—I 1900	Kocher'a; z wgłobieniem	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 1/2 roku
82	35	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	prawej	29—I 1900	Bassini; worek wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 1/2 roku
83	22	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito.	prawej	8—II 1900	Kocher'a; z wgłobieniem	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 1/2 roku
84	1 1/2	Zewnętrzna, kanałowa hydrocele funiculi	prawej	19—II 1900	Operowano hydrocele; kanał zaszyty spos. Bassini	Rychłozrost	Dobry; po 3-ch miesiącach kanał nie drożny
85	6	Zewnętrzna, mosznowa hydrocele testis et funiculi	prawej	25—II 1900	Operowano hydrocele, kanał nie zaszyty	Rychłozrost	Dobry; po 3-ch mies. kanał nie drożny
86	28	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito.	prawej	15—III 1900	Bassini; worek wycięty	Rychłozrost	Dobry
87	26	Zewnętrzna, mosznowa	prawej	26—IV 1900	Bassini (Championnière); worek wycięty	Rychłozrost	Dobry
88	26 (chory № 87)	Zewnętrzna, kanałowa	lewej	26—IV 1900	Bassini; worek nie wycięty	Rychłozrost	Dobry

№ porządkowy	Wiek chorego	Charakter przepukliny	Po stronie	Data wykonania operacji	Metoda operacyjna	Zejsście zabiegu operacyjnego	Wynik ostateczny
89	24	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	prawej	26—IV 1900	Bassini; worek wycięty	Rychłozrost	Dobry
90	1½	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	lewej	3—V 1900	Bassini; worek wycięty	Rychłozrost	Dobry
91	1½	Kanałowa; hydrocele funiculi spermatis.	prawej	3—V 1900	Operowano hydrocele; kanał nie zaszyty	Rychłozrost	Dobry
92	36	Zewnętrzna, mosznowa	lewej	3—V 1900	Bassini; worek nie wycięty	Rychłozrost	?
93	37	Zewnętrzna, mosznowa mała	prawej	3—V 1908	Bassini (Championnière)	Rychłozrost	?
94	1	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	lewej	3—V 1900	Bassini (Championnière); worek wycięty	Rychłozrost	?
95	7¾	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	prawej	10—V 1900	Bassini (Championnière); worek wycięty	Rychłozrost	?
96	24	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	lewej	17—V 1900	Bassini; worek wycięty	Rychłozrost	Dobry
97	28	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	prawej	17—V 1900	Bassini (Championnière); worek wycięty	Rychłozrost	Dobry
98	27	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	prawej	23—V 1900	Bassini; ściana przednia wytworzona z m. skośn. zewn. i poprz. worek wycięty	Rychłozrost	Dobry
99	34	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	prawej	31—V 1900	Bassini (Championnière); worek wycięty	Rychłozrost	Dobry
100	34 (chory № 99)	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	lewej	31—V 1900	Bassini; worek wycięty	Rychłozrost	Dobry
101	24	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	lewej	13—VI 1900	Bassini (Championnière); worek dwupiętrowy wycięty	Rychłozrost	Dobry

N ^o porządkowy	Wiek chorego	Charakter przepukliny	Po stronie	Data wykonania operacji	Metoda operacyjna	Zejście zabiegu operacyjnego	Wynik ostateczny
102	25	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	lewej	13—VI 1900	Bassini (Championière); worek wycięty	Rychłozrost	Dobry
103	24	Zewnętrzna, kanałowa	prawej	25—VI 1900	Kocher'a z wgłobieniem	Powierzchnowe ropienie	Dobry
104	25	Zewnętrzna, kanałowa	prawej	30—VI 1900	Kocher'a z wgłobieniem	Powierzchnowe ropienie	?
105	24	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	prawej	5—VII 1900	Bassini (Championière); worek wycięty	Rychłozrost	?
106	30	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito	prawej	12—VII 1900	Bassini (Championière); worek wycięty	Rychłozrost	?

Aczkolwiek niewielka stosunkowo liczba operowanych przypadków nie pozwala mi wyprowadzić ostatecznych wniosków, w każdym razie jednak tuszę sobie, iż nie pozostanę w sprzeczności z Sz. Panami, wypowiadając następujące tezy:

1-o Ze wszystkich metod operacyjnych, stosowanych w doszczętnym leczeniu przepuklin pachwinowych wolnych, najracjonalniejsza i najbardziej odpowiadająca wymaganiom naszym jest metoda BASSINI'ego, z modyfikacją, wprowadzoną przez LUCAS-CHAMPIONIÈRE'a, mającą na celu, przez skrzyżowanie ramion wrót zewnętrznych kanału pachwinowego, lepsze zespalenie brzegów rany, względnie wzmocnienie ściany tylnej odtworzonego kanału.

2-o Metoda BASSINIEG'O znajduje zastosowanie we wszystkich prawie przypadkach przepuklin pachwinowych wolnych (i uwięzionych) z nielicznym wyjątkiem przypadków, w których odtworzenie normalnego kanału pachwinowego nie rokuje trwałości wyniku u osób wyniszczonych przez chorobę lub u starców z wiotkimi mięśniami brzucha.

3-o Metoda KOCHER'a z przemieszczeniem powrózka nasiennego i całkowitem zaszyciem, zniesieniem kanału pachwinowego, nadaje się doskonale do tylko co wspomnianych przypadków.

4-o Metoda KOCHER'a, t. zw. „z wgłobieniem“ może znaleźć zastosowanie w tych nielicznym przypadkach, w których mamy do czynienia z przepukliną świeżą, niewielką i gdzie kanał pachwinowy nie jest zbyt szeroki a wrota małe i w których możemy być pewni, że worek przepuklinowy nie jest dwupiętrowy lub dwukomorowy.

5-o W przypadkach, gdzie przepuklina jest mała, można zawsze wykonać operację BASSINI'ego bez wycięcia worka przepuklinowego.

6-o U dzieci najlepsze w wielu razach wyniki otrzymujemy przy zastosowaniu metody CZERNY'ego.

7-o U dzieci, u których obok przepukliny pachwinowej istnieje wodniak powrózka nasiennego wraz z wodniakiem moszny lub bez tego ostatniego, należy operować wodniak, nie ruszając wcale kanału pachwinowego, lub zastosować metodę CZERNY'ego.

Tyle co do wyboru metody operacyjnej w doszczętnem leczeniu przepuklin pachwinowych wolnych; obecnie chcę jeszcze parę słów powiedzieć o wskazaniach do operacyjnego leczenia tego cierpienia.

Mojem zdaniem, jedynem i najzupełniej decydującem wskazaniem jest: istnienie przepukliny. Każda przepuklina pachwinowa wolna, z nielicznymi bardzo wyjątkami, powinna być oparowana.

Wyjątek stanowią bardzo duże, stare przepukliny, w których trzewia pozostające w worku przepuklinowym, straciły prawo osiedlenia się w jamie brzusznej, jak dowcipnie się wyraził P. BERGER ¹⁾, a następnie przepukliny początkujące u dzieci przed ukończeniem roku życia, lub przepukliny u osób starszych i charłacznych, u których nie można liczyć na trwały wynik lub dobry przebieg pooperacyjny.

Kończąc swój wykład, widzę, że pomimo woli prawie wystąpiłem z apologią metody operacyjnej Bassini'ego, której—przyznaję się otwarcie—jestem gorącym zwolennikiem; pomimo, że widzę w niej braki i pewne niedogodności, nie mogę jednak nazwać jej inaczej, jak metodą dotąd najdoskonalszą. Mówię: dotąd, gdyż nie chcę przesądzać przyszłości, a nawet wierzę, że ona przyniesie nam w darze inną metodę, lepszą jeszcze, a dającą się przystosować do wszystkich, podlegających operacji przypadków przepuklin pachwinowych; obecnie zaś jedyne moje życzenie jest to, by owa przyszła, idealna metoda została obmyślona przez polskiego chirurga ku chwale naszej nauki.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O przewlekłym, unieruchamiającem zapaleniu kręgosłupa. ²⁾

Streścił

K. Rzętkowski.

W ostatniem dziesięcioleciu zwróciła na siebie uwagę nieopisywana dotychczas postać chorobowa, której znaczenie uwydatnił należycie pierwszy BECHTEREW w roku 1892. Autor ten na zasadzie pięciu spostrzeganych

¹⁾ Traité de Chirurgie S. DUPLAY i P. RECLUS.

²⁾ Patrz: Gazeta Lekarska. 1899. Nr. 32.

przez siebie przypadków w następujący sposób szkicuje obraz choroby, którą oznacza jako „zesztywnie kręgosłupa z wygięciem“:

- 1) Nieruchomość zupełna lub częściowa całego kręgosłupa lub jego odcinka, bez bolesności jego;
- 2) Łukowate wygięcie kręgosłupa w tył, przeważnie w części górnej grzbietowej, skutkiem czego głowa podana jest naprzód i nachylona ku dołowi;
- 3) Niedowład mięśni tułowia, szyi i kończyn często w związku z niewielkim zanikiem mięśni łopatkowych;
- 4) Obudzenie wrażliwości nerwów skóry grzbietu, dolnych szyjowych i lędźwiowych;
- 5) Objawy podrażnienia ze strony nerwów czuciowych, mianowicie parastezye, umiejscowione hyperstezye, bóle w okolicach grzbietowej i szyjowej oraz promieniujące bóle w kończynach i kręgosłupie, zwłaszcza przy dłuższem siedzeniu. Często mogą występować objawy podrażnienia ze strony nerwów ruchowych w postaci drgań skurczowych, przykurczeń tej lub owej kończyny;
- 6) Brak zajęcia innych stawów.

Atoli już wcześniej, bo w r. 1884 na zasadzie dwóch, dawniej spostrzeżanych przypadków, podał STRÜMPELL w I wydaniu swego podręcznika patologii i terapii szczegółowej (II 2. 152) krótki opis zbliżonego obrazu klinicznego, który polegał na występowaniu powolnem i bolesnem całkowitego zeszywnienia kręgosłupa oraz stawów biodrowych, tak że głowa, grzbiet i biodra zrastały się w jedną nieruchomą całość. STRÜMPELL oznacza opisany przez się obraz choroby mianem oddzielnej postaci przewlekłego zapalenia stawów (*arthritis chronica*).

W r. 1894 w swoim podręczniku chorób nerwowych podaje OPPENHEIM pod nazwą *arthritis deformans* kręgosłupa obraz chorobowy, na który składają się: bolesność kręgosłupa, zwłaszcza przy ruchu, objawy podrażnienia korzonków nerwowych w postaci nerwobólów międzyżebrowych, ramieniowych i biodrowych, zanikowy niedowład mięśni kończyn, dających odczyn zwyrodnienia oraz objawy zniekształcającego zapalenia innych stawów w związku z nieznikającym pod narkozą chloroformową unieruchomieniem kręgosłupa.

Od tego czasu liczba przypadków chorobowych, mniej lub więcej zbliżonych do powyżej naszkicowanych, wzrosła w literaturze, ale jednocześnie zaczął się uwydatniać fakt, że pod nazwą „chroniczne unieruchamiające zapalenie kręgosłupa“ autorowie opisywali różniące się od siebie, częstokroć nawet znacznie, obrazy chorobowe. Z jednej więc strony widzimy typowe przypadki BECHTEREWA (1894), które całkowicie podchodzą pod podany za tym autorem na początku całokształt objawów, z drugiej zaś—równie typowy przypadek STRÜMPELL'a, który zasadniczo różni się od przypadku BECHTEREWA udziałem w cierpieniu stawów biodrowych, brakiem skrzywienia kręgosłupa, który u chorego STRÜMPELL'a był tak sztywny, „jak drąg“, oraz brakiem jakiegokolwiek bądź znacznie wyrażonych objawów podrażnienia korzonków nerwowych. Opisane przez MARIE pod nazwą *spondylose rhizomélique* przypadki podchodzą całkowicie pod typ, podany przez STRÜMPELL'a; i tu widzimy kompletne unieruchomienie kręgosłupa, zajęcie dużych stawów kończyn, brak silnie wyrażonych objawów podrażnienia korzonków nerwowych, oraz wstępujący kierunek zeszywnienia bez garbu, który jest prawidłem w przypadkach BECHTEREWA. Sam zresztą BECHTEREW opisał w r. 1899 (*Deut. Zeitschr. für Nervenheilk.* XV, I, II 1899) 2 podobne przypadki, różne od opisanych przez siebie poprzednio, podobne zaś całkowicie do opisanych przez MARIE i STRÜMPELL'a. Prócz przypadków tych trzech autorów, do tego samego typu należą przypadki, opi-

sane lub demonstrowane przez BAEUMLER'a, HEILIGENTHAL'a, MUTTERER'a, JACOBI i WIARDI, SPILLMANN'a i ETIENNE'a, VALENTINI'ego, GASNE, MERY, HOFFMANN'a, HOFF'a, KÜHN'a oraz prawdopodobnie przypadki SCHATALOFF'a i POWA. Do typu, podanego przez BECHTEREWA, prócz przypadków tegoż autora, należą przypadki: BREGMANA (demonstrowany w Warsz. Tow. Lek. d. 6 kwietnia 1894 roku), MARIE i ASTIE, FLESCH'a. Wreszcie na uboczu stoi przypadek OPPENHEIM'a—jako podchodzący pod kategorię zwykłego *arthritis deformans*, które przeszło i na stawy kręgosłupa.

Z powyższego krótkiego zarysu historycznego omawianej sprawy, widzimy, że—jak to należyce uwzględnił BREGMAN i sam BECHTEREW—cierpienie, opisywane pod nazwą „sztywność kręgosłupa“ z jednej strony i „przewlekłe unieruchamiające zapalenie kręgosłupa i stawów biodrowych“—z drugiej strony, nie jest zgoła jedną i to samą postacią chorobową, ale dwiema zupełnie różnymi, co do istoty i przebiegu, oraz, być może, etyologii cierpieniami.

Mają one jednak dużo cech wspólnych, co właśnie wprowadziło zamęt do panujących o nich w literaturze pojęć.

I.

Zaczynając od typu „unieruchamiające zapalenie kręgosłupa“ — „*ankylosierende Wirbelentzündung*“ STRÜMPELL, „*spondylose rhizomélique*“ MARIE, zwrócimy się przede wszystkim do zmian, anatomo-patologicznych, jakie stanowią podścielisko tej sprawy. Zmiany ty poznano przeważnie przy pomocy prześwietlania [DAMSCH, LEVY, MERY, VALENTINI, HOFFA] oraz z preparatu, przedstawionego i opisanego przez MARIE [Sem. Med. 1899 str. 69]. Dotyczą one przeważnie więzów kręgosłupa, które są tu mniej lub więcej całkowicie skostniałe, zwłaszcza *ligementa flava*. Tu i owdzie—na bocznych powierzchniach trzonów kręgowych od skostniałych więzów odstają kostne wzgórci i mostki, zwłaszcza w okolicy lędźwiowej, które przebiegając od jednego trzonu do drugiego, łączą kręgi w jedną nieruchomą kolumnę. Skostniałe więzy przednie długie unieruchamiają kręgosłup od przodu; od tyłu zaś wyrostki ościste są połączone przez skostniałe więzy międzyościste i ościsty powierzchowny [MARIE—na szkielecie w muzeum paryżkiem DUPUYTREN]. Kość krzyżowa łączy się z kośćmi bezimiennymi przy pomocy kostnych mostków, żebra zaś zostają całkowicie unieruchomione przez skostnienie aparatu więzowego, jaki otacza ich stawy na wyrostkach kręgów. Powyższe zmiany są bardziej wyrażone w dolnej części kręgosłupa i ku górze stają się coraz słabszemi. W ten sposób tworzy się zupełne unieruchomienie (*ankylosis*) kręgosłupa, który przy tem może wcale nie nlegać znacznieszemu wygięciu [STRÜMPELL]. Bujanie tkanki kostnej w więzach kręgosłupa możemy skonstatować za życia chorych przy pomocy obmacywania tylnej ścianki polyku: wyczuć tam można kostne wzgórci i wyniosłości [MARIE, KÖHLER, HOFFA] wielkości grochu, bardzo twarde, położone zazwyczaj nieco w bok od linii środkowej trzonów kręgowych. Chrząstki międzykręgowe — jak chcą niektórzy [MARIE, HOFFA]—pozostają nienaruszone lub też kostnieją, skutkiem czego i trzony kręgowe zrastają się [MEYER, SCHLESINGER]. Owa twarda i zbita tkanka kostna z jednej strony całkowicie unieruchamia żebra, które przestają się poruszać przy oddechu, z drugiej zaś niewątpliwie może uciskać mniej lub więcej silnie [MEYER] na korzonki nerwowe, wychodzące z otworów międzykręgowych dzięki kostnym wyrostkom, jakie się tworzą na brzegach tych ostatnich, przez co światło ich może się znacznie zmniejszać [MUTTERER i KÖHLER].

Podobne unieruchamiające zapalenie dotyka również i inne stawy—przeważnie wielkie, jak biodrowy, barkowy, kolanowe. Czasem bywają również

zajęte stawy pomniejsze; zjawisko to jednak wcale nie jest stałe i w każdym razie wyrażone znacznie słabiej, niż w stawach wielkich i kręgosłupie.

Z jaką właściwie sprawą mamy tu do czynienia?

Na to pytanie dziś jeszcze trudno odpowiedzieć coś pewnego. Wielu autorów skłania się ku przeświadczeniu, że mamy tu prawdopodobnie do czynienia z niezwykle umiejscowionem, przewlekłym zapaleniem stawów zniekształcającem (*arthritis deformans*) [LEVY-SENATOR, OPPENHEIM, SAENGER, KÖHLER, SPILLMANN i ETIENNE, po części JACOBI i WIARDI, SCHWALBE, KÜHN, AUERBACH, FRAENKEL i t. d.] o tendencji wybitnie unieruchamiającej. Inni są zdania, że mamy tu do czynienia z *arthritis chronica rheumatica ankylopoetica* [SCHÜLLER, FORESTIER]. Inni znowu [MARIE, STRÜMPPELL] uważają unieruchamiające zapalenie kręgosłupa i wielkich stawów za sprawę *sui generis*. MARIE zgoła przeciwstawia swoje „*spondylose rhizomélique*” zniekształcającemu zapaleniu stawów, które dotyka i drobne stawy kończyn (*polyarthrite deformante acromélique*). HEILIGENTHAL wreszcie twierdzi, że chroniczne zapalne zeszywnienie kręgosłupa z udziałem dużych stawów jest raczej zbiorem objawów, który może powstawać w przebiegu rozmaitych postaci chorobowych, prowadzących do przewlekłych zmian w stawach, skutkiem czego nie stanowi ono wcale odrębnej co do etyologii, przebiegu i umiejscowienia jednostki chorobowej w ścisłym znaczeniu tego terminu.

Et y o l o g i a zajmującej nas sprawy jest dotychczas całkowicie ciemna. Zastanawiającym jest fakt [MARIE], że cierpienie to w znacznej części dotyka przeważnie mężczyzn, w wieku pomiędzy 17—60 rokiem życia, zwłaszcza zaś pomiędzy 20—40 rokiem, bardzo rzadko tylko kobiety. W dostępnej mi literaturze naliczyłem mężczyzn 18, kobiet zaś tylko 3 [HOFFA, HEILIGENTHAL, KÜHN]. Wielu autorów wprost określa przyczynę choroby za niewiadomą [STRÜMPPELL, MARIE przyp. I, SCHULTZE, JACOBI, WIARDI, SPILLMANN i ETIENNE, GASNE i inni] MARIE początkowo za przyczynę sprawy uważał jakiegoś bliżej nieokreślone zaburzenie odżywiania, HEILIGENTHAL przytacza przypadek chronicznego unieruchamiającego zapalenia kręgosłupa u kobiety, chorej na dnę. Wielu autorów jednak, a pomiędzy nimi i sam MARIE w późniejszych komunikatach, skłania się ku bliżej nieokryślonej przyczynie infekcyjnej [BAÜMLER, SCHATALOFF, HOFFMANN, HOFFA] lub też nawet ku zakażeniu trypowemu [MARIE, RAYMOND, RENDU]. Jako moment uspasabiający częstokroć uraz, przeziębienie, dłuższe przebywanie w związku z wysiłkami fizycznymi kręgosłupa w chłodnym i wilgotnym środowisku i t. p. Ostatnia okoliczność może nam tłómaczyć do pewnego stopnia, dla czego omawiane cierpienie zdarza się znacznie częściej u mężczyzn niż u kobiet.

Jeżeli—biorąc anatomo-patologicznie—sprawa omawiana ma bardzo wiele cech wspólnych ze zwykłym przewlekłym zapaleniem stawów zniekształcającem (*arthritis deformans*), to z punktu widzenia symptomatologii charakteryzuje ją przedewszystkiem umiejscowienie unieruchomienia. STRÜMPPELL oznacza ją jako chroniczne unieruchamiające zapalenie kręgosłupa i stawów w biodrowych. I to jest stałe umiejscowienie cierpienia; podczas kiedy inne stawy większe [kolanowy, barkowy] mogą przedstawiać bardzo małe lub żadne zmiany, a stawy drobne nie powinny być zgoła dotknięte lub też bardzo nieznacznie. W tem właśnie tkwi zasadnicza pod względem klinicznym różnica pomiędzy obchodzącą nas sprawą a ogólnym zniekształcającym zapaleniem stawów.

Zaczyna się choroba od tego, że po infekcji [tryper, reumatyzm...], po uderzeniu, przeziębieniu lub też bez widocznej przyczyny chorzy zaczynają ucuwać bóle w dolnej części kręgosłupa, w kości krzyżowej, w stawach kolanowych, biodrowych. Bóle te zrazu nieznaczne, zwiększają się przy ruchach i w krótko zaczyna im towarzyszyć utrudnienie ruchów—owa poczynająca się szty-

wność kręgosłupa, która wkrótce zajmie pozycję dominującą w obrazie chorobowym. Stan ogólny chorych jest ciągle dobry. Natężenie bólów bywa rozmaite. Najczęściej nie są one zbyt silne [STRÜMPELL], tak że cała sprawa zaczyna się od utrudnienia ruchów. Nieraz atoli [MARIE] bóle te bywają dosyć silne, promieniują od stawów biodrowych ku górze, ku dołowi wzdłuż bioder, zaczynają się w stawach kolanowych, w części lędźwiowej kręgosłupa, w kości krzyżowej lub ogonowej. Mogą się one zwiększać przy ruchach, zwłaszcza przy wstrząśnieniach ciała np. podczas jazdy powozem [BEER], przy nachylaniu się [VALENTINI] i t. p.

Zwolna ustala się całkowicie kardynalny objaw omawianej sprawy, mianowicie zeszywnienie kręgosłupa, spowodowane skostnieniem jego więzów. Zazwyczaj sztywność zaczyna się w najniższej części kolumny kręgowej, (*sacrum, pars lumbalis*) jednocześnie z unieruchamianiem się stawów biodrowych i wstępuje coraz wyżej, dochodząc do części szyjowej kręgosłupa. Wówczas z ruchomej i giętkiej kolumny kręgowej tworzy się sztywny „drag“—jak to obrazowo przedstawił STRÜMPELL. Jeżeli do tego dołączy się ankiloza stawów barkowych, to wówczas chory jest jak związany w kij. Nie może wykonać najmniejszego ruchu w kręgosłupie i przyległych wielkich stawach: skostniałe więzy kępują jego ruchy żelaznym uściskiem i, chcąc stać lub poruszać się, chory musi przybierać najniemożliwsze pozy. Stawy biodrowe bywają najczęściej unieruchomione w pozycji zgiętej, skutkiem czego chory, stojąc na nogach, musi pochyłać górną połowę ciała w tył, aby odchylić ku tyłowi swój środek ciężkości. Tymczasem zaś kręgosłup jest nieruchomy, więc chory może to wykonać tylko przy pomocy zgięcia stawów kolanowych. W dodatku zaś kręgosłup w części górnej grzbietowej lub szyjowej jest pochylony ku przodowi, przez co oczy chorego patrzą mniej lub więcej wprost na podłogę. Tę niezwykłą pozycję MARIE porównywa do litery Z. Skutkiem unieruchomienia kręgów i ograniczenia ruchów w kręgosłupie do *minimum*, chory nie może wykonywać takich czynności, jak wkładanie butów, spodni, i zazwyczaj musi leżeć na boku. Ponieważ nieruchome stawy biodrowe nie przyjmują wcale udziału w chodzeniu, przeto chorzy poruszają się naprzód tylko przy pomocy ruchów goleni i stawów stopowo-goleniowych, naturalnie przy pomocy kul. Jeżeli zgięcie w stawach biodrowych nie jest zbyt silnie wyrażone, chorzy mogą chodzić nieco lepiej małymi drobnymi kroczkami, pochyleni ku przodowi, wyrzucając golenie naprzód w stawach kolanowych [STRÜMPELL]. Niektórym chorym bywa bardzo trudno usiąść: robią to oni w ten sposób, że zginają kolana, opuszczając się na krzesło, padają ostrożnie w tył dopóki nie dotkną plecami oparcia krzesła [VALENTINI]; wielu z nich całkiem nie może siadać. Głowa bywa unieruchomiona w mniej lub więcej silnem nachyleniu ku przodowi, co może powodować poważne zaburzenia w łykaniu, ponieważ częstokroć dolna szczęka dotyka mostka. Nieraz jednak unieruchomienie nie dotyka części szyjowej kręgosłupa, przez co głowa jest ruchoma i powyższego objawu nie znajdujemy [STRÜMPELL, HOFFMANN, POPOW, GASNE i in.]. Bolesności kręgosłupa na ucisk lub na działanie gorąca zazwyczaj nie bywa [MUTTERER, HEILIGENTHAL, BECHTEREW]. Tylko silne wyprostowanie lub zginanie nieruchomych części np. pod narkozą chloroformową w celach rozpoznawczych lub leczniczych, powoduje występowanie następcze silnej bolesności, częstokroć nawet z podwyższeniem ciepłoty ciała [do 39°—40° STRÜMPELL]. Bolesność ta zresztą w krótkość przemija.

Co się tyczy mięśni, leżących z obu stron kręgosłupa, to te mogą być mało zmienione. Niektórzy autorowie [STRÜMPELL, MUTTERER] widzieli u swoich chorych mięśnie wyprostne grzbietu i łopatkowe nieco zanikłe, ale przytem bardzo twarde i naprężone. HOFFA znalazł u swej pacjentki mięśnie wyprostne grzbietu nabrzmięte i twarde jak drzewo. Ta twardość mięśni zni-

kała pod wpływem głębokiej narkozy chloroformowej. Bez narkozy zaś mięśnie te znajdowały się w stanie bardzo silnego skurczu, tak że na rentgenogramie występowały jak zbite kostne masy. Mięśnie, otaczające unieruchomione stawy, znajdowały się w stanie silnego zaniku. Inni znowu widzieli zwykłą atrofię mięśni łopatkowych bez drgań włókienkowych [HEILIGENTHAL przyp. V], oraz atrofię z drganiami w mięśniach krzyżowo-łędźwiowych i miednicy [MARIE przyp. III]. W większości atoli przypadków aparat mięśniowy nie przedstawiał nic niezwykłego i mięśnie były niebolesne na ucisk.

Ponieważ żebra zostają przymocowane twardymi kostnymi zrostami do wyrostków kręgosłupa, przeto naturalnie nie mogą poruszać się przy ruchach oddechowych. Ztąd zniekształcenie klatki piersiowej, mianowicie spłaszczenie jej w wymiarze przednio-tylnym oraz typ oddychania wyłącznie brzuszny. Z tego powodu chorzy skarżą się czasem na niewielką duszność.

Przechodząc do układu nerwowego, konstatujemy tu wogóle niewielkie zmiany. Czucie skórne dotykowe, bólowe, ciepłe i elektryczne nie bywa zazwyczaj zmienione [STRÜMPELL, HEILIGENTHAL, VALENTINI, BECHTEREW], chociaż tu i ówdzie znajdujemy wzmianki o osłabieniu czucia [MUTTERER], o naczulości [HEILIGENTHAL V]. Czucie mięśniowe bywa zachowane [HEILIGENTHAL]. Co do zmian troficznych, to prócz wspomnianych powyżej przypadków zaniku mięśni, żadnych innych nie notowano. Ze strony pęcherza i kiszek prostej nie znajdowano żadnych nieprawidłowości. HEILIGENTHAL tylko w jednym przypadku [IV] widział *polyuriam*. Funkcja płciowa bywa nienaruszona [VALENTINI]. Odruchy ścięgniste znajdowano prawidłowe, lub częściowej wzmoczone. W pojedynczych przypadkach notowano objaw stopowy [HEILIGENTHAL I]. Mocz w przypadkach niepowikłanych nie zawierał składników nieprawidłowych, jak białko lub cukier. HEILIGENTHAL wspomina o uraturii, jaką widział w jednym ze swoich przypadków [II]. W organach wewnętrznych nie charakterystycznie nieprawidłowego nie obserwowano.

Streszczając się w kilku słowach, na zasadzie wyżej powiedzianego możemy w następujący sposób wyjaśnić sobie—o ile to jest dziś możliwe—patogenezę obchodzącej nas sprawy.

Pod wpływem nieznanych detychczas czynników, być może natury zakaźnej [np. tryper], na tle prawdopodobnie przysposobionem [np. przeziębienie, urazy] powstaje *sui generis* przewlekła sprawa zapalna, ograniczona do wielkich stawów, zwłaszcza biodrowych i kręgosłupa, sprawa o charakterze wybitnie unieruchamiającym [„*ankylosirende*“]. Sprawa ta zaczyna się w więzach stawów biodrowych i dolnej części kręgosłupa. Skutkiem skostnienia tych więzów stawy zostają otoczone twardym pancerzem kostnym, który uniemożliwia w nich ruchy. Odbija się to niewątpliwie na powierzchniach stawowych i skutkiem tego—prawdopodobnie już wtórnie—doprowadza do zmian wewnątrz stawów. Rzecz naturalna, że w tych warunkach dojść może do zwięzienia otworów międzykręgowych, przez które przechodzą nerwy, do ucisku na nie, na sploty międzykręgowce ze wszelkimi następstwami, jakie z tego wyniknąć mogą.

W tej sprawie atoli występowanie objawów korzonkowych jest raczej rzadkością, zgoła nie występującą w obrazie chorobowym na pierwszy plan, jak to ma miejsce w „sztynności kręgosłupa“ typu BECHTEREWA [STRÜMPELL, HEILIGENTHAL, MARIE i in.]. To też chorzy zaczynają swe skargi nie od objawów bólowych, ale od sztywności kręgosłupa, od skrępowania, jakie coraz mocniej daje im się uczuć.

Przebieg cierpienia jest bardzo przewlekły i w większości przypadków sprawa pogarsza się zwolna, ale nieustannie. Gasne atoli widział przypadek, w którym w 3 lata po zaczęciu się choroby nastąpiła znaczna poprawa, trwająca przez czas dłuższy, poczem znowu nastąpiło krótkotrwałe pogorszenie

i znowu poprawa. Już ta okoliczność, że co do omawianej sprawy, pomimo wielu znanych i opisanych przypadków jej, nie rozporządzamy do dziś prawie żadnymi pewnymi danymi anatomo-patologicznymi, przemawia za bardzo długim jej trwaniem. Ztąd też i rokowanie w tej sprawie jest złe. Pod tym względem MERY odróżnia dwa stopnie cierpienia: 1) kiedy unieruchomienie kręgow jest całkowite, wówczas rokowanie jest zupełnie złe i 2) kiedy unieruchomienie jest niezupełne i wówczas objawy mogą się zmniejszać w pewnym stopniu pod wpływem odpowiedniego leczenia.

Przy rozpoznawaniu omawianej sprawy, prócz opisanego poniżej typu BECHTEREWA, trzeba jeszcze mieć na względzie:

1) *Arthritis deformans universalis* — tu rozstrzyga udział innych stawów, zwłaszcza drobnych;

2) Gruźlicze cierpienie kręgow (*spondylitis tuberculosa*). HOFFA wspomina o całym szeregu chorych na chorobę POTT'a, u których kręgosłup był zupełnie nieruchomy skutkiem odruchowego skurczu mięśni. W tych jednak przypadkach mamy zawsze samodzielną i umiejscowioną bolesność w pewnym miejscu kręgosłupa oraz bolesność na ucisk jednego lub więcej wyrostków ościstych. Co do stawów biodrowych, to w przypadkach choroby POTT'a są one naturalnie nie zajęte, chociaż HOFFA zwraca uwagę, że skutkiem skurczu *musculi psoatis* biodra mogą być unieruchomione w położeniu zgięcia (*flexio*). Łatwo się jednak przekonać w każdym poszczególnym przypadku, czy i o ile dolne kończyny są ruchome w stawach biodrowych. I BAÜMLER zwraca uwagę na konieczność wyłączenia w każdym poszczególnym przypadku sprawy tuberkulicznej, a to drogą badania płuc, zwracania uwagi na możliwe przy gruźlicy podniesienie ciepłoty ciała oraz diazoreakcję moczu.

3) O możliwości symulacji tej sprawy przez histeryę wspominamy poniżej.

Co do leczenia omawianej sprawy, to w tym kierunku znajdujemy tylko bardzo skąpe i ogólnikowe wiadomości. Oczywiście nie wiele będziemy mieli do zrobienia tam, gdzie kręgosłup zamienił się w jedną nieruchomą, skostniałą kolumnę. Z początku atoli, kiedy sprawa dopiero zaczyna się, możemy stosować bierną gimnastykę kręgosłupa lub nawet energicznie wykonywać ruchy forsowne w stawach biodrowych, barkowych i kręgosłupie, — pod narkozą chloroformową [STRÜMPPELL]. W jednym przypadku BEER widział nieznaczną poprawę pod wpływem masażu i elektryzacji. Objawy bólowe, zależne od spraw w stawach, mogą się zmniejszać pod wpływem salolu [MARIE, MUTTEER]. BAÜMLER zaleca zaraz z początku długie leżenie w łóżku z głową opuszczoną nisko, co wywołuje wyginanie się kręgosłupa i ma wpływ nie tylko na objawy bólowe, ale i na cały proces unieruchamiający, ponieważ sprzyja w pewnej mierze ustaleniu się normalnych warunków odżywiania i statyki w kręgosłupie. Jeżeli zaś nie ma wpływu w ostatnim kierunku, to powoduje chociaż unieruchomienie kręgosłupa, ewentualnie — głowy w pozycji wyprostowanej, co w następstwie stosunkowo najmniej sprawia choremu niewygodę.

Wreszcie musimy przy leczeniu omawianej sprawy usuwać momenty, sprzyjające jej powstawaniu oraz zwracać baczną uwagę na ogólny stan chorych.

Oto wszystko, co się da powiedzieć o leczeniu unieruchamiającego zapalenia kręgosłupa i stawów biodrowych.

II.

Na początku podaliśmy w głównych zarysach najważniejsze cechy charakterystyczne obrazu chorobowego, jaki BECHTEREW opisuje pod nazwą „sztywność kręgosłupa z wygięciem“ („*Steifigkeit mit Verkrümmung der Wir-*

*belsüule**). Przechodząc z kolei do rozpatrywania patogenezy tego niezwykle interesującego cierpienia, uważamy za stosowne powtórzyć w krótkości, czem się ono różni od opisanego powyżej unieruchamiającego zapalenia kręgosłupa typu MARIE-STRÜMPELL.

Zatem:

1) W typie BECHTEREWA sprawa umiejscawia nie w kręgosłupie, podczas kiedy w typie MARIE - STRÜMPELL prócz kręgosłupa zajęte są wielkie stawy przykręgosłupowe, jak np. stawy barkowe, biodrowe, oraz kolanowe.

2) W typie B. znajdujemy skrzywienia łukowate kręgosłupa, wypukłością zwrócone ku tyłowi jako objaw ważny i stały, podczas gdy w typie M—S. objaw ten jest drugorzędny, zależny raczej od umiejscowienia i charakteru skostnień więzowych lub od zmian statycznych, dzięki sprawie unieruchamiającej w stawach biodrowych [BAÜMLER].

3) W związku z zajęciem stawów biodrowych kierunek posuwania się sprawy w typie M.—S. jest wstępujący, podczas gdy w typie BECHTEREWA — jest zstępujący.

4) Objawy podrażnienia korzonków nerwowych występują w typie B. najpierwszy nieledwie plan, jako objaw najwcześniejszy, podczas gdy w typie M—S. nie istnieją wcale, lub też istnieją w stopniu bardzo nieznacznym jako objaw poboczny i nie mający nic wspólnego z istotą samej sprawy chorobowej.

5) Jako moment etyologiczny występuje w przypadkach typu B. uraz na tle dziedzicznie usposobionem do spraw w kręgosłupie [do garbu—BECHTEREW, MARIE i ASTIE] co skłoniło francuzkich autorów [MARIE i ASTIE] do mianowania sprawy nazwą „*kypnose héréditaire - traumatique*”—garb dziedziczno-urazowy.

Nazwa ta jest zresztą, zdaniem BECHTEREWA niezbyt szczęśliwie dobrana, ponieważ wogóle etyologia tej sprawy nie jest jeszcze ugruntowana, a wprowadzanie do nazwy choroby momentu etyologicznego nie powinno mieć miejsca tam, gdzie może okazać się przy bliższem poznaniu przedmiotu, że inne momenty etyologiczne mogą dawać ten sam obraz kliniczny.

Oto zasadnicze punkty, w których typ BECHTEREWA, różni się od typu MARIE-STRÜMPELL'a. Jak widzimy, różnica ta jest duża, to też nic dziwnego że mogły od razu powstać poważne wątpliwości, ażali obie te sprawy są jednym i tem samym cierpieniem. Sam BECHTEREW zresztą, który obserwował i opisał nawet dwa przypadki typu MARIE-STRÜMPELL [Deut. Ztschr. f. Nervenheilk. 1899. XV. 1, 2.], twierdzi, że uważał on je zawsze za sprawę, nie mającą zgola nic wspólnego ze „sztywnością kręgosłupa“, opisaną przez siebie.

Jaka jest patogeneza cierpienia typu BECHTEREWA? Na zasadzie objawów klinicznych B. początkowo wyraził mniemanie, że mamy tu do czynienia prawdopodobnie z przewlekłymi zapalnymi zmianami na zewnętrznej powierzchni twardej opony rdzenia i w tkance ją otaczającej, oraz — że równocześnie z pierwotnem procesem unieruchamiającem w kręgosłupie, występuje ucisk na korzonki nerwowe. Z czasem jednak B. odstąpił od powyższego przypuszczenia, i sprawa patogenezy omawianego cierpienia była otwarta. Atoli w roku 1899 BECHTEREW miał sposobność obserwowania typowego przypadku sztywności kręgosłupa na autopsyi [czytelnik znajdzie szczegółowe sprawozdanie z tej autopsyi w Deut. Ztschr. f. Nervenheilkunde. 1899. XV. 1, 2. str. 52—55]. Na owej autopsyi okazało się, że tych zmian unieruchamiających, jakie widział MARIE [Sem. Med. 1899. str. 69] na sekcyi i inni autorowie na rentgenogramach, w tym przypadku wcale nie było. Ruchomość części lędźwiowej kręgosłupa była prawie normalna, natomiast ruchomość w części grzbietowej była mocno ograniczona dzięki temu, że niektóre chrząstki międzykręgowe uległy zanikowi, skutkiem czego trzony kręgowe pozrastaly się częściowo ze sobą. O jakimś skostnieniu więzów nie było tu mowy. Natomiast na oponach mięk-

kich rdzenia istniały wyraźne zmiany zapalne, podczas gdy opona twarda przedstawiała się całkiem prawidłowo. Badanie mikroskopowe wykryło również zmiany degeneracyjne w przednich i tylnych korzonkach nerwów grzbietowych górnych i szyjowych dolnych, w tylnych pęczkach oraz komórkach zwojów międzykręgowych.

Na zasadzie powyższych danych, BECHTEREW w następujący sposób szkicuje patogenezę „sztywności kręgosłupa“.

Podstawą cierpienia jest przewlekła sprawa zapalna, umiejscowiona na oponach miękkich rdzenia. Sprawa ta pociąga za sobą zwyrodnienie tylnych i częściowo przednich korzonków. Skutkiem tego rozwija się niedowład mięśni grzbietowych i klatki piersiowej oraz kończyn, a także objawy czuciowe i troficzne [zanik mięśni]. Zarówno garb, jak i sztywność kręgosłupa rozwija się tu wtórnie skutkiem stałego i nieruchomego ucisku kręgów na chrząstki międzykręgowe, które ulegają zanikowi, co doprowadza do zrastania się ze sobą powierzchni trzonów kręgowych, które teraz bezpośrednio już przylegają do siebie. Podobne wtórne występowanie garbu, ewentualnie unieruchomienia kręgosłupa, widzimy zresztą i przy innych wewnątrzrdzeniowych sprawach, jak np. przy syringomyelii.

W taki sposób przedstawia się dotychczas kwestya patogenezы omawianej sprawy. Przyszłość pokaże, o ile możemy uogólniać ją na wszystkie analogiczne obrazy chorobowe. Za hipotezą BECHTEREWA przemawia również z powodu swego przypadku FLESCH, który nawet proponuje dla opisywanej sprawy nazwę „sztywność oponowa“ („meningitische Steifigkeit“).

Co do terapii, to w tej kwestyi w literaturze znajdujemy bardzo skąpe dane. BECHTEREW stosował masaż, kąpiele ciepłe, jodek potasu, elektryczność; atoli bez wielkich skutków. FLESCH stosował przyżegania z następczem podtrzymywaniem ropienia ran przy pomocy *unguentum Mezerei*, z doskonałym—jak twierdzi—skutkiem.

W końcu uważamy za stosowne zwrócić uwagę na okoliczność, podniesioną przez SCHLESINGER'a w wiedeńskim klubie lekarskim z powodu dyskusyi nad przypadkiem FLESCH'a. SCHLESINGER mianowicie [Münch. Med. Woch. 1900. Nr. 9. 305] widział dwa przypadki sztywności kręgosłupa i kończyn, spowodowane skurczem mięśni — na tle historycznym. Jest to ważne zarówno z punktu widzenia rokowania jak i leczenia; to też w każdym poszczególnym przypadku powinniśmy pamiętać o możliwości symulowania przez histeryę sztywności kręgosłupa, zwłaszcza typu MARIE-STRÜMPPELL.

L I T E R A T U R A.



- 1) BAÜMLER. Deut. Ztschr. f. Nervenheilkunde. 1898. XII. 2.—2) BECHTEREW. a) Wrzecz 1892. 36. i Neurol. Centrbl. 1892 b) Deut. Ztschr. f. Nervenheilkunde 1897. XI. 3 i 4; c, d) D. Ztschr. f. Nervenheilkunde. 1899. XV. 1 i 2. — BEER. Wien. Med. Bl. 1897. 8 i 9 [ref. u MARIE patrz Nr. 15]. — 4) BREGMAN. Deut. Ztschr. f. Nervenheilkunde 1899. XV. 3 i 4. — 5) O. DANISCH. Zeitschr. f. Klin. Med. XXXVIII. (ref. w Centrbl. f. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1900 III. 22). — 6) FLESCH. Münch. Med. Woch. 1900. 9. — 7) GASNE. Sem. Med. 1899. str. 78. — HELIGENTHAL. a) Deut. Ztschr. f. Nervenheilkunde 1900. XVI. 3 i 4. b) Centrbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1900. III. 2, 3, 4 — streszczenie zbiorowe. — 9) JACOBI i WIARDI. ref. w Neur. Centrbl. 1898. — 10) HOFFA. Samml. Klin. Vortr. Volkmann'a 1899, 247. — 11) FORESTIER. Medic. Rec. 1900. XV. [ref. w Centrbl. f. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1900. XV]. — 12) KÖHLER. Charité—Annal. 1887 XII. [u MARIE patrz Nr. 15]. — 13) A. KÜHN. Münch. Med. Woch. 1900. 39. — 14) HOFFMANN. D. Ztschr. f. Nervenheilkunde XV. 1899. — 15) MARIE. Revue de Med. 1898. Nr. 4. — 16) MARIE i ASTIE. Presse Méd, 1898. str. 82. — 17) MARIE, RAYMOND. [demonstr. i dysk.] Sem. Med; 1899. str. 69. — 18 MERY. [dem. i dysk.] Sem. Med. 1899. 230. — 19) MUTTERER. D. Ztschr. f. Nervenheilkunde 1898. XIV. 1 i 2. — 20) POPOW. ref. w Neurol. Centrbl. 1899. — 21) SCHIALOFF. ref. w Neurol. Centrbl. 1898. — 22) SCHLESINGER. w Sem. Med. 1899. str. 438. oraz

Münch. Med. Woch. 1900. 9.—23) STRÜMPPELL. D. Ztschr. f. Nervenheilkunde 1897. XI. 3 i 4.—24) SCHWALBE. MEYER. SCHÜLLER patrz w korespond. Sem. Medic. 1899. str. 391. — 25) SPILLMANI ETIENNE. Revue de Med. 1898 str. 746. — 26) VALENTINI. Deut. Ztschr. f. Nervenheilkunde. 1899. XV. 3 i 4.

Wiadomości bieżące.

— Jeden z lekarzy w liście, podanym do Redakcyi naszego pisma, zwraca słuszną uwagę na brak biura informacyjnego, któreby między innymi miało za zadanie wskazywać o miejscach wakujących dla lekarzy. Na poparcie potrzeby założenia podobnego biura, autor listu przytacza brak stosunku liczby lekarzy do liczby mieszkańców wielu miast. Kiedy np. Zduńska Wola, licząca 25000 mieszkańców, osada fabryczna z wielką liczbą obywatelstwa w okolicy, ma 2 lekarzy, to Kalisz, liczący 20000 mieszkańców i posiłkujący się często, jeśli nie za często, lekarzami z Wrocławia, Poznania i t. d. ma 23 lekarzy.

— Dr. FLOERSHEIM z New-Yorku, zajmujący się opoterapią nadnercza, a specjalnie stosowaniem proszku nadnercza w chorobach organicznych serca, uprasza za naszym pośrednictwem o przesłanie mu odnośnych obserwacji, w których uwzględnionoby stan serca i tętna przed stosowaniem środka i po podaniu 0,20 proszku nadnercza wysuszonego. Adres Dra F.: 218 East 46-th St. New-York, U. S. A.]

— W Paryżu umiera corocznie 10000 osób na gruźlicę. Wiele z nich w odpowiednich warunkach dałoby się ocalić lub przynajmniej wielu na całe lata życie przedłużyć. Do warunków tych należy przede wszystkim umieszczenie w odpowiednio urządzonej sanatoryj. Dotychczas w 2 sanatoryj francuzkich [HAUTEVILLE i AUGICOURT] jest pomieszczenie tylko na 214 chorych. Dla zaradzenia potrzebie naglącej, obecnie przez lekarzy i społeczeństwo całe uznanej, zawiązało się w Paryżu towarzystwo akcyjne, które zebrało już 300000 franków i zakupiło w Bligny [dep. Seine-et-Oise] 80 hektarów ziemi na wybudowanie nowego, wzorowego uzdrowiska dla suchotników. Ponieważ nie dość jest wybudować sanatorium, lecz należy je utrzymać, zawiązało się świeżo (w końcu lutego) nowe towarzystwo: „L'Oeuvre des sanatoriums populaires de Paris pour la cure des tuberculeux pauvres et adultes“ z celem przychodzenia z pomocą pierwszemu towarzystwu. Prezesem honorowym tego nowego towarzystwa jest prof. BROUARDEL, prezesem rzeczywistym prof. LANDOUZY, wiceprezesami: LETULLE i FAISONS. Towarzystwo to ma już 500 członków, którzy zapewnili dotychczas 20000 franków rocznej składki. Dodać musimy, iż Towarzystwo to zajmuje się tylko chorymi dorosłymi, gdyż oddawna już w Paryżu istnieje podobne „L'Oeuvre des enfants tuberculeux“.

— W Berlinie „Verein für innere Medizin“ obchodziło uroczystość 20-letniego jubileuszu swego założenia, przyczem wręczono prof. LEYDEN'owi, założycielowi Towarzystwa i pierwszemu jego prezesowi, dyplom na prezesa honorowego.

— Sekcja, dokonana przez prof. BOLINGER'a na zwłokach PETTENKOFER'a, który wystrzałem z rewolweru życie sobie odebrał, wykazała, prócz zranienia mózgu, przewlekłe cierpienie opony twardej mózgu z przyrośnięciem jej, silne zwapnienie dużych i średnich tętnic mózgowych. Już same te zmiany mogły wpłynąć ujemnie na odżywianie mózgu i wywołać zaburzenia psychiczne; spotęgowało je septyczne zapalenie błony śluzowej jamy ust i gardła, na jakie zmarły na kilka tygodni przed śmiercią chorował.

— Docent A. WESTPHAL, syn znakomitego K. WESTPHAL'a, któremu nauka między innymi zawdzięcza wykazanie znaczenia refleksu kolanowego w dyagnostyce cierpień nerwowych, mianowany został profesorem psychiatrii i chorób nerwowych w Greitswaldzie.

Sanatorium Charlottenhaus

WROCLAW THIERGARTENSTRASSE 55/57

dla chorób wewnętrznych i nerwowych (gościec stawowy i mięśniowy i t. d.)
dla kuracyi tuczającej i odtłuszczającej, szczególnie wskazanę dla pobytu na
jesieni i w zimie. 5—2

Prospekty gratis.

D-r A. Sachs.

D-r S. Winkler.

Ferd. Mülhens

KOLONIA — RYGA.

Mydła lecznicze wysokich zalet według przepisu 10—9

D-ra J. Eichhoffa.

Ichtyolowe.—Tymolowe.—Salicylowe.—Rezorcynewe.—Rezorcynewo-salicylowe.—Borne.—Benzoesowe.—Rezorcynewo-salicylowo-siarkowe.—Sublimatowe.—Smołowe.—Siarkowe.—Naftolowo-siarkowe.—Przetłuszczone i t. d.

Sprzedaż w Aptece K. WENDY

Krakowskie-Przedmieście Nr. 45.

WIESBADEN

Zakład zdrojowy

NEROTHAL

D-r Schubert 0—5

D-r Pruss-Mierzwinski.

D-r Wacław MAYZEL, b. Asyst. Uniw. wykonywa w swej pracowni dla celów dyagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne i mikroskopowo-bakteryologiczne, analizy moczu głównie, oraz badania płwociny, nasienia, kału i t. d. Poszukiwania mikroskopowe w szerszym zakresie.

Ulica Marszałkowska 97 A, róg Nowogrodzkiej