

MEDYCINA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 26.

Warszawa d. 14 (27) Czerwca 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Valenciennes 38.

Adres wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do badań nad chorobą Morvan'a i nad powstawaniem jam w rdzeniu. Podał W. Sterling. (Ciąg dalszy). — Przypadek krwawego potu i krwawych łez na tle historyi. Podał L. Batawia z Częstochowy. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. Chirurgia kiszek. Zestawił A. Leśniowski. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 5 i 19 maja r. b. — STRESZCZENIA ZBIOROWE. O wpływie alkoholu na organizm dziecka. Skreślił A. Tumpowski. — Ruch chorych w szpitalu św. Stanisława za czas od 14 maja do 14 czerwca r. b. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Sterling — Contribution aux recherches sur la maladie de Morvan et sur la formation des cavernes dans la moelle 2) D-r L. Batawia — Un cas de sueur sanguine et des larmes sanguines à la base d'hystérie.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r W. Sterling — Ein Beitrag zur Frage der Morvan'schen Krankheit und der Höhlenbildung im Rückenmark. 2) D-r L. Batawia — Ein Fall von Blutschweiss und Bluthtränen auf hysterischer Basis.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z pracowni dr. FLATAWA w Warszawie.

Przyczynek do badań nad chorobą Morvan'a i nad powstawaniem jam w rdzeniu.

Podał

Władysław Sterling.

(Według odczytu, mianego w Tow. Lek. Warsz.
dnia 25 listopada 1902 r.).

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 25).

IV odcinek grzbietowy. Jeżeli porównać powierzchnię przekroju ze skrawkami poprzedzającymi, to okaże się, że postać jej uległa

zmianie. Jest ona nieprawidłowo okrągła, lecz wydłużona została w kierunku przednio-tylnym tak, że średnica pionowa prawie w trójnasób przewyższa poziomą, podczas gdy na preparatach z wysokości poprzedzających spotykaliśmy się ze stosunkiem odwrotnym.

Zaznaczam, że na całym przekroju tym ani przy małym, ani przy większym powiększeniu nie można dostrzedz żadnej szpary.

Słupy CLARK'a po stronie prawej są zachowane, róg tylny prawy także jest zachowany, jakkolwiek bardzo zniekształcony. Po za tem

z substancji szarej ocalał jeszcze przedni róg prawy oraz *comissura posterior*.

Rozrost tkanki glejowatej zajmuje tutaj tylko lewą stronę przekroju, i tutaj przedstawia się on w postaci jasno-brunatnego pola, rozpoczynającego się od spoidła tylnego i sięgającego prawie do obwodu grzbietowej powierzchni rdzenia. Wąskim pasmem istoty białej, przebiegającym w postaci linii esowatej od *comissura grisea* do ocalałych na obwodzie resztek słupa bocznego lewego, pole to zostało podzielone na

więcej miejscu zniszczonego rogu przedniego. Rozszerzony odcinek środkowy przytyka bezpośrednio do obwodu, kolano zaś dorsalne, nie dochodząc do obwodu, przechodzi stopniowo w ocalałe resztki słupów tylnych lewej strony. Część tylna pola glejowatego jest znacznie większa i przedstawia się w postaci trójkątnego klina z szeroką podstawą, zwróconą ku prawej stronie rdzenia. Od strony grzbietowej klin ten tylko w jednym miejscu oddzielony jest od obwodu wąskim językiem istoty białej słupów tylnych.



ig. 3.

2 części: tylną — większą i przednią — mniejszą. Część przednia przebiega równoległe do konturu obwodu lewej połowy rdzenia; możemy odróżnić w niej środkowy odcinek oraz 2 kolana: wentralne i dorsalne. Kolano wentralne, ograniczone jest z zewnątrz ocalałym pasmem pęczków mózdkowych i GOWERS'a, a z wewnątrz wymienionym pasmem włókien myelinowych istoty białej; przedni zaś jego koniec odpowiada mniej

Masa ta glejowata zajęła cały róg tylny i przylegającą część słupa BURDACH'a, resztę zaś lewego słupa tylnego odepchnęła w kierunku strony prawej. Część przednia masy tej wypełnia róg przedni, który zachował przytem swą postać zewnętrzną i przechodzi przez Mittelzone bezpośrednio w słup boczny. Ten ostatni przedstawia się w swej części środkowo tylnej w postaci odbarwionego pola, w którym stwierdzić

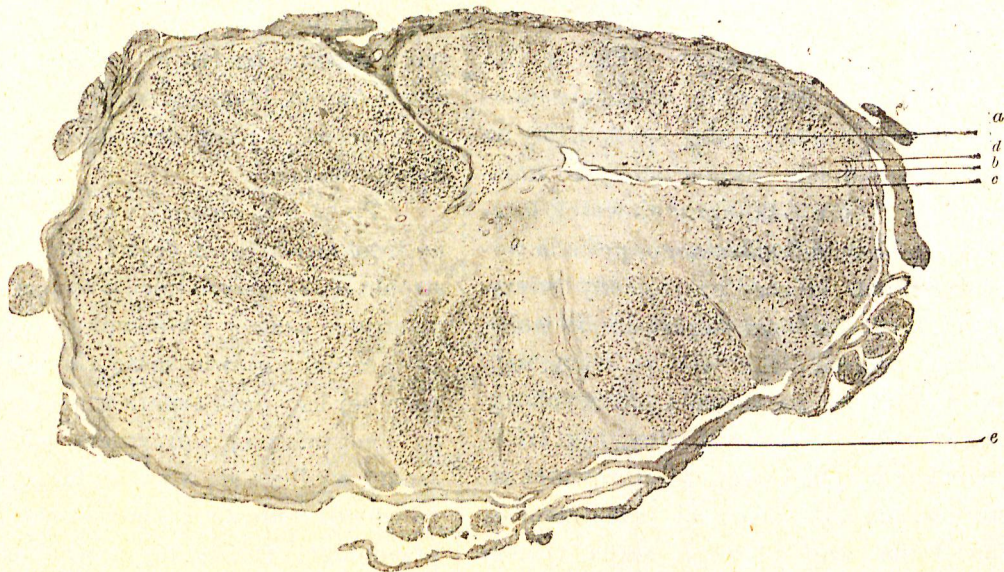


Fig. 4 (Metoda Weigert'a).
 Z powodu pomyłki — prawa strona rysunku odpowiada lewej stronie preparatu — i odwrotnie.

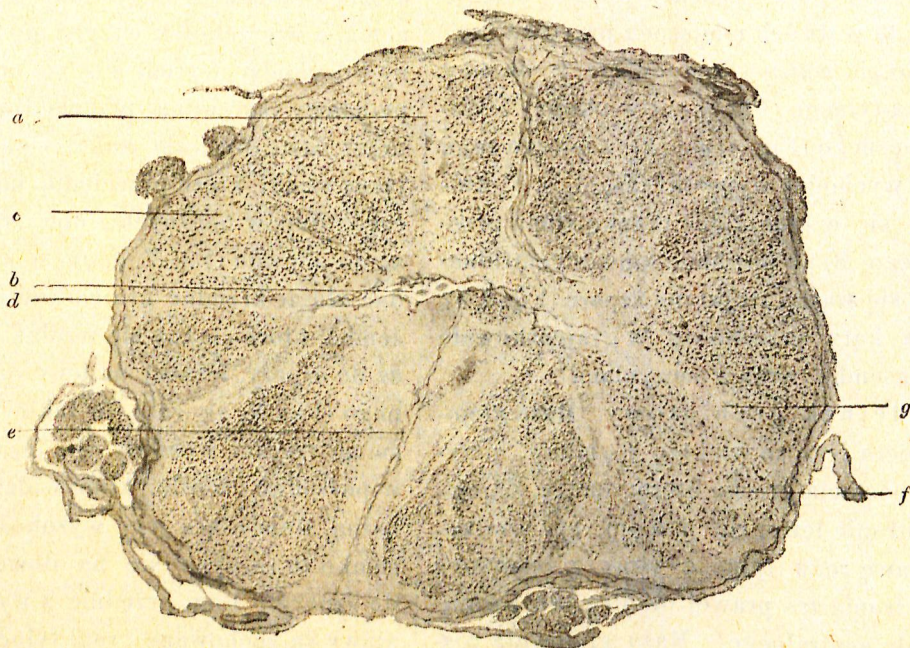


Fig. 5.

można drobną wysepkę włókien myelinowych.

Po stronie prawej napotykamy w słupach bocznych te same zmiany, co i na skrawkach, powyżej leżących.

VI odcinek grzbietowy. (Fig. 3) Na wysokości tej tkanka glejowata wykazuje topografię analogiczną do tej, jaką spotkaliśmy na skrawkach poprzednich. Zaznaczam tylko zmiany następujące: 1) część tkanki glejowatej, leżąca ku tyłowi od kanału centralnego, posiada wyraźną postać klina, którego przytępiony wierzchołek (Fig. III *d*) dochodzi wprost do *pia mater*, 2) lewy róg przedni (Fig. III *a*), wciągnięty w sprawę glejowatą, nie posiada już swych wyraźnych konturów, 3) lewy róg tylny (Fig. III *b*), jest zachowany w tylnej swej części, również zachowana jest na dość znacznej przestrzeni zewnętrzno - tylna część lewego słupa tylnego (Fig. 3, *c*); 4) lewa połowa rdzenia jest wogóle znacznie cieńsza od prawej, 5) szpary nie widać i na tej wysokości.

VIII odcinek grzbietowy. (Fig. 4). Topografia masy glejowatej przedstawia się mniej więcej tak samo. Zaznaczyć tylko należy, że: 1) masa ta w dwóch miejscach przytyka bezpośrednio do *pia mater* — mianowicie w okolicy lewego słupa tylnego (Fig. 4 *e*) i w okolicy lewego słupa bocznego (Fig. 4, *a*); 2) z lewego rogu przedniego wychodzą wypustki (Fig. 4, *a*, *c*), które wciskają się w otaczającą tkankę słupa przednio-bocznego; 3) na poziomie kanału centralnego formuje się wąska trójkątna szpara (Fig. 4, *b*), której dwa kąty przechodzą w grajczarkowate brunatne pasemka (wraz z naczyniami).

IX odcinek grzbietowy. Masa glejowata przybiera jeszcze większe rozmiary, przypominając postacią grecką literę: omega. Zajmuje ona po stronie lewej róg przedni, pas środkowy i podstawę rogu tylnego wraz z *comissura grisea*, po stronie zaś prawej okolicę przylegającą do kanału centralnego. Masa glejowata rozszczepia i tutaj lewy słup tylny na dwie części, wrzynając się między nie klinem, którego

ostrze dochodzi do *pia mater*. W przedniej swej części zajmuje ona nie tylko okolicę rogu przedniego, lecz niszczy i otaczającą róg ten substancję białą do tego stopnia, że pozostawia z niej tylko wąskie pasemko rozrzedzonych włókien myelinowych, biegnące wzdłuż *sulci longitudinalis anterioris* i pasa obwodowego słupów przednio-bocznych.

Po za tem widzimy zwyrodnienie obu stronnie środkowo-tylnych części słupów bocznych. Po stronie lewej zwyrodnienie to jest silniejsze, niż po stronie prawej, i komunikuje się w przedniej swej części z główną masą glejowatą. W środku masy tej leży duża szpara w postaci zarysów mapy geograficznej, przyczem jedna zatoka tej szpary wydłuża się w kanał, biegnący wentralnie od *canalis centralis* ku podstawie prawego rogu przedniego. Oprócz tej głównej szpary widzimy w okolicy lewego rogu przedniego małą wąską szparę, oddzieloną od głównej przesmykiem tkanki glejowatej.

XI odcinek grzbietowy (Fig. 5). W okolicy tej masa glejowata wykazuje postać klina, którego podstawa odpowiada kanałowi centralnemu, a wierzchołek wrzyna się w lewy słup tylny i dochodzi wprost do *pia mater*. Dwa kąty podstawy tego klina przechodzą z obu stron poprzez *basis cornuum anteriorum* i wypuszczają jasne smugi, które przecinają naukos środkową część słupów bocznych z obu stron i dochodzą aż do obwodu (Fig. V, *d*, *g*). W smugach tych widać długie kręcone grajczarkowato brunatne pasemka, które ciągną się wzdłuż podstawy klina aż do szpary, leżącej na lewo od kanału centralnego (Fig. V, *b*); robi to takie wrażenie, jakby smugi rzeczne wpadały do jeziora. Prócz tego w pośrodku i wzdłuż klina widzimy smugę brunatną, stanowiącą jego wysokość (Fig. V, *e*). Pasemko to zaczyna się na obwodzie i biegnie aż do szpary. Rogi przednie z wyjątkiem ich podstawy są zachowane. Rogi tylne także są zachowane z wyjątkiem podstaw. *Comissura posterior* wciągnięta jest w sprawę gliomatyczną, jakkol-

wiek spotykamy w jej okolicy, zwłaszcza po stronie prawej, nieliczne przebiegające poprzecznie włókna myelinowe.

Co się tyczy istoty białej, to wykazuje ona rozrzedzenie w okolicy rogu przedniego lewego (Fig. V, a). Po zatem widzimy rozrzedzenie w okolicy środkowo-tylnej obu słupów bocznych (Fig. V, c, f). Korzenie tylne, a w części i korzenie przednie posiadają mało dobrze zabarwionych włókien myelinowych. Szpara na wysokości tej (Fig. V, b) przedstawia się w postaci wąskiej i krótkiej szczeliny, której umiejscowienie odpowiada normalnemu położeniu zniszczonej lewej połowy *comissurae posterioris*. Dookoła szczeliny tej widać rozrost tkanki bezbarwnej, w której gdzieniegdzie jeszcze zachowane zostały pojedyncze włókna nerwowe. Skrajne punkty obu ramion tej tkanki dotykają prawie do samego obwodu.

XII odcinek grzbietowy w porównaniu z poprzednimi skrawkami nie przedstawia zmian wybitnych.

I odcinek lędźwiowy. Przekrój zachowuje kształt mniej więcej normalny. Brzoza przednia także zajmuje miejsce normalne, lecz, dochodząc do *comissura anterior*, przegina się w kształcie podkowy.

Co się tyczy substancji szarej, to oba rogi przednie i tylne są zupełnie normalne.

W substancji białej i tutaj jeszcze spotykamy równomierne zwyrodnienie słupów piramidalnych bocznych. Zwyrodnienie obu słupów tylnych widoczne jest i tutaj — nie zajmuje ono jednak tak znacznej przestrzeni, jak na skrawkach poprzednich, lecz nie wielki owal, wydłużający się ku dołowi, nie dochodzący do samego obwodu, ale oddzielony od niego pasem substancji białej słupów tylnych. Owal ten nie rozpoczyna się tuż od *comissura posterior*, jak to było na wysokościach poprzednich, lecz oddzielony jest od niej rąbkami substancji białej, która go okrąża ze wszystkich stron.

W samym klinie masy gębowatej widzimy bardzo wiele wybroczyn krwawych.

II lędźwiowy odcinek. Rozrzedzenie w słupach bocznych.

III i IV lędźwiowy odcinek. Nieznaczne rozrzedzenie w słupach bocznych.

V lędźwiowy odcinek. Stosunki zupełnie normalne.

Skrawki barwione metodą Marchi'ego.

Na skrawkach, barwionych tą metodą, ze wszystkich części rdzenia nie znaleziono nigdzie bryłek czarnych, znamionujących świeże zwyrodnienia włókien myelinowych. Nigdzie też nie stwierdzono obecności komórek ziarnistych.

Skrawki barwione metodą Nissl'a.

V odcinek szyjowy. Konfiguracja istoty szarej jest na wysokości tej zachowana o tyle, że możemy z łatwością odróżnić rogi przednie, których postać jest jednak bardzo zmieniona (patrz skrawki, zabarwione metodą WEIGERT'a).

Widzimy tutaj dwie tylko dobrze zaznaczone grupy komórkowe, mianowicie: 1) t. zw. grupę przednią wewnętrzną i 2) grupę zewnętrzną. Na niektórych skrawkach ostatnia ta grupa składa się z nielicznych tylko komórek rogów przednich, natomiast występuje tutaj grupa komórek rogu bocznego.

Co się tyczy dwu pierwszych grup, to składają się one z typowych komórek ruchowych, w których wnętrzu rozpoznajemy prawidłową budowę: mianowicie, dobrze zachowane ciało Nissl'a, prawidłowo — we właściwym miejscu leżące jądro z jąderkiem i w niektórych komórkach żółty pigment. Zaznaczyć tylko należy, że liczba wyrostków protoplazmatycznych w komórkach tych wydaje się zmniejszoną. Co się tyczy komórek rogu bocznego, to przedstawiają się one w postaci znacznie mniejszych wrzecionowatych, okrągławych lub trójkątnych tworów z dwoma lub trzema wyrostkami proto-

plazmatycznymi. Ciałka Nissl'a występują w niektórych komórkach wyraźnie, i w przeważnej liczbie komórek spostrzegamy owe ciałka prawie wyłącznie w częściach obwodowych komórek, gdy natomiast części środkowe wykazują blade, jednolite zabarwienie. I tutaj spostrzegamy też większą lub mniejszą ilość żółtego pigmentu. Jądro z jąderkiem leży w komórkach tych środkowo lub też dość często ekscentrycznie.

Oprócz tych grup komórkowych spostrzegamy w rogu przednim nieprawidłowo rozrzucone mniejsze komórki nerwowe. Wyraźnie zaznaczonych rogów tylnych na wysokości tej nie spostrzegamy — w odpowiednich jednak miejscach stwierdzić można oprócz licznych jąder neuroglii małe komórki nerwowe.

IV odcinek grzbietowy. Znaczne zniekształcenie istoty szarej — widać wprawdzie niewyraźnie zaznaczony róg przedni i jeszcze mniej wyraźnie zaznaczony róg tylny, lecz postać ich uległa znacznej defiguracji.

Na wysokości tej spostrzegamy w rogu przednim wyraźnie zaznaczoną jedną grupę komórkową: grupę przedniego rogu. W komórkach tych dostrzedz można pewne zmiany, dotyczące bardziej zewnętrznej postaci komórek, aniżeli ich wewnętrznej budowy. Spotykamy tu wielkie komórki o rozmaitej postaci: owalne, wielokątne, piramidalne i trójkątne. Liczba wyrostków protoplazmatycznych w komórkach tych jest widocznie zmniejszona: zazwyczaj widzimy ich dwa lub trzy. Wielkie okrągłe jądro zajmuje w komórkach tych prawie zawsze położenie ośrodkowe, wyraźne zaś jąderko leży w samym środku jądra. Dokładnie zachowane ciałka Nissl'a spostrzegamy w niektórych komórkach tylko na obwodzie, przyczem reszta protoplazmy wykazuje zabarwienie jednolite, w większości zaś komórek ciałka te zajmują całkowitą komórkę. W nielicznych komórkach widać w protoplazmie złogi bladeżółtego pigmentu.

Prócz opisanej grupy komórek na skrawkach z tej wysokości spostrzegamy jeszcze dru-

gą grupę: mianowicie, grupę komórek rogu bocznego. Komórki te ani w postaci zewnętrznej, ani w budowie swojej nie wykazują zmian patologicznych. Nie dorównują one wielkością komórkom grupy poprzedzającej, postać mają zazwyczaj owalną, wrzecionowatą lub przypominającą retortę. Jądro w nich leży przeważnie na obwodzie; w niektórych komórkach jest ono okrągłe, w innych zaś posiada postać zupełnie zbliżoną do formy samej komórki. Jąderko zajmuje położenie prawidłowe. Pigmentu w komórkach tych nie spotykamy.

W rogu tylnym widać porozrzucone maleńkie komórki o rozmaitych konturach.

Wszystkie powyższe grupy dają się spostrzegać tylko po stronie prawej przekroju. Z lewej strony widzimy tylko pojedyncze komórki ruchowe, nie układające się w widoczne grupy.

VIII odcinek grzbietowy. Na wysokości tej konfiguracji rogów przednich, ani tylnych zupełnie niepodobna rozpoznać. Postać szpary i położenie jej w porównaniu ze skrawkami poprzednimi uległa zupełnej zmianie (p. preparaty WEIGERT'a). Widzimy tutaj wielką asymetrię pomiędzy jedną a drugą połową przekroju.

W okolicy, odpowiadającej położeniu rogu przedniego, spostrzegamy:

1) Grupę komórek rogu przedniego. Komórki te nie tworzą tutaj zwartej i zwartej grupy, lecz porozrzucone są na dość znacznej przestrzeni. Rzuca się tutaj w oczy przedewszystkiem znaczne zmniejszenie liczby wyrostków protoplazmatycznych: w niektórych komórkach nie widać ich zupełnie, najwyżej zaś spotykamy ich 1—2. Przeważającym kształtem komórek tych jest postać okrągła, rzadziej owalna. Zaledwie kilka z nich, leżących nieco na uboczu, posiada kształt wielokątny — z trójkątnym wydłużającym się wyrostkiem protoplazmatycznym. Komórki te wielkością swą przewyższają znacznie pozostałe komórki tej grupy. Jądro okrągłe leży w nich zazwyczaj bliżej obwodu komór-

ki. W niektórych komórkach spotykamy jądro owalne, położone w taki sposób, że oś jądra i oś komórki przecinają się pod kątem prostym.

Bardzo obfite i bardzo wyraźne ciała Nissl'a zajmują tutaj prawie zawsze całkowitą protoplazmę komórki, w niektórych tylko komórkach ograniczając się do obwodu.

W licznych komórkach spostrzegamy zielonawo-żółty pigment, w niektórych komórkach pokrywa on całe jądro.

Na niektórych skrawkach z tego odcinka pewna część opisanych komórek wyodrębnia się prawie w oddzielną grupę (słup CLARKE'a?).

2) Prócz opisanej spotykamy na wysokości tej jeszcze grupę komórek rogu boczno. Są to małe twory o postaci owalnej, okrągłej, trójkątnej lub czworokątnej z okrągłym lub owalnym jądrem, leżącym częściej pośrodku, aniżeli u obwodu komórki.

Ciała Nissl'a leżą tutaj prawie wyłącznie tylko na obwodzie, a zajmują często większą część komórki.

I tutaj spotykamy w komórkach pigment, choć w mniejszej ilości.

I lędźwiowy odcinek. Na wszystkich prawie skrawkach widzimy tutaj z obu stron dokładnie zaznaczone zarysy rogu przedniego. Szpary na wysokości tej nie ma zupełnie. Asymetria przekroju, jakkolwiek istnieje, mniejsza jest jednak, aniżeli na poprzednich skrawkach. Zaznaczam, że grupy komórkowe spotykamy już tutaj symetrycznie po obu stronach przekroju.

W rogu przednim odróżniamy tu:

1) Grupę przednią wewnętrzną. Stanowi ona zwarty konglomerat komórek o dość znacznej wielkości. Łatwo jest dostrzedz, że komórki te posiadają liczniejsze wyrostki protoplazmatyczne, aniżeli na poprzednich wysokościach. W komórkach tych przeważa postać wielokątna, trójkątna, czworokątna i piramidalna. Spotykamy także nieliczne komórki owalne lub w postaci gruszki, od których wyrostek proto-

plazmatyczny odechodzi w formie biczyka. Wielkie jądro w komórkach tych leży bliżej obwodu, aniżeli ośrodka komórki. Bardzo liczne i wyraźne ciała Nissl'a wszędzie zajmują całkowitą protoplazmę. Pigment spotykamy i tutaj.

2) Prócz opisanej widzimy jeszcze na wysokości tej grupę boczną komórek rogu przedniego. Są to bardzo liczne komórki o znacznie mniejszej od poprzedzających objętości, które rozrzucone są na dość znacznej przestrzeni (dorsalnie od grupy poprzedniej). Posiadają one mało wyrostków protoplazmatycznych. Postać ich jest rozmaita: owalna, okrągława lub szypułkowata. Jądro leży na obwodzie komórki. Ciała Nissl'a w komórkach tych są znacznie mniej wyraźne i leżą przeważnie na obwodzie.

Rogi tylne nie są zarysowane, lecz w odpowiednich miejscach widać dość znaczną liczbę komórek o niewyraźnej strukturze.

V odcinek lędźwiowy. Na skrawkach z tej wysokości widzimy wyraźną grupę wewnętrzną komórek rogów przednich, składającą się przeważnie z małych trójkątnych i podłużnych komórek z normalną budową wewnętrzną. Pozatem widzimy bardzo dużą grupę boczną komórek ruchowych, w których można odróżnić 3 grupy: 1) grupę przednią, 2) grupę tylną i 3) grupę centralną (ta ostatnia występuje wyraźnie tylko na niektórych skrawkach). Komórki grupy tej są normalne tak pod względem wyglądu zewnętrznego, jak i budowy wewnętrznej.

W pasie środkowym istoty szarej widać oprócz mniejszych komórek nerwowych nieznaną liczbę dużych wielokątnych komórek, których budowa przypomina komórki ruchowe rogów przednich.

W rogach tylnych dostrzegamy zwykle komórki nerwowe.

(C. d. n.)

Przypadek krwawego potu i krwawych łez na tle histeryi.

Podał

L. Batawia z Częstochowy.

Przypadek demonstrowany na posiedzeniu Częstochowskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 21 lutego r. b.

(Dokończenie — Patrz Nr 25).

W połowie 1901 roku, trzępiąc dywany, w zupełnie dobrym stanie zdrowia K... spadła z krzesła na wznak, przyczem uderzyła się w głowę. Leżała wówczas, jak utrzymuje, bez przytomności prawie godzinę; gdy odzyskała świadomość, uczuła straszny ból w głowie i zauważyła, że krew sączy się jej z oczów. Wkrótce krwawienie to ustąpiło, i chora powróciła do pracy, jednakże ból, umiejscowiony w tyłogłowi, bardzo często od owego czasu jej dokucza.

Po raz pierwszy chorą widziałem w tydzień po owym wypadku. Robiła ona wrażenie bardzo cierpiącej, z trudem wielkim udało się od niej wydobyć odpowiedź, skarżyła się na silny ból głowy i ból „w dołku“. Chora stale wyrzucała wielkie ilości dużych skrzepów krwi, przyczem sączyła się też krew z obydwóch oczów. Po kilku dniach krwawienie z oczów ustąpiło, bóle powoli się zmniejszały, po tygodniu chora już wstała, lecz zwracanie skrzepów krwi trwało jeszcze do 11 dnia choroby. Mniej więcej po roku zjawiała się K... u mnie w gabinecie, prosząc o pomoc z powodu powtórnych krwawień. Było to 27 czerwca r. zeszłego. Do owego czasu K... czuła się dobrze i pracowała.

Chora wyrzucała znów skrzepy krwi, lecz w mniejszej już ilości, przyczem od czasu do czasu pokazywała się krew z prawego oka i ucha. Stan ogólny był zadawalniający, bólów nie miała. Chorej poradziłem zająć się nadal swą dotychczasową pracą, która złego wpływu nie miała. Stan ten trwał jeszcze dni kilka, i 4 lipca K. była już zupełnie zdrowa.

9 sierpnia widziałem K... u niej w mieszkaniu. Skarży się na silny ból głowy i krwawienia,

które trwają już od trzech dni. K... nie przyjmuje prawie żadnych pokarmów, leży nieruchomo, nie mówi. Pluje stale krwią, lecz krew ta ma już inny charakter: jest jasno-czerwona, zawiera pęcherzyki powietrza; niezależnie od tego krew sączy się dosyć obficie z prawego oka i ucha. Gdy osuszyłem przewód uszny wacikiem dla zbadania ucha, krew natychmiast przestała się wydzielać. Paliček lewy był obrzmiały. Po kilku dniach chora powróciła do stanu normalnego.

Krwawienia powtórzyły się znów 17 listopada. Silne bóle głowy i huczenie w głowie przez trzy dni poprzedzały wystąpienie krwawienia. Początkowo wystąpiło krwioplucie; tegoż jeszcze dnia krew sączyła się zaczęła z lewego oka, z lewego ucha, z pod prawej pachy, z prawego przegubu łokciowego, z prawego przedramienia, z sutki prawej, z pod kolana prawego, wreszcie z przedniej powierzchni prawej goleni. Na skórze żadnych zmian dostrzedz nie było można. K. leży nieruchoma, każdy ruch sprawia jej ból, nie odpowiada na pytania, jęczy z bólów.

Tętno małe, 100 uderzeń na minutę. Miesiączkowała prawidłowo przed tygodniem.

19 listopada krew sączy się z lewego ucha i z prawej piersi. Skarży się na ból głowy i ból w prawych kończynach. Oba jajniki bardzo bolesne. Tegoż dnia wieczorem widziałem krew, sączącą się z dołka szyjowego i z prawego boku w okolicy 10 — 12 żebra.

20 listopada krwawienie z oka, uszów, sutki, z kończyn ustąpiło. Chora skarży się na ból w „dołku“, ból ten promieniuje aż do pępka, w krótko zaczyna się sączyć krew i z tego miejsca.

Od czasu do czasu krew wydziela się też z pod prawej pachy.

21 listopada ogólny stan lepszy. Krwawienia ustępują. Przy mnie chora skarży się na silny ból w prawym uchu, wydaje okrzyk, i krew zaczyna się wydzielać z tegoż ucha. Nazajutrz

chora już wstała i po kilku dniach, czując się względnie dobrze, zaczęła znów pracować.

W połowie grudnia bez widocznej przyczyny podczas miesiączkowania K.. krwawić zaczęła z prawej sutki i z pod prawej pachy. Trwało to dwa dni, podczas których K... doznawała silnego bólu w prawym ramieniu.

Po kilku dniach, po kłótni z siostrą u chorej naszej wystąpiło znów krwioplucie, krwawienie to trwało zaledwie godzinę.

3 stycznia rano poczuła ból nasza pacjentka w prawej ręce, po chwili zaczęła się sączyć krew z pod prawej pachy i z prawej sutki. Zmian na skórze nie ma. Po wystąpieniu krwawienia ból w ręku ustąpił. Chora miesiączkuje.

10 lutego po uderzeniu, jakie K... otrzymała od ojca w plecy, krwawić zaczęła z prawej piersi.

15 lutego K... nagle zemdlala i leżała nieprzytomna przeszło godzinę. W nocy wystąpiły bóle głowy i prawego boku. Niebawem zaczęła się sączyć krew z obydwóch oczów, z uszów, z czoła, pępka, z pachwin, z nóg i z prawej ręki. Również ma miejsce od czasu do czasu krwioplucie. Stan ten ciężki trwa i w chwili obecnej, lecz krwawienia od dwóch dni się zmniejszyły, i dziś chora krwawiła z przedniej powierzchni goleni.

* * *

Oto więc przed nami młoda dziewczyna, dziedzicznie obarczona gruźlicą i z nieznacznymi zmianami gruźliczemi w lewym wierzchołku, u której znajdujemy następujące objawy nerwowe: hiperalgezyę całej prawej połowy ciała, zwężenie pola widzenia, bolesność niektórych kręgów, bolesność prawego jajnika, silnie wzmo-

żone odruchy ścięgniste i występujące od czasu do czasu krwawienia z narządów wewnętrznych: żołądka i płuc, z narządów zmysłów: z oczów i uszów, a także z najrozmaitszych miejsc skóry, jednakże przeważnie ze strony prawej. Objawy te pozwalają nam zrobić rozpoznanie histeryi.

Krwawienia, występujące u naszej chorej, jako objaw dominujący, mogą nam nasunąć na myśl krwawiaczkę lub gnilec.

Krwawiaczkę wyłączyć możemy na tej podstawie, że krwawienia u naszej chorej powstają często na drodze psychicznej i niekiedy dają się łatwo wstrzymać sugestją. Wystarczyło mi dotknąć się przewodu usznego wata—krwawienie z ucha ustąpiło natychmiast. Chora pewnego dnia miała owiazaną szyję; gdy zapytałem, czy i z tego miejsca krew się sączy, odpowiedziała, że nie; wkrótce jednakże krew wydzielać się zaczęła z dołka szyjowego. Przeciw krwawiaczce przemawia i ta okoliczność, że z ran, jakie chora miała, nigdy nie sączyła się krew w wzmożonej ilości. Przeciw gnilecowi przemawia całokształt choroby, brak podbiegnięć krwawych, brak zmian na dziąsłach i t. d..

Mamy więc niewątpliwie do czynienia z krwawieniami histerycznymi, występującymi przeważnie w postaci napadów bądź to silniejszych, bądź to słabszych. Chora krwawi przeważnie ze strony prawej, jako nadezulej. W końcu zaznaczyć jeszcze musimy, że krwawienia z oczów, uszów i ze skóry nie trwają u naszej chorej zbyt długo: wyjątkowo tylko trwały bez przerwy kilka godzin, zazwyczaj po 10 lub 20 minutach ustają, aby za chwilę znów w nowym wystąpić miejscu.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

CHIRURGIA KISZEK.

Zestawił
Antoni Leśniowski.

Dziś mamy zamiar podzielić się z czytelnikami garstką artykułów, dotyczących chirurgii kiszek. Zaczniemy od sprawy mało znanej, a jednak bardzo zajmującej i pod względem praktycznym doniosłej — mianowicie, od tak zwanych nabytych czyli wrzekomych uchyłków kiszek.

Tej właśnie sprawy dotyczy artykuł GEORGE'ego, zytułowany: „O nabytych uchyłkach kiszek i o praktycznym znaczeniu tychże“.

W połowie XVIII stulecia zwrócił MORGAGNI uwagę na wrzekomy uchyłek dwunastnicy. Od owego czasu zjawily się liczne opisy podobnych spostrzeżeń. ROKITANSKY nazwał je przepuklinami śluzówki, albowiem tworzą się one na skutek wpuklania się śluzówki pomiędzy włókna mięśniówki. KLEBS, znajdując tego rodzaju uchyłki w miejscu przyczepienia się кишки do krezki, objaśniał w sposób następujący powstawanie tychże. W miejscu, gdzie naczynie krwionośne wstępuje z krezki do ściany кишки i rozgałęzia się, ściana jest mniej podatna, i, skoro zaczyna odkładać się tu tłuszcz, wówczas miejsce to pociąga za sobą otaczającą tkankę i daje początek uchyłkowi. HANSEMANN sądzi, że śluzówka wypukla się wzdłuż żył, które od tkanki podśluzowej zdążają do krezki, i wzdłuż których przebiega pęczek luźnej tkanki łącznej, co udawało mu się stwierdzić za pomocą odnośnych doświadczeń. Liczne spostrzeżenia wykazały, że w uchyłkach tych gromadzi się na stałe kał, tenże, drażniąc ścianę przyczynia się do przewlekłego zapalenia jej, do owrzodzenia i może doprowadzić do ograniczonego lub rozlanego zapalenia otrzewny.

Uwagę chirurgów na omawiane cierpienie zwrócił w 1898 r. GRASER na zjeździe chirurgicznym. Badając przyczyny powstawania uchyłków, wykrył on, że u $\frac{1}{3}$ części trupów z zastoinami w żyłach krezkowych widzi się mniejsze lub większe liczne uchyłki, co tłumaczył w ten sposób, że na skutek długotrwałej i znacznej zastoiny przestrzenie, mieszczące żyły, są znacznie rozszerzone. Jako na drugi moment sprzyjający powstawaniu uchyłków, wskazywał on na przewlekłe zaparcia i rozdymania wiatrami. Jako trzeci moment podał SUDSUKI działanie mięśni, które, kureząc się mocno, wypychają śluzówkę w przestrzenie luźne okołozylne. Tego rodzaju uchyłki spotykano i w kioskach cienkich, i w grubych, i nawet w ścianie wyrostka robaczkowego.

Następnie przytacza G. swoje spostrzeżenie. 64 letni mężczyzna, zazwyczaj zdrowy, od kilku lat cierpiał na zaparcia stołca, naprzemian z rozwolnieniami. Od 2 miesięcy stołce oddaje rzadko, tylko po wlewaniach; wówczas ma ból w lewej połowie dołu brzucha. Serce i płuca zdrowe. Brzuch na skutek znacznej otyłości wy macuje się licho, bądź co bądź, wykrywa się bolesność i zwiększoną odporność lewej połowy podbrzusza. W uśpieniu znaleziono tu guz nieruchomy, twardy, o powierzchni nierównej. W stołcach ani krwi, ani ropy. Kiszka odchodowa zdrowa. Rozpoznano raka zgięcia esowatego. Podczas operacyi znaleziono, co następuje. Okrężnica zstępująca rozdęta. Zgięcie esowate zamieniło się na guz wielkości pięści, twardy, pozrastany z przednią ścianą brzucha. Wobec mocnych zrostów i rozpoznania raka zaniechano wycięcia кишки. W przebiegu pooperacyjnym po upływie kilku dni zjawily się objawy ostrego ogólnego zapalenia otrzewny, i chory zmarł. Badając trupa, znaleziono mocne zrośnięcie zgięcia esowatego ze ścianą miednicy i przednią brzucha.

W dolnej trzeciej części zgięcia znaleziono zwężenie długie na 3 ctm., zaledwie przepuszczające 1 palec. Okrężnica rozdęta. Śluzówka na miejscu zwężenia i powyżej tegoż umiarkowanie obrzmiała, szyfrowo zabarwiona. Widać tu liczne czarne polipy, wielkości ziarnka grochu, osadzone na krótkiej szypule. Tu i owdzie pojedynczo leżące powierzchowne braki śluzówki wielkości feniga, z nieprawidłowymi strzępiastymi brzegami. Powyżej i poniżej zwężenia widać zagłębienia ściany, do których można wprowadzić czubek małego palca, z błoną śluzową już to niezmienną, już to owrzodziłą. Z jednego takiego uchyłka na wewnętrznej stronie zgięcia wchodzi się do jamy ropnia, leżącego między mięśniówką i mocno zgrubiałą otrzewną, długiego na 5 ctm., szerokiego na 2 ctm., wypełnionego gęstą, szaro-zieloną ropą. Jama ta pozostaje w łączności z licznymi, mniejszymi ropniami w ścianie kiszki, tak iż cała mocno zgrubiała błona surowicza zgięcia esowatego jest poprzecinana przez przetoki, łączące ropnie. Jeden z ropni łączy się za pomocą otworu w otrzewnie z ogólną jamą otrzewny. Surowicówka na kiszkiach w stanie zapalnym. Przypadek niniejszy jest to typowy przypadek nabytych uchyłków. Obok znacznego zgrubienia kiszki znaleziono nader rozległe ropienie w tkance podsurowiczej i komunikację jednego z takich ropni z otrzewną. Klinicznie na pierwszym planie były objawy zwężenia. Pomimo rozległego ropienia gorączki nie spostrzeżono. Przypadki uchyłków, w mowie będących, spostrzegane przez chirurgów, prawie wszystkie mieściły się w zgięciu esowatem. Częściej, niż do jamy otrzewny, spostrzegano otwieranie się ropni w kiszce do innych kiszek, pęcherza moczowego, dość — do narządów, do których chora kiszka zdążyła się przykleić. Z objawów notowano nieznaczne bóle w okolicy zgięcia, powiększające się podczas zaparcia stolca. Obmacywanie wykrywa tu bolesność, a często i guz. Gdy dochodzi do zwężenia światła kiszki lub przedziurawienia ściany tejże, wówczas zjawiają się odpowiednie objawy. Guzy wspomniane brano za raka nie tylko podczas badania lub operacji, lecz nawet w czasie sekcyi.

(*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie B. 67. 1902*).

Posłuchajmy obecnie, co mówi w sprawie guzów złośliwych kiszek chirurg tego doświad-

zenia, co prof. MIKULICZ. Ogłosił on świeżo artykuł, noszący tytuł: „**Oświadczenie chirurgiczne w sprawie raka kiszek**“.

Sprawa nowotworów złośliwych kiszek wcale nie może być już uważana za wyczerpaną. Jakkolwiek dziedzina ta jest bardzo wdzięczna dla chirurga, to jednak dużo jeszcze pozostawia do życzenia rozpoznanie nowotworów złośliwych kiszek oraz technika ich operowania. M. w przeciągu ostatnich 11 lat spostrzegł 106 przypadków złośliwych nowotworów kiszek. Z pośród 8 przypadków kiszki cienkiej 3 razy miał miejsce mięsak i 5 rak, zaś z pośród 98 nowotworów kiszki grubej w 2 tylko był mięsak, w pozostałych rak. W 80 przypadkach sprawa dotyczyła mężczyzn, w 26 kobiet. W wieku poniżej 20 lat miał jedną chorą, w wieku od 20—30 lat — 4 pacjentki, od 30—40 — 15 pacjentek, od 40 — 50 — 22 pacjentów, od 50—60 — 33 pacjentów, od 60—70 — 27 pacjentów od 70—80 — 3 pacjentów, i jednego mającego więcej niż 80 lat. Z 98 przypadków, widzianych w kiszce grubej, 20 przypadło na k. ślepą, 6 na okrężnicę wstępującą, 7 na zgięcie wątrobowe, 8 na poprzecznicę, 12 na zgięcie śledzionowe, 4 na okrężnicę zstępującą, 3 bez wyraźnego umiejscowienia, 31 na zgięcie esowate, wreszcie w 7 umiejscowienie nie zostało stwierdzone. Wogóle dało się spostrzedz, że, im wyżej był usadowiony nowotwór, tem objawy były burzliwsze. Lecz guzy, wyrastające w tem samym miejscu, już to wcale nie dawały objawów, już to niewyraźne zaburzenia kiszkowe, już to objawy przewlekłego zwężenia, wreszcie — ostre zamknięcie światła kiszki. Nie należy dziwić się temu, albowiem guz wyrasta tu w organie, pozbawionym nerwów czuciowych. Upośledzenie ruchów robaczkowych wskutek nacieczenia nowotworowego w danym miejscu wyrównywało się nadmiernem kurczeniem się mięśniówki leżącego powyżej odcinka. I dopiero dawały się we znaki powikłania nowotworu: zwężenie, owrzodzenie, krwawienie. Owrzodzenie i krwawienie ujawniało się tylko wówczas, gdy nowotwór umiejscawiał się w dolnym odcinku kiszki, a to przez domieszkę krwi i ropy do wypróżnień. Zwężenie kiszki zjawia się późno, albowiem pomimo zmniejszenia się światła kiszki na skutek wyrastania nowotworu przesuwanie się kału odbywa się dzięki przerostowi kiszki ponad przeszkodą. I dopiero

ostre obrzmienie śluzówki w miejscu zwężenia, utkwienie w małym otworze drobnych ciał obcych wywołuje na raz objawy ostrej niedrożności. Dla tego też, szczególnie u osób starszych, mało znaczące objawy ze strony przewodu pokarmowego wcale nie mogą przemawiać na niekorzyść rozpoznania raka кишки. Poza to budowa histologiczna guza gra rolę w powstawaniu zwężeń, mianowicie raki twarde, scyrotyczne doprowadzają niebawem do znacznego zwężenia światła kiszki, co zdarza się często w zgięciu esowatym.

W przebiegu złośliwych nowotworów kiszki rozróżnia M. okresy: skryty, okres objawów początkowych i okres klinicznie wykazujących się objawów. Co do pierwszego, to przypadkowo wykrywane guzy kiszki dowodzą, że okres ten może trwać bardzo długo, jak również i przypadki, w których chorzy po dokonanej kolostomii żyli czas dłuższy, czując się zupełnie dobrze. Co do okresu drugiego, to M. dzieli należące tu przypadki na takie, w których objawy te nie dotyczyły zupełnie szerokości światła kiszki — takich z pośród 106 było 58 i mianowicie, w 43 niewyraźne zaburzenia żołądkowo-kiszki, w 9 — przypadkowo zupełnie zauważono guz, i w 6 były umiejscowione objawy otrzewnowe; i na takie, w których objawy ze strony światła kiszki były wyraźne — w 48 przypadkach. Wreszcie, w okresie trzecim objawy są tak wyraźne i uciążliwe, że chory zgłasza się do lekarza o pomoc. Bądź co bądź, z pośród 106 przypadków autora tylko w 7 rozpoznanie cierpień przedstawiało pewne trudności.

Należy odróżniać przypadki, w których nowotwór kiszki powoduje przewlekłe zwężenie, i takie, które ma chirurg do leczenia z powodu ostrej niedrożności. Pierwszego rodzaju z pośród przypadków autora było 83. W celach leczniczych takim chorym dokonywa się już to wycięcia kiszki, już to kolostomii, już to enteroanastomozy. Lecz przystępując do operacji, nigdy nie wiemy, do której z tych operacji będziemy musieli uciec się — i dla tego dotychczas zawsze rozpoczynamy od laparotomii wywiadowczej. Obecnie, gdy autor, wycinając guz, robi to w 2 tempa, ucieka się do wycięcia o wiele częściej, niż dawniej, gdy robił to na jednym posiedzeniu. Z pośród 83 chorych z objawami przewlekłej niedrożności 17 wcale nie operował, otworzył

jamę brzucha i zaszył ją w 7 przypadkach (zmarło 0), kolostomii dokonał 6 (+ 0), zespożeń kiszki 16 (+ 3), wyciął na jednym posiedzeniu 37 (+ 9), na dwóch — 16 (+ 2).

Następnie zastanawia się autor nad słabymi stronami jednorazowego wycięcia kiszki grubej i dochodzi do wniosku, że, by mieć od niej lepsze wyniki, należy ją zrobić mniej niebezpieczną, a to w czasie samego wykonania i w przebiegu pooperacyjnym. Zapewniamy sobie to za pomocą zamienienia jej na operację w 2 tempach. Mianowicie, kiszkę w miejscu guza oddziela się od otoczenia wraz z odpowiednią częścią kreski i gruczołami chłonnymi, tak iż wreszcie wisi ostatecznie tylko na końcu doprowadzającym i odprowadzającym kiszki. Kreskę należy oddzielić natychmiast, by guz bez większego napięcia można było wydobyć nazewnątrz. Po wydobyciu pętli kiszki, zawierającej guz, nazewnątrz, zaszywa się otwór w ścianie brzucha, pozostawiając szczelinę, swobodnie przepuszczającą końce doprowadzający i odprowadzający. W miejscu stykania się otrzewny ściennej z ramionami kiszki nakłada się szereg szwów otrzewnowych, jeszcze bardziej zamykających jamę otrzewny. Skórę również zeszywa się dokładnie aż do ramion pętli kiszki. W linię szwów, jak również w miejsce zetknięcia się pomiędzy kiszką i raną skóry nakłada się warstwę ciasta cynkowego, następnie — jałowy opatrunek. Ponadto wszystko kładzie się duży kawał materii nieprzemakalnej z otworem, przepuszczającym wydobytą nazewnątrz pętlę kiszki. Poprzednio usuwał M. guz po upływie 12—48 godzin, obecnie usuwa go natychmiast. Do końca doprowadzającego wkłada się grubą rurę szklaną, połączoną z grubą rurą gumową, za pomocą której odprowadza się zawartość kiszki. Po upływie 2—3 tygodni za pomocą przyrządu uciskającego usuwa najpierw przegrodę pomiędzy ramionami do- i odprowadzającym, następnie za pomocą szwu zamyka powstałą przetokę kałową. Za pomocą opisanego zabiegu operacja skraca się znakomicie, niebezpieczeństwo zakażenia otrzewny usuwa się zupełnie. Może być ona stosowana i wówczas, gdy bezpośrednie wycięcie i zeszywanie nie jest wykonalne wskutek rozległości guza lub głębokiego położenia tegoż. Natomiast daje ta metoda nieprzyjemny odbyty sztuczny oraz przedłuża wyleczenie. Główne zastosowanie znajduje ona w operowaniu

guzów кишки grubej; do kiszek cienkich łatwiej stosuje się metoda jednotempowa. Z pośród 37 przypadków operacyi doszczętej pozostało przy życiu 26 przypadków; z nich o 20 posiada autor następujące wiadomości. Na recydywę zmarło 9, a mianowicie: jeden po upływie 5½ lat, jeden — 14 miesięcy, 1 — 13 miesięcy, pozostali prędzej, niż po upływie roku, 1 żyje z recydywą po upływie 13 miesięcy, 10 dotychczas żyje i nie ma recydywy, mianowicie jeden po upływie 9¼ lat, 1 — 5¾ lat, 1 — 4¾ lat, 1 — 4¼ lat, 1 — 4 lata, 1 — 2 lata, 1 — 1½ roku, 1 — 1¼ roku, 2 — mniej niż rok. Bądź co bądź, wynik bardzo zadowalający. Co do wyniku po operacyach paliatywnych, to po dokonanej kolostomii żyli pacyenci przeciętnie 1 rok 9 miesięcy, po zespoleniu kiszek 8½ miesięcy, wreszcie pozostawieni bez operacyi żyli od chwili obserwacyi w przecięciu 12 miesięcy. Z pośród 23 przypadków, operowanych z powodu ostrej niedrożności, zostało przy życiu 12. Ogólnie powiedzieć można, że, im niżej był osadzony nowotwór, im drobniejszy przedsiębrany zabieg, tem wyniki były lepsze. Ze względu na powyższe staje się oczywistym, że, gdy nowotwór кишки jest powikłany ostrą niedrożnością, wówczas należy ograniczyć się na razie na utworzeniu odbytu sztucznego, która to operacya da się wykonać w znieczuleniu miejscowym.

(*Archiv f. klinische Chirurgie. B. 69. H. 1, 2. 1903.*)

Zajmujący przyczynek do wrodzonych nieprawidłowości w budowie kiszek podaje E. FUCHSIG w artykule, zatytułowanym: „Przypadek wrodzonego zarośnięcia i niedorozwoju jelita biodrowego wskutek uciśnięcia tegoż w szparze krezkowej podczas życia płodowego“.

GAERTNER podaje następujące przyczyny wrodzonej niedrożności кишки cienkiej: 1) skręcenie krezki, 2) nadmiernie długie trwanie *ductus omphalomesenterici*, 3) płodowe zapalenie otrzewny, 4) przepukliny pachwinowe, 5) uciśnięcie кишки przez guz, 6) uwięźnięcie кишки przez *arteria omphalomesenterica*. Przypadek, spostrzegany przez autora, nie należy do żadnej z przytoczonych kategorii. Przedstawiał się on w sposób następujący. Dziecię zostało urodzone prawidłowo. Wlewanie do odbytnicy, dokonane wkrótce po urodzeniu się dziecka, dało zaledwie odrobinę śluzu. Dziecię ssalo pierś niechętnie. Nazajutrz również nie oddało ono stol-

ca, brzuch był nieco wzdęty. Trzeciego dnia wobec braku stołców wezwano lekarza, który rozpoznał zarośnięcie odbytnicy i odesłał dziecko do szpitala na operacyę.

Dziecię miało 45 ctm. długości, było sine, tłuszczu podskórnego ilość umiarkowana. Głowa i szyja wyglądały prawidłowo. W płucach nie nieprawidłowego. W miejscu wszystkich otworów serca szmer skurczowy. Przepona stoi bardzo wysoko. Brzuch mocno wzdęty, wystaje powyżej płaszczyzny klatki piersiowej. Opukiwanie brzucha wszędzie daje odgłos bębny, nigdzie nie wymacuje się wzmożona odporność. Oba jądra w mosznie, otwory przepuklinowe wolne. Odbyt wygląda zupełnie prawidłowo, zgłębnik wchodzi na 10 ctm. daleko, nie napotykać przeszkody. Woda, wlana do odbytnicy, wypływa natychmiast z powrotem, zmieszana z małą ilością śluzu. Tętno wymacuje się, szybkie odpowiednio do wieku. Obmacywanie brzucha bolesne; dziecko nie wymiotuje. Rozpoznano wrodzone zamknięcie światła кишки grubej lub dolnego odcinka cienkiej. Wobec lichego stanu niemożliwie zaniechano operacyi.

Po upływie kilku godzin dziecko zmarło.

Badając zwłoki, znaleziono żołądek, dwunastnicę, jelito czeze rozwiniętemi prawidłowo, jak również górną część jelita biodrowego. W odległości 60 ctm. od zastawki BAUHIN'a było jelito biodrowe niezmiernie wzdęte i przerośnięte, dochodziło do 4 ctm. średnicy. Takie rozdęcie i przerost jelita wspomnianego szerzyły się na przestrzeni 40 ctm.. W końcu dośrodkowym rozdętej części jelita biodrowego, w odległości 55 ctm. od zastawki BAUHIN'a, widać w ścianie otwór, przepuszczający lepek od szpilki. W odległości 20 ctm. od zastawki BAUHIN'a wzdęte jelito biodrowe zamienia się na kiszeczkę mocno zwężoną, która w odległości 3 ctm. od owej zastawki przechodzi znów w kishkę prawidłowej grubości. Na obu granicach części zwężonej widać przewężenia, w których światło кишки wydaje się zupełnie zarośniętem. Część кишки, leżąca między miejscami zarośniętymi, ma 3 mm. średnicy, w świetle кишки widać masę rozpadową. Kishka gruba i odbytnica zbudowana prawidłowo. Wyrostek robaczkowy ma 3 ctm. długości, 2 mm. szerokości. Sieć duża prawidłowa. Podstawa krezki jest szeroka na 1 ctm.; krezka jelita czezego i biodrowego aż do miejsca, gdzie

jelito było zwężone, była prawidłowo rozwinięta; w miejscu, odpowiadającym rozszerzonej kiszce, była ona ogromnie wydłużona, zawierała liczne obrzmiałe gruczoly chłonne. Natomiast krezka, odpowiadająca części кишки zwężonej, była niezmiernie ścięczała i w miejscu przejścia jej w krezkę okrężnicy wstępującej widać było otwór, po nad którym przebiegały 2 pasma szerokie na 1 mm. W jednym z tych pasm przebiegała tętnica i żyła. Część кишки zwężona z łatwością wkłada się w ów otwór w krezce.

Klinicznie, w obec braku wypróżnień pomimo spożywania pokarmów, skoro znaleziono drożność odbytnicy i kanałów przepuklinowych, łatwo było dojść do rozpoznania niedrożności, umiejscowionej w wyżej położonym odcinku przewodu pokarmowego. Znaczne rozdęcie кишки i przerost ściany tejże wskazuje, że sprawa chorobowa powstała jeszcze podczas życia płodowego. Rozdęcie wzmogło się po spożyciu przez dziecko pokarmu i doprowadziło wreszcie do przedziurawienia ściany i rozległego zapalenia otrzewny. Trudno orzec, jak dużo dałoby się pomódz w danym przypadku za pomocą operacji; dotychczasowa statystyka wskazuje, że operacja w podobnych razach dawała wyniki zgoła niepomyślne. Badanie mikroskopowe wykazało w miejscu przewężenia zupełny brak światła кишки.

Całą sprawę chorobową tłumaczy autor w taki sposób, że owa ścięczała, zanikowa część jelita biodrowego wślizgnęła się podczas życia płodowego do szpary w krezce i, nie ulegając tu zgorzeli, na skutek upośledzonego odżywiania, uległa niedorozwojowi. Co się tyczy samej szpary w krezce, to mogła ona być wrodzona, mogła następnie powstać skutkiem niedorozwoju naczyń krwionośnych, wreszcie mogła wytworzyć się przez ucisk, wywierany na krezkę przez przylegającą do niej pętlę кишки. Autor przypuszcza, że była ona pierwotna, zaś uwięźnięcie powstało wtórnie. Można by powiedzieć, że miało się tu do czynienia z *hernia retroperitonealis*.

(*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* 1903. B. 26 H. 3—4).

CAHIER. Ostra niedrożność кишки cienkiej i odróżnienie jej od zapalenia wyrostka robaczkowego.

Niedawne są czasy, gdy zapalenie otrzewny wyrostkowego pochodzenia stale brano za niedrożność kiszek. Odwrotna pomyłka, mianowicie, branie niedrożności кишки cienkiej za zapalenie wyrostka robaczkowego i dziś przytrafia się wcale nie rzadko. Na potwierdzenie tego przytacza C. następujące spostrzeżenia.

W pierwszym 23 letni żołnierz przed 3 laty chorował na tyfus, zaś od owego czasu miał trzykrotnie napady gorączki, zaparcia stolca, wzdęcia brzucha, wymioty. Obecna choroba trwa dobę. Chory w zapaści, język biały, często powtarzające się wymioty żółciowe, wzdęcie brzucha; ostatni stolec przed 36 godzinami. Wiatry nie odchodzą. Samoistny ból, wzmagający się od uciśnięcia, nieco powyżej punktu MAC-BURNEY'a, szerzący się w okolice lędźwiową prawą. Ilość moczu mała, ciepłota 38,2°. Tętno zadawałające, 85. Zalecono dyetę, olej rącznikowy, antyseptykę kiszek. Objawy następnych dni pogarszały się. Zupełne zaparcie stolca i wiatrów, pomimo wlewań, tętno coraz szybsze, ból w prawym dole biodrowym zarysowywał się coraz dobitniej. Rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego i przeniesiono chorego do oddziału chirurgicznego. Tu znaleziono: Zapaść wyraźna. Ciepłota ciała 38,2°, tętno — 95. Brzuch wzdęty umiarkowanie. Żywa bolesność w dole biodrowym prawym ponad punktem MAC-BURNEY'a. Zupełne zaparcie stolca i wiatrów, żółciowe wymioty. *Ampulla recti pasta*. Mocz nie oddawał całą dobę; za pomocą cewnika wypuszczono za ledwie kilka centymetrów ciecicy. Zgadając się na powyższe rozpoznanie, przystąpiono do zabiegu. Podczas operacji znaleziono długi wyrostek robaczkowy, zgięty ku tyłowi, zupełnie zdrowy, kioskę ślepą w stanie prawidłowym. Było oczywiście, że nie tu mieści się przyczyna powyższych objawów. Wówczas poczęto systematycznie wydobywać pętlę kiszek cienkich nazewną. Otóż jedna z takich pętlic chowała się w nadbrzuszu, dała się wydobyć z pewną trudnością, była wzdęta i zwracała na się uwagę swoją objętością i wyglądem, pozatem ściana jej nie była zmieniona. Nie znajdując innych zmian w jamie brzucha, кишки odprowadzono z powrotem, brzuch zaszyto doszczętnie. Przebieg pooperacyjny pomyślny, wyzdrowienie. Oczywiście chodziło w danym przypadku o niedrożność na skutek uwięźnięcia кишки cienkiej w o-

kolicy nadbrzusza. Zastanawia nas w danym przypadku, że pomimo to ból był umiejscowiony w punkcie charakterystycznym dla wyrostka robaczkowego, co dowodzi, że z tego tak jakoby charakterystycznego umiejscowienia bólu żadnych wniosków robić nie należy. Wogóle da się powiedzieć, że dotychczas nie istnieją objawy kliniczne, pozwalające z całą ścisłością odróżnić ostrą niedrożność кишки cienkiej od sprawy zapalnej w okolicy кишки ślepej i wyrostka robaczkowego. Z nowszych badań daje się ustalić fakt, że, podczas gdy w zapaleniu wyrostka robaczkowego liczba leukocytów we krwi dobiega 40,000 do 50,000 — w niedrożności innego pochodzenia najwyżej do 25,000. Jako na drugi pewniejszy objaw rozpoznawczy zwraca C. uwagę na fakt, stwierdzony przez LEWIN'a, że gorący okład, przyłożony w okolicy ropnia, potęguje ból; oczywiście, w przypadku mechanicznej niedrożności wzmocnienia bólu nie otrzymamy. Wreszcie dałoby się stosować i spostrzeżenie SCHÜLE'go, że, podczas gdy w warunkach prawidłowych różnica pomiędzy ciepłotą, zmierzoną pod pachą i w odbytnicy, wynosi w przecięciu 0,6°C. to w stanach zapalnych w okolicy małej miednicy podnosi się ona do 1,1° — 1,4°C.

Przypadek drugi, zapożyczony od GUINARD'a, przedstawiał się, jak następuje. 36-letni mężczyzna dostał naraz wymiotów i boleści z prawej strony brzucha i w okolicy pępka; nazajutrz — wzdęcie brzucha, wyraz twarzy zapaściowy, brak stolców i wiatrów. Najpierw myślano o przedziurawieniu żołądka lub dwunastnicy, następnie rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego, opierając się na ciepłocie ciała, wynoszącej 39,2°, na punkcie bolesnym MAC-BURNLEY'a, na tępości w okolicy dołu biodrowego prawego. Operacja wykryła, że kiszka ślepa jest pusta, zaś wyrostek robaczkowy prawidłowy. Dwie pętlice kiszki uwięzły w pierścieniu, jaki powstał przez przyrośnięcie uchyłku MECKEL'a do krezki кишки cienkiej w pobliżu odbytnicy.

Odnośnie do owego pierwszego przypadku, sądzi autor, że miał do czynienia z wewnętrznym uwięzieniem pętlicy кишки cienkiej w uchyłku otrzewny w okolicy dwunastnicy, na które to uchyłki zwrócił uwagę JONNESCO, i sądzi tak ze względu na to, że wydobyć tej pętli na zewnątrz wymagało zastosowania znacznej siły, że

była ona unieruchomiona we wspomianej wyżej okolicy i że była rozdęta, tak iż bardzo wyraźnie odznaczała się od otaczających pętlic swoją objętością. Brak linii strangulacyjnych da się wytłumaczyć w ten sposób, że tu było raczej przegięcie się кишки przez bryd, niż właściwe zaciśnięcie. Ciężkie objawy ogólne dadzą się zrozumieć w ten sposób, że drobnoustroje, głównie lasecznik okrężnicy, rozmnażając się w odsznurowanej pętlicy i nabierając jadowitości, wędruje przez ścianę кишки, dostaje się do otrzewny i daje tu podrażnienie tejże i samozatrucie.

(Revue de Chirurgie N. 1. 1903)

A teraz — kilka słów w sprawie, napozór tak wszechstronnie wyczerpanej, w rzeczywistości zaś tak dużo jeszcze wymagającej opracowania — w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego. Oto Maurice CAZIN i Edmond GROS napisali „O leukocytozie w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego“.

Autorzy wielce podnoszą wartość badania krwi w kierunku leukocytozy w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, uważając badanie to za bardziej wartościowe pod względem rozpoznania i wskazań leczniczych od określania krzywej ciepłoty ciała i od obliczania tętna. Dodają, że sama technika obliczania bezbarwnych ciałek krwi powinna być możliwie dla szerszego ogółu lekarzy praktyków uprzyjętniona. Sami oni posługiwali się przyrządem HAYEM'a, poczynając sobie w sposób następujący: 20 mm. sz. krwi chorego wpuszczano do próbki, zawierającej 494 mm. sz. 5% roztworu kwasu octowego, niszczonego czerwone ciała krwi i snadnie uwydatniającego jądra leukocytów, i mieszaninę jaknajstaranniej kłócono. Na skutek tego 1 mm. sz. mieszaniny zawierał $\frac{20}{514}$ mm. sz. krwi. By obliczyć, ile krwi zawiera 1 kwadrat przyrządu HAYEM'a, rozumujemy w sposób następujący. Kwadrat taki odpowiada sześciannemu, mającemu bok długi na 0,2 mm., czyli sześciannemu o objętości 0,008 mm. sześciennego. Ponieważ 1 mm. sześcienny naszej mieszaniny zawiera $\frac{20}{514}$ mm. sz. krwi, przeto 0,008 mm. sześciennego tej cieczy zawiera $\frac{20 \times 0,008}{514}$, czyli $\frac{1}{3212}$, a więc mniej

więcej $\frac{1}{3200}$ mm. sześciennego krwi. Z powyższego wypływa, że w 1 kwadracie przyrządu HAYEM'a mieści się liczba leukocytów, zawarta w $\frac{1}{3200}$ mm. sześciennego krwi; a więc liczbę leukocytów, znaną w 1 kwadracie, zaś dla ścisłości liczbę przeciętną, otrzymaną z obliczenia kilkudziesięciu kwadratów, należy powiększyć 3200 razy, by otrzymać istotną liczbę leukocytów w 1 mm. sz. badanej krwi.

W 1 mm. sześciennym krwi zdrowego dorosłego człowieka mieści się od 7,000 do 10,000 leukocytów, u dzieci liczba ta może być nieco większa. Bądź co bądź, liczba leukocytów, przekraczająca 10 tysięcy, jest uważana za chorobliwie zwiększoną. Liczne i dokładne spostrzeżenia wykazały, że już w samym początku zapalenia wyrostka robaczkowego liczba bezb. c. krwi jest zwiększona, mianowicie, najczęściej osiąga ona 10 do 15 tysięcy, czasami 20 tysięcy. W przypadkach, przebiegających łagodnie, liczba ta w bardzo prędkim czasie, nieraz już drugiego dnia od początku choroby, zmniejsza się i powoli wraca do stanu prawidłowego. Taka przemijająca leukocytoza jest odczynem ze strony podrażnionej otrzewny, jak dowiedziono tego najpierw na drodze doświadczalnej, następnie zaś obserwując ludzi bezpośrednio po dokonanej laparotomii, przebiegającej bez najmniejszych objawów zakażenia. Tego rodzaju leukocytoza, raz jeden stwierdzona, nie dając pierwszego ani drugiego dnia choroby najmniejszej wskazówki, czy będziemy mieli do czynienia z postacią zapalenia wyrostka, która ukończy się zupełnie pomyślnie, czy też z taką, która doprowadzi do mniej lub bardziej rozległego wysięku ropnego, pozwala jednak natychmiast odróżnić zapalenie wyrostka od innych cierpień w jamie brzucha, przebiegających bez leukocytozy, a nawet ze zmniejszoną liczbą leukocytów we krwi. Tymczasem obliczanie leukocytów, przedsiębrane systematycznie raz lub dwa razy dziennie, może dać nam wskazówkę, czy choroba przebiega łagodnie, czy zanosi się na przebieg złośliwy. Badania autorów wykazały, że w przypadkach łagodnych liczba leukocytów w początku choroby nie przekraczała 20 — 25 tysięcy, mianowicie, z pośród 17 przypadków w 6 nie przekraczała ona 15,000, w sześciu wahała się od 18 do 20 tysięcy, wresz-

cie w 3 od 20 do 22. W bardzo prędkim czasie w przypadkach pomyślnych liczby te poczynają opadać. Autorzy uogólniają spostrzeżenia, twierdząc, że w większości przypadków, gdy w początku choroby liczba leukocytów jest powiększona umiarkowanie, gdy w dalszym przebiegu w prędkim czasie zaczyna ona opadać, można spodziewać się, nie bacząc na przebieg krzywej ciepłoty ciała, prędkiego pomyślnego rozwiązania sprawy chorobowej. W leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego, dziś tak jeszcze nieustalonym, istnieje jedno wskazanie, na które wszyscy zgadzają się: mianowicie, że niewątpliwe istnienie ropnia wymaga bezzwłocznie zabiegu operacyjnego. Tymczasem stwierdzenie ropnia bardzo często następuje wielkie trudności. Badanie liczby bezbarwnych ciałek krwi oddaje tu nieoszacowane usługi. Oto, gdy liczba ta jest wogóle wysoka, przewyższa 20 tysięcy, gdy niezależnie od przebiegu ciepłoty ciała, nieraz w prędkim czasie powracającej mniej więcej do stanu prawidłowego, od ogólnego stanu chorego, czującego się nieraz zupełnie dobrze, następujących dni wzrasta owa liczba, dochodząc do 30, 40, nawet 45 tysięcy, gdy tak zwiększona trwa, nie wykazując dążności do zmniejszania się, wówczas istnienie zbiorowiska ropnego, nie wykrywającego się w jakikolwiek inny sposób, staje się niewątpliwem. Przytaczają oni dla przykładu przypadek, w którym chodziło o 15-letnie dziecko; trzeciego dnia choroby miało ono 40° i 80 uderzeń tętna, liczba leukocytów wynosiła 8,500. Piątego dnia choroby ciepłota ciała była prawidłowa, stan ogólny doskonały. Tymczasem 7 dnia znaleziono 31,000 leukocytów w 1 mm. sześciennym krwi, pomimo ciepłoty ciała 37,6 i tętna 80. Miejscowo prócz napięcia mięśni bardzo nieznacznego i pewnej ciastowatości w prawym dole biodrowym nie było wykryto. Natychmiast dokonany zabieg wykrył ropień, położony poza kątnicą, wielkości jaja kurzego. Dodać należy, że nie istnieje jakaś absolutna liczba leukocytów, wskazująca na ognisko ropne w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. Również nie ma najmniejszej równoległości w przebiegu ciepłoty ciała i leukocytozy. W przypadkach wątpliwych jednak zawsze wypadnie oddać pierwszeństwo krzywej leukocytozy nad krzywą ciepłoty ciała, dowiodły tego bardzo liczne przypadki C. i G., jak również i innych autorów. W pewnych

przypadkach, pomimo zbiorowiska ropy w jamie otrzewny, wynik badania krwi pod względem leukocytozy wypada ujemnie. Bywa to, gdy mamy rozlane, septyczne zajęcie otrzewny pochodzenia wyrostkowego, gdy ustrój, od razu nadmiernie zatruty, nie ma siły reagować na podrażnienie wytworzeniem większej liczby leukocytów, zaś powtóre, gdy mamy stary, otorbiony ropień po przebytej chorobie; wówczas toksyny z mocno otorbionego ropnia nie przedostają się do ogólnego obiegu i nie prowadzą do większego wytwarzania się leukocytów. Zazwyczaj po otworzeniu zbiornika ropy liczba leukocytów w bardzo prędkim czasie opada, wracając do stanu prawidłowego; w przypadkach atoli, w których pomimo zabiegu leukocytoza trwała lub nawet zwiększała się, znajdowano inne nagromadzenie ropy. Dodać należy, że, badając krew w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, należy wyłączyć inne sprawy, które mogłyby powodować w danej chwili u chorego leukocytozę.

(*La Semaine médicale N. 18. 1903*).

WASSERMANN w artykule swym: „**Dalszy przyczynek do wartości rozpoznawczej leukocytozy w zapaleniu wyrostka robaczkowego**“ w zupełnie identyczny sposób zapatruje się na wartość rozpoznawczą i wskazaniową określania leukocytozy. Na potwierdzenie przytacza on spostrzegany przez się przypadek, który dotyczył 19-letniego chłopca, od 8 dni cierpiącego na ból w dole prawej połowy brzucha. W początku choroby raz jeden wymioty. Badanie wykrywa budowę ciała mocną, bladłość skóry i śluzówek, język suchy, obłożony. Ciężota ciała 37,2° tętno — 78, miarowe, mocne. Brzuch umiarkowanie wzdęty, w prawym dole biodrowym zwiększona odporność, odgłos wypukowy stępiony. Po upływie 2 dni ciężota ciała w dalszym ciągu prawidłowa. Leukocytów 16,400 w 1 mm. sześciennym, ból w dole biodrowym zgiął zupełnie, odporność, stępienie, uciskowy ból prawie nie istnieje. Samoistne stolce. Po upływie następnych 3 dni ciężota 36,7°, tętno — 76, leukocytów 24,400. Odporności w okolicy prawego dołu biodrowego nie znajdujemy wcale, tylko głębokie obmacywanie powoduje nieznaczny bolesny tuż obok talerza kości biodrowej. Następnie stan ogólny jak najpomyślniejszy, brzuch wcale nie bolesny, ciężota ciała zupełnie prawidłowa.

Liczba leukocytów atoli wciąż dobiegała 22,300. Wobec tego 13 dnia pobytu pacjenta w szpitalu dokonano mu operacji. Po otworzeniu otrzewny cięciem typowym znaleziono posklejane pętle kiszki w okolicy kiszki ślepej. Po rozlepieniu kiszki, natrafiono na ropień, zawierający gęstą ropę i kamień kałowy. W miejscu wyrostka robaczkowego otwór, prowadzący do wnętrza kiszki ślepej. Otwór ten zaszyto. Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny. Wieczorem po operacji liczba leukocytów dosięgała 48,600, nazajutrz 36,800, następnie w przeciągu 10 dni powoli opadła do stanu prawidłowego.

W. dodaje, że w leukocytozie wyrostkowego pochodzenia, jak i w każdej innej pochodzenia zapalnego, napotyka się wielojądrowe neutrofile. W ropie znajdowano rozmaite drobnoustroje. Nie udało się jednak wykryć rozmaitego stopnia leukocytozy w zależności od rozmaitych drobnoustrojów. Już samo podrażnienie mechaniczne otrzewny daje nieznaczną leukocytozę, tak iż nieznaczny stopień tejże może być uważany za zwyczajny odczyn otrzewny na podrażnienie. Dopiero wyższe stopnie leukocytozy wskazują na tworzenie się ropnia.

(*Archiv f. klinische Chirurgie 1903 B. 69 H 1—2*).

Wreszcie STADLER w artykule swym „**O wartości rozpoznawczej leukocytozy w sprawach zapalnych, pochodzących z kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego**“ na podstawie nowych 70 spostrzeżeń z kliniki lipskiej dochodzi do wniosków następujących, zresztą bardzo zbliżonych do powyżej przytoczonych. Zachowanie się białych ciałek krwi w większości przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego pozwala z całą pewnością odróżnić postacie, przebiegające z wysiękiem włóknikowym od przypadków, dochodzących do ropienia. Przypadki nie ropiejące cechują się tem, że lżejsze z pośród nich przebiegają zupełnie bez leukocytozy zaś cięższe wykazują nieznaczne powiększenie liczby białych ciałek krwi w początku zachorowania, zaś w dalszym przebiegu liczba ta wraca niebawem do poziomu, uznanego za prawidłowy. Bądź co bądź, liczba ta nie przekracza 23,000. Wysokość liczby jest wogóle równoległa do rozległości sprawy zapalnej. Jeżeli liczba leukocytów zarówno podczas pierwszych dni, jak i w dalszym przebiegu pozostaje wysoką, wówczas,

wyluczając wszystkie inne sprawy chorobowe, które mogłyby dać powód do powstania leukocytozy, musimy twierdzić, że mamy do czynienia ze sprawą ropną. Liczba, przekraczająca 25,000, szczególnie po dłuższym trwaniu sprawy chorobowej, przemawia na korzyść ropienia, a więc stwarza wskazanie do zabiegu operacyjnego. Po opróżnieniu ropnia sztucznem czy też samoistnem po krótkotrwałem podniesieniu się opada liczba leukocytów rozmaicie szybko, w zależności od szybkości opróżniania się ogniska ropnego. Zatrzymywanie się ropy sprawia, że liczba leukocytów nie opada lub nawet powiększa się. Wszystko, co powiedziano odnośnie leukocytozy w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, ma wartość i dla spraw zapalnych, rozgrywających się w tkance łącznej małej miednicy, o ile odbywają się one w pobliżu otrzewny. Zachowanie się białych ciałek krwi pod względem wartości rozpoznawczej wytwarzania się ogniska ropnego w przebiegu ostrego zapalenia przywrostkowego przewyższa wszystkie inne objawy kliniczne, jako to kształt i spoistość wysięku, przebieg krzywej ciepłoty ciała, dane, otrzymane przez nakłucie próbne i t. d.. Dodać jednak należy, że jednocześnie z leukocytozą musimy w każdym spostrzeganym przypadku jaknajsystematyczniej uwzględniać i wszystkie inne objawy kliniczne cierpienia.

Z chwilą otorbienia się ropnia przywrostkowego za pomocą tęgiej błony leukocytoza opada i często wraca do wysokości prawidłowej. Wobec tego zachowanie się leukocytów w przypadkach ropienia przewlekłego ma tylko ograniczoną wartość rozpoznawczą.

Dla rozpoznawania ogólnego zapalenia otrzewny ma wartość nie absolutna wysokość liczby leukocytów, lecz jej dążenie do opadania lub podnoszenia się. Uogólniając, można powiedzieć, że przypadki, przebiegające piorunująco, już od początku cechują się nieznacznie powiększeniem liczby leukocytów, natomiast przypadki, cechujące się wysokimi liczbami białych ciałek krwi, dają wyniki pomyślne, czyli leukocytoza daje nam wskazówkę co do stanu odporności ustroju przeciwko drobnoustrojom i wytwarzanym przez nie jadom.

(*Mitteilungen aus den Grenzgeb. der Medizin und Chirurgie 1903. B. 11 H. 3*).

Z mniejszem zaufaniem i zapalem do wartości klinicznej stwierdzania leukocytozy w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego odzywa się KÜSTER w artykule: „**Kliniczne objawy ropnej i zgorzelinowej postaci zapalenia wyrostka robaczkowego**“, kładąc właśnie duży nacisk na niedoceniane nieco ostatnimi czasy inne objawy kliniczne omawianej sprawy chorobowej. Dadzą się one podzielić na ogólne i miejscowe. Do ogólnych należy po pierwsze leukocytoza. Stwierdzenie jej istnienia i tego lub owego dalszego zachowania się jej może mieć niewątpliwie w pewnych przypadkach duży wpływ na zachowanie się się lekarza wobec pacyenta. Lecz ponieważ dopiero kilkodniowe określanie leukocytozy posiada istotną wartość kliniczną, tymczasem przypadki ciężkie wymagają częstokroć decydowania się natychmiastowego, przeto w przypadkach takich, zresztą bardzo licznych, klinicysta wprost nie ma możności korzystania z tego objawu. Po wtóre, wymienić należy wyraz twarzy, tak zwaną *facies abdominalis*. Swoisty tego rodzaju wyraz twarzy zjawia się wówczas, gdy ma miejsce rozległa zgorzel wyrostka robaczkowego, gdy mamy do czynienia z ograniczonym, lecz dużym ropniem, lub gdy wreszcie ropienie szerzy się swobodnie po jamie otrzewny. Jady drobnoustrojowe, przedostając się w dużej ilości do obiegu krwi, zatrują ustrój chorego, powodując zapaść, która na twarzy wyraża się żółtawem zabarwieniem skóry, zaostreniem nosa, zapadnięciem się oczu, otoczonych ciemną obwódką i t. p.. Po trzecie, zachowanie się tętna daje wskazówki bardzo wartościowe. Mianowicie, skoro tętno, dotychczas mocne, powoli lub raptownie staje się małym i szybkim, natenczas z całą pewnością możemy twierdzić, że zakażenie, dotychczas miejscowe, uogólnia się, co znajduje miejsce, gdy otorbiony ropień otworzył się do ogólnej jamy otrzewny, lub gdy mamy do czynienia z rozległą zgorzelą. Po czwarte, należy korzystać i z krzywej ciepłoty ciała. Gdy początkowe podniesienie się ciepłoty już nazajutrz opada, dowodzi to, że sprawa bynajmniej nie ma się ku ropieniu. Skoro jednak następnie podnosi się ciepłota ciała nanowo, jest to niezawodnym dowodem ropienia. Jeżeli początkowe powiększenie się ciepłoty ciała trwa dłużej, niż 48 godzin, możemy z bardzo dużem prawdopo-

bieństwem oczekiwać ropienia. Opadanie ciepłoty ciała i współczesne mocne przyspieszenie coraz mniej napiętego tętna jest objawem jaknajmniej pomyślnym.

Z objawów miejscowych najpierw wymienimy ból. Niektórzy, jakoto SONNENBURG, twierdzą, że bardzo dotkliwy ból wskazuje na zgorzelinową postać zapalenia wyrostka robaczkowego. Autor jednak nie zgadza się, by ze stopnia natężenia bolesności można było robić jakieś wnioski o charakterze sprawy, odbywającej się w okolicy wyrostka robaczkowego. Po wtóre wypa nie wspomnieć o guzowatości. Otóż czasami, już pobieżnie oglądając brzuch, spostrzegamy wydatność w prawym podbrzuszu, zaś jednocześnie znajdujemy skórę wspomnianej okolicy zaczerwienioną i obrzękłą. W tego rodzaju przypadkach mamy do czynienia z nacieczeniem zewnątrzotrzewnowym. Gdy wysięk znajduje się wewnątrz otrzewny, wówczas guzowatość wymacuje się o wiele rzadziej. Ta ostatnia wskazuje nie tylko na wielkość nacieczenia; na utworzenie jej prócz nacieczenia składają się pozrastane ze sobą i z siecią pętle kiszki. Wymacać chęlnie w takim guzie wewnątrzotrzewnowym udaje się niezmiernie rzadko. Częściej o wiele wykrywa się stępienie odgłosu wypukowego, atoli brak stępienia bynajmniej nie wskazuje na nieobecność ogniska nacieczenia zapalnego, albowiem może ono być przykryte od przodu pozlepianymi kiszki. Następnym objawem miejscowym jest obrzęk powłok. Stwierdza się on tylko przy dobrem oświetleniu, jest dość częsty, bywa o wiele częściej od stępienia. Rozległy obrzęk powłok wskazuje częściej na wysięk zewnątrzotrzewnowy, niż mieszczący się w jamie otrzewnej. Na ostatku zwraca K. uwagę na jeszcze jeden objaw miejscowy — mianowicie, na sztywną nieruchomość ściany brzucha w okolicy prawego dołu biodrowego. Mianowicie, gdy przy dobrem oświetleniu staniemy w nogach leżącego na grzbiecie pacjenta i każemy mu głęboko oddychać, wówczas rzuci nam się w oczy duża różnica pomiędzy stroną lewą i prawą podbrzusza. Podczas gdy strona lewa swobodnie, wyraźnie wypukła się, prawa pozostaje zupełnie płaską, nieruchomą. Objaw ten, który autor bardzo zaleca i uważa bodaj za patognomiczny dla istniejącego ropienia, polega na tem, że nacieczenie drobnokomórkowe, szerząc się na

tkankę zewnątrzotrzewnową, a z niej na głębsze warstwy mięśni brzucha znosi sprężystość owych właśnie głębokich mięśni ściany brzucha. Tego rodzaju sztywność mięśni może powstawać, niestety, i na drodze zwrotnej, naprzykład w przypadku uwięźnięcia kamienia w moczowodzie.

Autor sądzi, że dokładna znajomość i uwzględnienie powyższych objawów pozwoli i bez określania leukocytozy dojść do właściwego rozpoznania. Nakłucie próbne odradza.

(*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* 1902. B. 67).

Dawno już nieporuszaną sprawę porusza JORDAN z Heidelberga w artykule swym: „**O pierwotnem ostrem zapaleniu kiszki ślepej**“. Bardzo liczne spostrzeżenia, porobione przez chirurgów *in vivo*, jak również oględziny pośmiertne sprawiły, że dziś zapalenie wyrostka robaczkowego (*Appendicitis*) zupełnie wyparło z naszych umysłów tak rozpowszechnione dawniej — zapalenie pierwotne kiszki ślepej (*typhlitis et perityphlitis*). Są nawet tacy, co wogóle odrzucają istnienie tego ostatniego cierpienia. Autor sądzi, że przytoczony przezeń przypadek może przekonać niedowiarka o możliwości istnienia omawianej sprawy chorobowej.

Perityphlitis może pochodzić z kiszki ślepej w 2 przypadkach. Po pierwsze, w ścianie kiszki powstaje otwór już to na skutek przebicia ściany kiszki od zewnątrz ku wewnątrz, naprzykład, gdy ropień, w okolicy kiszki ślepej położony, otwiera się do jej wnętrza, już to na skutek jakiejś sprawy wrzodziejącej, swoistej, zdążającej w kierunku odwrotnym, naprzykład gruźlicy, przymiotu, duru, dyzenteryi, promieniocy. Powtóre, może przenosić się na otrzewną, pokrywającą kiszkę ślepą, zapalenie, usadowione pierwotnie tylko na śluzówce kiszki i dopiero następnie szerzące się stopniowo ku powierzchni. Ta ostatnia sprawa, identyczna z t.z. *typhlitis stercoralis*, właściwie zasługuje na miano pierwotnego ostrego zapalenia kiszki ślepej.

Przypadek autora ma być właśnie przypadkiem ostatniej postaci sprawy chorobowej. Dziesięcioletnia dziewczynka zachorowała nagle na zapalenie kiszki ślepej. Wkrótce zjawił się wysięk w prawym dole biodrowym, mocno bolesny na ucisk, wielkości dłoni, wymacujący się i od strony odbytnicy. Na razie zastosowano leczenie łagodząco-wyczekujące. Wysięk zaczął nieco zmniejszać się, stawał się natomiast bar-

dziej twardym; stan ogólny był zadawalający. Ponieważ atoli dziecku dokuczał zjawiający się często ból w prawym boku, ponieważ zaparcie stolca trwało, od czasu do czasu zjawiała się gorączka, postanowiono, po upływie 6 tygodni od początku choroby, dokonać operacji. Podówczas w prawym dole biodrowym wymacywał się guz wielkości małej pięści, twardy, bolesny, głównie w punkcie MAC-BURNEY'a. Pozatem brzuch miękki, nie bolesny. Po otworzeniu otrzewny cięciem skośnym, znaleziono obficie rozrośniętą tkankę bliznową w okolicy кишки ślepej; dokola tej ostatniej pętli kiszki były pozrastane ze sobą i z kiszką ślepą za pomocą mocnych zrostów zapalnych, przez co powstał ów wymacywany przed operacją guz. Wolnego płynnego wysięku nie znaleziono weale. Po rozdzieleniu zrostów napotkano wyrostek robaczkowy zupełnie wolny, nie pozrastany, nie pokryty wysiękiem; miał on powierzchnię zupełnie zdrową, gładką. Dla większego bezpieczeństwa wyrostek jednak wycięto. Spostrzeżono również na przedniej powierzchni кишки ślepej, w miejscu zlepow, bliznę wielkości dwumarkówki i wymacano tu w ścianie кишки nacieczenie, sięgające aż do śluzówki, grube na pół centymetra, w odległości 2 ctm. od wyrostka robaczkowego. Ze względu na powyższe była prawdopodobna obecność jakiegoś owrzodzenia na śluzówce. Ponieważ, wobec zdrowego wyrostka robaczkowego, można było przypuszczać, że cała sprawa zapalna powstała z owego owrzodzenia, zaś natura tego ostatniego była zupełnie nieznaną, tedy dokonano częściowego wycięcia ściany кишки ślepej wraz z owrzodzeniem. Przebieg pooperacyjny pomyślny, chora została zupełnie uwolniona od dolegliwości.

Na wewnętrznej powierzchni wyciętego kawałka kiszki, mającego $\frac{1}{2}$ ctm. grubości, mieściło się owrzodzenie długości $2\frac{1}{2}$ ctm. szerokości $\frac{1}{2}$ ctm., płaskie, o gładkim dnie i licznych rozrostach polipowatych. Otaczająca śluzówka obrzmiała, rozpulchniona, pozatem niezmienną. Na przecięciu miejsca owrzodzonego znaleziono tkankę nacieczoną aż do surowicówki. Za pomocą mikroskopu wykryto tylko bardzo mocne nacieczenie drobnokomórkowe, najmocniejsze w śluzówce i podśluzówce, przechodzące na mięśniówkę i surowicówkę i nawet na tkankę bliznową włókniastą, zrośniętą z tą ostatnią. W granicach nacieczenia wykryto gronkowce.

Autor sądzi, że w przypadku niniejszym sprawa zapalna zaczęła się w śluzówce przedniej ściany kiszki z jakiegoś nadpęknięcia tejże, powstałego skutkiem zatrzymania się tu mas kałowych lub ciała obcego, zakażonego następnie przez gronkowce.

(*Archiv f. klinische Chirurgie 1903. B. 69. H. 1 - 2*)

Oryginalny temat starał się opracować HERMES, mianowicie chciał on wyświetlić „**dane, dotyczące zmian w wyrostku robaczkowym u chorych ginekologicznych**”.

Przytacza on najpierw dość szeregółową tablicę, zawierającą 75 przypadków, w których podczas laparotomii, dokonanych w klinice prof. SONNENBURG'a w Berlinie z powodu cierpień kobiecych, przedsiębrano jednocześnie oględziny stanu wyrostka robaczkowego.

Następnie, na podstawie owej tablicy dochodzi do wniosków następujących. U kobiet z chorobami narządów płciowych bardzo często spostrzega się jednocześnie stan chorobowy wyrostka robaczkowego; mianowicie, z pośród 75 przypadków autora napotkano tenże w 40 przypadkach. Stan chorobowy wyrostka robaczkowego przedstawia się w dwóch postaciach. Po pierwsze, możemy mieć do czynienia z przewlekłym zapaleniem śluzówki, z nieprawidłową zawartością jamy wyrostka. Tego rodzaju cierpienie wyrostka nie pozostaje w żadnym stosunku przyczynowym do cierpienia narządów kobiecych. Po wtóre, możemy napotkać zrosty, które często prowadzą do cierpień wtórnych. Otóż w tych ostatnich przypadkach cierpienie wyrostka robaczkowego i narządów kobiecych mogą nie być w żadnym stosunku przyczynowym względem siebie, lub też cierpienie jednego narządu może dzięki długiemu trwaniu i mocnemu napięciu sprawy zapalnej przenosić się wtórnie na drugi. Nie zawsze udaje się wykryć, gdzie mieściło się pierwotne ognisko choroby. Najczęściej jednak, bądź co bądź, sprawa chorobowa narządów kobiecych szerzy się wtórnie na wyrostek robaczkowy. Na ostatku radzi autor podczas każdej laparotomii przekonać się o stanie wyrostka robaczkowego; skoro tenże jest zmieniony chorobowo, należy wyciąć go bezwarunkowo.

(*Deutsche Zeits. f. Chirurgie. 1903 B. 68. H. 3-4*).

Zakończymy artykułem KRAFFT'a z Lozany, który w artykule tym, noszącym tytuł: „Zapalenie wyrostka robaczkowego i makowiec“, zapytuje na wstępie: należy, czy nie należy podawać makowca chorym na zapalenie wyrostka robaczkowego?

Otóż na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego szwajcarskiego z d. 30 X r. 1902 wypowiedział prof. BOURGET zdanie następujące. „Wydaje się conajmniej dziwnem, że chirurg z takim uporem sprzeciwia się stosowaniu środków, podawanych niegdyś w celu zwalczenia tego, co nazywano zapaleniem kątnicy. Jest rzeczą bardzo pewną, że zapalenie dokołakątnicze, niegdyś rzadkie, stało się o wiele częś szem od czasu zastosowania leczenia chirurgicznego. Zdaje nam się, że winien tu jest sposób leczenia, i coraz bardziej jesteśmy pewni, że środki, zastosowane w początku cierpienia, mogą wpłynąć na pogorszenie przebiegu tegoż. Przypuszczamy, że łagodnie działający środek czyszczący (olej rącznikowy) i wlewania do odbytnicy są o wiele więcej warte od zastosowania lodu i podawania makowca“. W tym samym roku ROBIN opisał chorego na wyrostek robaczkowy, którego z dobrym skutkiem leczył za pomocą wlewań i łagodnego mięsienia okrężnicy. Między innymi powiedział on, że makowiec jest w stanie pogorszyć rozpoczynający się napad zapalenia wyrostka robaczkowego. Zachodzi pytanie, czy mieli oni prawo tak ostro powstawać przeciwko stosowaniu makowca w *appendicitis*?

Autor rozumuje w sposób następujący. Zanim będziemy rozprawiali o stosowaniu tego lub owego leczenia, należy dokładnie porozumieć się co do rozmaitych postaci sprawy chorobowej. Oto możemy mówić o *appendicitis*—

zapaleniu wyrostka robaczkowego; wówczas mamy na myśli sprawę zapalną, szerzącą się po błonie śluzowej, i mianowicie, najpierw po śluzówce kiszki ślepej, być może, współcześnie okrężnicy wstępującej, poprzeczniczy i t. d., i następnie przenoszącą się na śluzówkę wyrostka robaczkowego. Następnie możemy wymienić *periappendicitis*, czyli zapalenie dokoławyrostkowe, zapalenie błony surowiczej. Obie te postaci w dzisiejszym stanie wiedzy lekarskiej dają odróżnić się klinicznie nawzajem wystarczająco dokładnie. Z nich pierwsza należy bez zastrzeżeń do lekarzy — internistów; druga z chwilą, gdy została wystarczająco stwierdzona, staje się bezsprzeczną własnością chirurga. Otóż lekarz-internista postępuje trafnie, stosując w postaciach śluzówkowych cierpienia środki czyszczące, środki odkażające śluzówkę kiszki; stara się on w ten sposób zapobiedz dalszemu okresowi tak strasznej choroby. Zgola inne zadanie do wypełnienia ma lekarz-chirurg. Musi on, oczekując chwili, w której może stać się koniecznym zabieg operacyjny, łagodzić cierpienie chorego i dążyć do umiejscowienia sprawy chorobowej, rozgrywającej się w jamie otrzewny. Wymaganiom tym robi zadość, stosując makowiec, który koi napady bólów i, uspakajając wzmożone ruchy robaczkowe podrażnionych kiszki, sprzyja powstawaniu tak pożądanym i zbawiennym obklein.

Zastosowanie w tego rodzaju przypadkach oleju rącznikowego jest conajmniej bezcelowe, częstokroć zaś, przyczyniając się do rozklejania zrostów ochronnych, pociąga za sobą skutki jaknajfatalniejsze.

(Revue de Chirurgie 1903 N. 4 — Avril).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dn. 5 maja r. b.

TREŚĆ: 1) SZTEYNER — a) przedstawienie chorej po wycięciu nerki, dotkniętej ropnierzem i kamieniem miedniczki nerkowej, b) przedstawienie chrzęstniaka kostniejącego wielkich rozmiarów. 2) GROSLIK — przedstawienie kilku kamieni pęcherzowych. 3) KARCEWSKI — przedstawienie nerki z przypadku pyelonephritis calculosa. 4) BRUDZIŃSKI — przedstawienie mózgu z t. zw. porencephalia. 5) St. KLEJN — „O rozpoznawaniu białaczki“.

1) Kol. SZTEYNER a) przedstawił 37-letnią kobietę, u której wyciął nerkę, dotkniętą ropnierzem i dużym kamieniem miedniczki nerkowej. Guz, który okazał się nerką pod postacią wielkiej torbieli z zawartością ropiastą, zajmował prawie całą połowę brzucha. Cięcie było robione skośnie w okolicy lędźwiowej, poprzeczne na brzuchu. Przy oddzielaniu zrostów dwunastnica uległa przerwaniu podłużnemu. Przebieg pooperacyjny (minęło już 4 tygodnie) zupełnie pomysłny.

b) Kol. S. przedstawił preparat chrzęstniaka kostniejącego wielkich rozmiarów. Punktem wyjścia była chrząstka 6 żebra. Chory obecnie zdrow.

2) Kol. GROSLIK przedstawił szereg usuniętych przezeń drogą kruszenia lub drogą cięcia nadłonowego kamieni pęcherzowych, należących przeważnie do kategorii t. zw. kamieni nierozpoznanych, t. j. przebiegających bez zwykłych objawów kamienia pęcherzowego. Odlamy niektórych z nich ważyły 63 gramy i 18 gramów. G. zwraca uwagę na konieczność zbadania pęcherza w przypadkach ciemnych za pomocą cystoskopu, zwłaszcza u osób starszych, dotkniętych przerostem gruczołu krokowego.

3) Kol. KARCEWSKI przedstawił nerkę z przypadku „*Pyelonephritis calculosa*“.

Przypadek dotyczył chorej lat 39, wyniszczonej, gorączkującej, z zajętymi wierzchołkami płuc. Guz mało ruchomy sięgał z pod lewe-

go łuku żebrowego do kąta przedniego górnego. Badanie cystoskopowe i katetyryzowanie moczowodów, każdego oddzielnie (kol. GROSLIK) i badanie kryoskopowe krwi pozwalało rozpoznać gruźlicę nerki lewej, zniesienie zupełne jej czynności i obniżenie sprawności prawej nerki. Operację z dużymi trudnościami ze względu na wymiary guza i na liczne zrosty z sąsiednimi tkankami wykonano dnia 2 maja r. b. Usunięta nerka przedstawiała cały szereg jam ropiastych z licznymi kamieniami. Ogólny stan chorej obecnie (3 dzień po operacji) jest zadawalający.

4) Kol. BRUDZIŃSKI przedstawił mózg chłopca, dotkniętego za życia porażeniem spastycznym wszystkich kończyn, czyli t. zw. chorobą LITTLERA z niedorozwojem psychicznym. Mózg przedstawiał t. zw. porencephalię. W lewej półkuli w płacie czołowym istniało zagłębienie, wielkości jaja kurzego. Powierzchnia tego wgłębienia pokryta oponami, jak na pozostałych częściach mózgu. Jama komunikuje się z komorą środkową i komorami bocznymi lewej półkuli.

5) Kol. St. KLEJN wygłosił pierwszą część swego odczytu p. t. „O rozpoznawaniu białaczki“.

We wstępie mówca na zasadzie licznych własnych obserwacji opisuje cechy kliniczne i hematologiczne białaczki i t. zw. pseudoleukemii, dalej opisuje białaczkę ostrą, następnie charakteryzuje wpływ rozmaitych chorób zakaźnych na obraz kliniczny i hematologiczny limfemii; dalej podaje dwa własne przypadki t. zw. pseudoleukemii i wyprowadza wniosek, że najważniejszą oznaką kliniczną leukemii limfatycznej zarówno ostrej, jak i przewlekłej, jest przy pewnym obrazie klinicznym nie tyle leukocytoza, ile znaczne zwiększenie odsetki limfocytów.

Posiedzenie z dnia 19 maja r. b.

TREŚĆ: 1) J. BRUDZIŃSKI — przedstawienie chłopca z rozległym naczylniakiem (angioma). 2) A. FRYSZMAN — przedstawienie preparatu nerki z przypadku wodonercza otwartego krwawiącego. 3) J. GAWROŃSKI — przedstawienie lampki elektrycznej do oświetlania gardła. 4) J. JAWORSKI — przedstawienie chorej z enterocoele et epiplococoe vaginalis posterior. 5) St. KLEJN — „O rozpoznawaniu białaczki“ (dokończenie).

1) Kol. J. BRUDZIŃSKI przedstawił 3letniego chłopca z rozległym naczylniakiem (*angioma*), zajmującym całą kiść i przedramię lewej kończyny górnej. Duże rozmiary kiści nasuwają w pierwszej chwili myśl o słoniowatości. Kości w stanie niedorozwoju w porównaniu z ręką prawą. Interwencya waha się pomiędzy amputacją a stosowaniem iniekcji metodą NICOLADONI'ego.

2) Kol. A. FRYSZMAN — przedstawił nerkę z przypadku wodonercza otwartego krwawiącego.

Przypadek dotyczył chorego lat 33, skarżącego się na bóle w okolicy nerek i na krwawe zaburzenia moczu, katetyzacya moczowodów i kryoskopowanie krwi z każdej nerki oddzielnie pozwoliło wnioskować, że siedliskiem choroby jest nerka prawa, gdy lewa była zdrowa. Przepuszczano gruzlicę nerki. Przy operacji (kol. ODERFELD) znaleziono prawą nerkę złożoną z jam, wypełnionych moczem, krwawo zabarwionym, i skrzepami krwi. Moczowód u wejścia do miedniczki rozciągnięty i tworzy łukowate zagięcie. Chodziło tu więc o rzadki przypadek puchliny nerkowej, spowodowanej wadliwym przyczepem moczowodu. Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny.

3) Kol. J. GAWROŃSKI przedstawił urządzenie elektryczne (wyrobu fabryki Ochorowicza) do oświetlania gardła, którego zalety są: a) bezpośrednie zetknięcie się źródła światelnego z oświetlanym organem jamy, b) łatwość odkażania (szkło i nikiel), c) lekkość i d) taniość (cena 6 rb.).

4) Kol. J. JAWORSKI przedstawił chorą z *enterocoele et epiplococoe vaginalis posterior* i z wypadnięciem odbytnicy. Zdaniem J. chodzi tu zapewne o rozstąpienie się włókien *m. levatoris ani*, a może i powięzi miedniczej (*fascia pelvis*).

5) Kol. St. KLEJN wygłosił drugą część swego odczytu „O rozpoznawaniu białaczki“.

Dalej K. mówił, że na mocy własnych przypadków przychodzi do przekonania, iż leukemia limfatyczna nie zawsze przebiega z limfocytozą. Następnie K. obszernie mówił o pseudoleukemii. W końcu przytoczył własny przypadek, dowodzący ścisłego związku limfosarkomatozy z leukemią limfocytową.

W dyskusji kol. WINIARSKI nazwę „leukocyt“ chce stosować do każdego białego ciała krwi i wspomina, że mówca nie wzmiankował nie o komórkach eozynofilowych.

Kol. Józef PIOTROWSKI był przeciwny stwarzaniu terminu pseudoleukemia, radził więcej zwracać uwagi na przypadki typowe, a nie atypowe.

Kol. J. JAWORSKI przypomina o ciężkiej anemii u ciężarnych, jako oddzielnej postaci chorobowej, którą spostrzegali GUSSEROW, SPOERER i JAWORSKI.

Prezes DUNIN podnosi ważność tematu, poruszonego przez mówcę, proponuje zamiast odsetek limfocytów podawać ich cyfry absolutne, radzi nazwę leukocytów pozostawić dla wszystkich leukocytów z ziarnistą protoplazmą oprócz limfocytów.

W odpowiedzi kol. KLEJN mówi, że używał wyrazu leukocyt w znaczeniu powszechnie uartem, że komórek eozynofilowych prawie wcale nie znajdował i że głównie z przypadków nietypowych można coś nowego dla nauki o leukemii wydobyć.

St. Kopczyński.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O wpływie alkoholu na organizm dziecka.

Skreślił

A. T u m p o w s k i ¹⁾.

Wszelkie przejawy otrucia organizmu wyskokiem, które obejmujemy nazwą alkoholizmu, istnieją nie tylko wśród ludzi dorosłych, ale i wśród dzieci. Nie w tem nie znajdziemy w istocie dziwnego, jeśli zważymy, iż alkohol stokrotnie silniej działa na organizm dziecka, który nie osiągnął jeszcze kresu dostępnego mu pod względem fizycznym i duchowym rozwoju, niż na organizm zupełnie rozwinięty i dojrzały. Fakty te często, co prawda, ulegają zapomnieniu, a to mianowicie wskutek rozpowszechnionego mniemania, iż dzieci nie spożywają napojów alkoholowych, nie podlegają więc i skutkom tego nałogu. Jeśli jednak uważniej rozejrzeć się w życiu, łatwo dojść do przekonania, iż mniemanie to należy przyjmować *cum grano salis*, i że w obu swych częściach jest ono w znacznym stopniu złudzeniem tylko. W życiu codziennym nie brak w rzeczywistości bynajmniej źródeł, które doprowadzają alkohol do organizmu dziecka.

Zaznaczmy przedewszystkiem, iż istnieje pewna postać alkoholizmu, która rozwija się i u osobników nie pijących: jest to alkoholizm dziecięcy lub, dokładniej się wyrażając, cały szereg zaburzeń cielesnych i duchowych, powstających u potomstwa alkoholików wyłącznie lub co najmniej przeważnie pod wpływem alkoholizmu

rodziców. Ale, pomijając nawet tę okoliczność, w rzeczywistości możemy jedynie mówić, iż dzieci spożywają mało wprawdzie spirytualiów, nie mamy jednak bynajmniej prawa do twierdzenia, iż one wcale ich nie piją. Że tak się rzeczy mają, widać to na każdym kroku. Wszak każdy niemal ojciec, chcąc swemu dziecku sprawić przyjemność, pozwala mu przy obiedzie skosztować ze swego kieliszka wina lub szklanki piwa. Matka, zwykle ostrożniejsza, da dziecku biszkopciak, umoczony w likierze, w winie lub w nalewce domowej. Wszelkim uroczystościom domowym towarzyszy obfite spożywanie spirytualiów, w którym i dzieci kilkoletnie, nie mówiąc o dorastających, przyjmują zazwyczaj czynny udział. W sferach rzemieślniczych praktykowany jest zwyczaj posyłania terminatorów do pobliskich szyneczków po piwo lub wódkę, z czego ci korzystają naturalnie, aby pociągnąć kilka łyków zakazanego napoju. A cóż dopiero mówić o tych przypadkach, gdy dziecko jest wątłe, blade lub chore: wtedy wina kuracyjne i niekuracyjne, piwo, porter, koniak z mlekiem i t. d. stają się jego codziennym pożywieniem, dawanem mu czy to z własnej inicjatywy rodziców, czy też nawet z inicjatywy lekarza.

Badania, przedsiębrane w szkołach ludowych w Wiedniu i w Bonn, w celu wyjaśnienia kwestyi wpływu alkoholu na stan umysłowy dzieci, dowiodły, iż 50—75% uczniów tych szkół pije codziennie trunki alkoholowe i to nawet w wielu wypadkach po 2 i 3 razy dziennie. Niemniej niż w Niemczech i Austrii rozpowszechnione jest picie wśród dzieci i w innych krajach Europy zachodniej. Tak np. prof. COLLMANN z Bazylei zaświadcza, iż opajanie dzieci spirytualiami stało się „występną modą“ w Szwajcaryi. Wskazując na ogromne rozpowszechnienie tego zwyczaju we Francyi, nazywa go LANCEREAUX barbarzyństwem, niegodnym narodu, roszczonego so-

¹⁾ Materiału do niniejszej pracy dostarczyła mi głównie dysertacya SAŻYNA: „Wlianie alkoholu na rozwinięty organizm“ (Petersb. 1902), w której zgrupowana jest cała obszerna literatura (przeszło 600 prac) przedmiotu. Prócz tego korzystałem z prac: BRAUN — Ueber d. durch chron. Alk. intoxic. hervorger. Veränder. im Nervensyst. (Tübing. 1899), RYCKÈRE — O alkoholizmie u kobiet (przeł. ros. Pet. 1901), DALLEMAGNE — Człowiek zwyrodniały (Warsz. 1896), HOPPE — Die Thats. über Alkohol (Berl. 1901), AUTHEAUME — De la toxicité des alcools (Paris 1897) i w. inn.

bie prawa do nazwy narodu cywilizowanego. Odnosnie do Anglii mówi KERR: „w czasach najnowszych powstała najgorsza postać pijaństwa, mianowicie, wśród dzieci i młodzieży“.

Przypuszczając nawet, iż wszystkie te źródła są niezbyt obfite, nie możemy jednak powątpiewać, iż i małe ilości alkoholu wystarczają do wywarzenia zgubnego wpływu na organizm dziecięcy, i ślady tego wpływu często wykryć można i w całym dalszym życiu osobnika. Pozostawiając na później opis tego wpływu, wskażę tymczasowo na jedno tylko następstwo tego zwyczaju, a mianowicie, iż sprzyja on znakomicie powstaniu pijaństwa w wieku późniejszym. Już ten jeden wzgląd wystarcza, aby nadać interesującej nas sprawie niepoślednie znaczenie społeczne. Przedstawienie jej rozpoczniemy tutaj od opisu zaburzeń, które obejmujemy mianem alkoholizmu dziedzicznego.

I.

Napoje wyskokowe znane są ludzkości od niepamiętnych czasów, i równie odległych czasów sięga zapewne znajomość faktu, iż zwyrodniające działanie ich nie ogranicza się wyłącznie na osobie ich spożywcę. Ten ostatni stanowi poniekąd ośrodek, z którego zwyrodnienie, zataczając coraz szersze kręgi, rozchodzi się zarówno na bezpośrednie jego potomstwo, jak i na następne pokolenia. W niektórych spostrzeżeniach lekarskich związek między alkoholizmem rodziców a zwyrodnieniem potomstwa zaznacza się niemal tak jasno, jak eksperyment laboratoryjny.

Jedno z nich, opisane w 1898 r. przez d-ra ANTHONY jest następujące: kobieta trzeźwa i zdrowa w pierwszym małżeństwie z mężem pijakiem miała 5 dzieci, z których 4 zmarło, nie przeżywszy 10 dni, a piąte w wieku 4 lat; w drugim zaś małżeństwie z osobnikiem trzeźwym zrodziła 2 dzieci zdrowych i normalnie się rozwijających.

Analogiczny fakt obserwował BARBIER: żona nałogowego pijaka miała 4 dzieci, z których jedno było obdarzone wrodzonymi zniekształceniami rąk i nóg, drugie odznaczało się nader małym wzrostem i cierpiało na silną krzywicę, trzecie i czwarte (przedwcześnie zrodzone bliźnięta) zmarły wkrótce po przyjściu na świat; gdy mąż jej na pewien czas nawrócił się na drogę wstrzemięźliwości, dała ona życie normalne-

mu, zdrowemu dziecku, po którym znowu, gdy mąż na nowo zaczął pić, zjawilo się dziecko nader drobne i rachityczne.

Oddzielne rysy zwyrodnienia dziedzicznego na tle alkoholizmu rodziców, które wyraźnie przezierają z dwu przytoczonych obserwacji, staną się jeszcze wyrazistszemi w świetle spostrzeżeń charakteru bardziej masowego, z których pozwolę sobie w tem miejscu niektóre przytoczyć. Profesor w Bernie, d-r DEMME opowiada na zasadzie własnej 12-letniej obserwacji ciekawą historję 20 rodzin: w jednej połowie ich rodzice byli ludźmi umiarkowanymi na punkcie spirytualiów, w pozostałych zaś dziesięciu rodzinach byli to alkoholicy. Z potomstwa trzeźwych rodziców, składającego się z 61 dzieci, zmarło w pierwszych miesiącach życia 5 (8%), podczas gdy z 57 dzieci rodziców-piaków zmarło w tym czasie 25 (44%). Takie same dane przytacza SULLIVAN o 600 dzieciach, zrodzonych z matek alkoholiczek: z nich przeszło połowa, bo aż 335 urodziło się martwemi lub zmarło, nie dożywszy 2 lat. Porównyując śmiertelność potomstwa alkoholiczek ze śmiertelnością dzieci trzeźwych kobiet z tej samej sfery społecznej, znalazł on, iż wśród tych ostatnich wynosi ona 23,9%, a więc jest o połowę mniejsza. Zarazem konstatuje on znamieny fakt, iż śmiertelność dzieci wzrasta równolegle do czasu, przez jaki matki ulegały wpływowi alkoholu: od 33,7% dla dzieci pierwotnych podnosi się ona do 0—65% dla później urodzonych. Widzimy zatem, iż ogólnym wynikiem alkoholizmu rodziców jest zjawienie się na świat potomstwa niedorozwiniętego, z organizmem zbyt słabo jeszcze przystosowanym do życia w świecie zewnętrznym i wskutek tego ulegającego w najwcześniejszych okresach życia przedwcześniejszej śmierci.

Bezpośrednią przyczynę śmierci dzieci tych w połowie przeszło przypadków stanowią konwulsye. Na częstość tego zjawiska zgodnie wskazują wszyscy badacze, a LEGRAIN wygłasza nawet jako zasadę ogólną iż gdy ojciec jest pijakiem, dziecko podlega konwulsjom. Stanowią one też przejaw dawno już znanego faktu, iż trujące działanie alkoholu najmocniej się odbija na tkance nerwowej. Łatwo przedstawić sobie, iż wczesne zaburzenia w czynności układu nerwowego nie pozostają też bez wpływu i na dalsze życie, zwłaszcza, jeśli uprzytomnimy sobie, iż

zupelne skonsolidowanie się tego układu następuje dopiero mniej więcej w okresie dojrzałości płciowej. Sprawdza się to w następnych latach życia tej części potomstwa alkoholików, której udało się pomyślnie uniknąć przedwczesnej śmierci u samego wstępu do życia. „Alkoholizm — mówi LADAME w referacie na jednym z kongresów międzynarodowych w sprawie alkoholizmu — jest właściwie zaburzeniem mózgowym. Potomkowie alkoholików podlegają wszystkim znanym nam postaciom chorób umysłowych, poczynając od obłędu moralnego i manii prześladowczej, a kończąc na paraliżu postępującym. Rys charakterystyczny obłędu, wywołanego dziedzicznym alkoholizmem, stanowi jego wczesne zjawienie się i szybki rozwój. Cechą dziedzicznego alkoholizmu jest również wczesnie na jaw występujące zepsucie moralne, czego dowodzi przerażający wzrost liczby przestępców małoletnich w krajach, w których panuje alkoholizm..... Rzekniesz, przestępcy urodzeni — są to dzieci alkoholików“.

Ale nietylko przestępcy małoletni pochodzą z rodu alkoholików, lecz także większość pijaków miała rodziców — alkoholików. Tę dziedziczność homologiczną pijaństwa, na którą wskazuje wielu autorów, trudno tłumaczyć chyba inaczej, niż w ten sposób, iż progenitura alkoholików obdarzona jest zwyrodniałym układem nerwowym, potrzebującym podnień sztucznych, i dla tego, zakosztowawszy raz wyskoku, staje się szybko jego niewolnikiem i ofiarą. Z niej też rekrutuje się znaczna część małoletnich epileptyków, histeryków, idiotów i t. d.

Znany neurolog BOURNEVILLE wskazuje, iż z 1000 dzieci — idiotów w paryskim szpitalu Bicêtre 471 miało alkoholików — ojców, 84 matki — alkoholiczki, a 65 było obarczonych ze strony obojga rodziców. Według nowszej statystyki tego autora, obejmującej 2554 młodocianych idiotów, głuptasów, histeryków i epileptyków, aż 71% z nich zawdzięczało swe cierpienie alkoholizmowi jednego lub obojga rodziców. Według LANCEREAUX bywa alkoholizm rodziców przyczyną padaczki u $\frac{3}{4}$ osobników, dotkniętych tą chorobą. Wśród 114 dzieci, umieszczonych w szpitalu JENNER'owskim w Bernie z powodu ogólnego niedorozwoju umysłowego, niedostatecznego rozwoju mowy, wrodzonej głuchoniemo-

ty, głuptactwa, idiotyzmu i t. d., znalazł DEMME u 62 (54,3%) obarczenie dziedziczne alkoholizmem. Przytaczając powyższe dane, wypowiada on wniosek, iż „nadużycia wyskokowe rodziców są najważniejszym momentem przyczynowym umysłowego i cielesnego zwyrodnienia ich dzieci“.

Dodajmy to jeszcze, iż zwyrodnienie dziedziczne rozwija się nie tylko u potomstwa pijaków, ale choć zopewne w stopniu słabszym nie omija też prawdopodobnie i dzieci ludzi, należących do t. zw. umiarkowanych (lecz nałogowych) spożywców spirytualiów. Jak mówi d-r SMITH, rodzice pijacy dają życie potomstwu psychopatycznemu, a t. zw. umiarkowani — neuropatycznemu. „Potomek początkującego alkoholika — mówi DALLEMAGNE — lub osobnika, będącego pijanym w chwili poczęcia, bywa często istotą nerwową, niezrównoważoną, pełną dziwactw, skłonną do melancholii. Jeśli jednak ojciec jego był już nałogowym pijakiem, jeśli funkcje jego nerwowe były zakłócone pomimo zadawalniającego ogólnego stanu zdrowia, wówczas dziecko prędzej czy później zapaść może w jedną z wielkich newroz: histeryę lub epilepsyę. Wreszcie, jeśli alkoholizm chroniczny przeniknął do głębi organizmu, jeśli tkanki są przesycone trucizną, wówczas ułomności organiczne i psychiczne staną się prawidłem. Dziecię będzie idiotą lub głuptasem, albo też zakończy krótki swój żywot w napadzie konwulsyjnym..... Klasyfikacya ta pomimo swego absolutnego charakteru jest wier-nem odbiciem faktów. Alkoholizm przez swe działanie niszczące i stopniowe, przez liczbę i naturę przyczyn, jakie do niego popychają, stanowi typ czynnika zwyrodniającego“.

Uwagi nasze o objawach dziedzicznego zwyrodnienia na tle alkoholizmu zakończymy wzmianką o zjawisku, na które niedawno zwrócił uwagę znakomity fizyolog BUNGE. Spostrzegł on mianowicie, iż kobiety, obciążone alkoholizmem dziedzicznym, nie są zdolne odżywiać swych dzieci piersią. „Jeśli ojciec jest alkoholikiem — brzmi jego wniosek, oparty na licznych spostrzeżeniach — to córka jego, a również i późniejsze generacye żeńskie tracą zdolność do karmienia dzieci piersią“. Nie ma chyba potrzeby dowodzić, iż wynikająca z tego konieczność zamiany naturalnego pokarmu odżywianiem

sztucznem ciężko się odbija na zdrowiu ich dzieci i ze swej strony przyczynia się do wzrostu ich śmiertelności.

Bardzo być może, iż na powstanie tych zjawisk, które w stopniu może nieco zbyt wyłączeni stawiamy w zależności od alkoholizmu rodzicielskiego, składają się też w pewnej części i przyczyny innego charakteru, jako to złączona zwykle z alkoholizmem nędza, ciemnota i t. p. warunki, alkoholizmowi wszakże w wytworzeniu ich należy się niewątpliwie rola niepoślednia. Że tak jest, dowodzi też zgodność między spostrzeżeniami z kliniki i z życia codziennego a wynikami badań doświadczalnych anatomo-fizyologicznych. Te ostatnie rzucają jaskrawe światło na mechanizm powstawania zwyrodnienia na tle alkoholizmu, i dlatego pozwolę sobie tutaj niektóre z nich przytoczyć w zarysach najogólniejszych tylko.

Jako pierwszy czynnik, warunkujący zwyrodnienie potomstwa alkoholików, uważać należy zmiany, wywoływane przez alkohol w narządach i pierwiastkach rozrodczych. NICLOUX, RENAUT, FRONTKOWSKI i inni skonstatowali, iż alkohol, przyjęty do żołądka, przenika do jąder, płynu nasiennego jajników; znaleziono go też w łożysku i we krwi pępowiny oraz płodu. NICLOUX stwierdził też obecność alkoholu we krwi nowonarodzonego dziecka, którego matka na krótki czas przed porodem wypila pewną ilość rumu. Z drugiej strony LANCEREUX, SIMMONDS, BONIN i GARNIER i inni wskazują, iż w narządach płciowych występują też poważne zmiany anatomiczne charakteru degeneracyjnego i zanikowego, zjawia się zmniejszenie ilości plemników i t. p.. Wreszcie CHARRIN i DUCLERT na zasadzie swych doświadczeń wykazują, iż alkohol, równie jak toksyny, sprzyja przenikaniu bakterii do łożyska. Jak szybko rozwijają się zmiany w narządach rodnych, wskazuje sekcya, wykonana przez BARFORD'a na kobiecie 26-letniej, od 2 lat oddanej pijaństwu: jajniki przedstawiały u niej obraz zaniku z zamianą miąższu na tkankę łączną.

Dane powyższe wyjaśniają do pewnego stopnia mechanizm powstawania alkoholizmu dziedzicznego, jego podłoże morfologiczne. Niemniej liczne doświadczenia na zwierzętach, wykonane przez MANET i COMBEMALE'a, HODGE'a, LAITINEU'a i innych, dostarczają ze swej strony doskonałej ilustracji do nakreślonego

powyżej obrazu zwyrodnienia potomstwa alkoholików i wskazują, iż wszystkie jego cechy niemniej wyraźnie występują też w granicach eksperymentu laboratoryjnego.

II.

Drugą postać alkoholizmu, występującego w wieku dziecięcym i oznaczoną przez VALLIN'a terminem „alcoolisme d'allaitement“, stanowią zaburzenia, występujące u dzieci ssących, karmionych mlekiem kobiet, które w okresie karmienia dzieci piersią spożywają napoje wysokowe. Wiadomo, iż wśród kobiet karmiących rozpowszechniony jest pogląd, iż napoje spirytusowe przyczyniają się do wzrostu wydzielania mleka z gruczołów piersiowych. W najlepszych zatem zamiarach uważają one za swój obowiązek względem dziecka wypijać znaczne ilości tych napojów i zmuszają też do tego mamki. Dane, zebrane przez wielu spostrzegaczy zachodnio-europejskich, świadczą, iż zwyczaj ten jest tam ogólnie niemal uznany we wszystkich warstwach społecznych.

W danej chwili nie interesuje nas pytanie, czy alkohol rzeczywiście wywołuje zwiększone wydzielanie się mleka, lecz ten jedynie fakt, iż mleko kobiet pijących niewątpliwie szkodliwie wpływa na zdrowie karmionych niem dzieci. Badania chemiczno-fizyologiczne nie dostarczyły nam jeszcze wystarczającego wyjaśnienia tego zjawiska, a niekiedy znajdują się nawet w pewnej sprzeczności z niem. Analizy mleka kobiet i krów, którym dostarczano wysokoku, dały wyniki nie zupełnie zgodne. STUMPF, KLINGEMANN i ROSEMANN na podstawie swych badań przeczą przechodzeniu alkoholu do mleka; jedynie tylko przy znacznej ilości wypitego wysokoku znajdowano bardzo drobne jego ilości w mleku. W przeciwnieństwie do nich twierdzi NICLOUX, iż bez względu na ilość wypitego wysokoku zjawia się on zawsze w mleku w ilości takiej samej prawie, jak i we krwi. Kliniczne dane nie pozostawiają jednak najlżejszej wątpliwości co do chorobotwórczego działania tego mleka. Wobec tego pozostają dwie tylko alternatywy: musimy albo przypuścić, iż drobne ilości alkoholu, których autorom nie udało się wykryć, przenikają jednakowoż do mleka i wywołują w delikatnym organizmie ssącego dziecka zaburzenia, o których zaraz będzie mowa, albo też, iż sama obecność

alkoholu w organizmie kobiety w nieokreślony bliżej sposób wywołuje nieznaną nam również zmiany w składzie chemicznym i własnościach biologicznych mleka, które czynią je pokarmem nieodpowiednim dla dziecka. Bez względu zresztą na wyjaśnienie sam fakt szkodliwości mleka kobiet - alkoholiczek dla ssawców nie ulega zaprzeczeniu wobec licznych ścisłych i potwierdzających go spostrzeżeń, do których się teraz zwrócimy.

Znany pediatra francuski COMBE opowiada następujący przypadek ze swej praktyki: wezwano go na poradę do dziecka, które regularnie dwa razy na tydzień, w poniedziałki i czwartki, zapadało na napady konwulsyjne, w pozostałe zaś dni tygodnia nie przedstawiało żadnych szczególnych objawów. Dopiero mozolna indagacja wykryła, iż dni, poprzedzające owe napady, są wychodnimi dniami dla mamki, która podczas urlopu wypija spore ilości trunków. Obiecała ona na przyszłość poprawić się i obietnicy swej dotrzymała, od tej chwili zaś dziecko przestało cierpieć na konwulsje i rozwijało się prawidłowo. DEMME opisał również nagle powstałe drgawki u dziecka, karmionego przez matkę, która codziennie piła wódkę; konwulsje te ustały, gdy matka przestała karmić dziecko, natychmiast zaś zjawily się ponownie, gdy dla próby znów nakarmiła dziecko piersią. W innym przypadku, zakomunikowanym przez BERGERON'a, dziecko, chorujące na konwulsje, wróciło do zdrowia po oddaleniu mamki — pijaczki; pewnego dnia przyszła ta ostatnia do swego byłego pupila i podczas tych odwiedzin przystawiła go do piersi, poczem bardzo prędko wystąpiły na nowo konwulsje. Ten sam objaw wystąpił też u zupełnie poprzednio zdrowego dziecka, gdy mamka jego zaczęła pić wino, aby zapobiedz znikaniu mleka; gdy jej zabroniono tego, konwulsje znikły. Wreszcie w opisanym przez PÉRIER'a przypadku powstały one u dziecka, którego matka z przepisu lekarza zaczęła pić wino i inne spirytualia dla wzmocnienia i zwiększenia ilości mleka w piersiach. Można by przytoczyć tutaj wiele jeszcze spostrzeżeń podobnych, opisanych przez TOULOUSE'a, Du HAMEL'a, AUSERET'a, CHARPENTIER'a i inn., ale chyba i powyższe będą zupełnie wystarczające dla przekonania się o wpływie, jaki wywiera na zdrowie dzieci

ssających spożywanie alkoholu przez karmiące je kobiety.

Nie same tylko konwulsje są zresztą następstwem tego nałogu karmiących kobiet, lecz często też najrozmaitsze zaburzenia trawienia. COMBE zwraca też uwagę, iż u dzieci przy piersi mogą się rozwinąć i bardziej przewlekłe postaci alkoholizmu. Jeśli karmiąca je kobieta pije umiarkowanie, to dzieci te są nieco nerwowe, niespokojne, źle śpią. Przy mocniejszych natomiast nadużyciach zjawiają się objawy daleko cięższe: dzieci słabo się rozwijają, mają starczy i cierpiący wygląd, podlegają drgawkom oraz zaburzeniom trawienia, doprowadzającym je do wycieńczenia, a często i do śmierci.

W wielu jednak przypadkach dzieci te mają wygląd kwitnący i nawet, jak to często napotykamy i u dorosłych alkoholików, odznaczają się otyłością, co stanowi dla ich rodziców dowód zdrowia i przedmiot dumy. Zarówno jednak ich kwitnący wygląd, jak i owa otyłość nie idą wcale w parze z pomyślnym stanem ich zdrowia. Przy baczniejszej obserwacji wykrywa się niekiedy, iż one źle śpią, doznają zaburzeń trawienia, są kapryśne i t. p. Na tem tle albo też i bez niego wybuchają wreszcie złowieszcze konwulsje, które zwykle najniesłuszniej przypisuje się robakom, ząbkowaniu i t. p., a które w rzeczy samej są wynikiem podrażnienia mózgu alkoholem, zawartym w mleku odżywiającej dziecko piersi.

Opisana postać alkoholizmu u dzieci ma też swą stronę społeczną, wyrażającą się w tem, iż w miejscowościach, w których mocniej grasuje pijaństwo wśród kobiet, wywołuje ona wzrost śmiertelności wśród dzieci. Zauważono to mianowicie w Normandji. Wbrew ogólnemu prawidłu śmiertelność dzieci, karmionych piersią macierzyńską, okazuje się tam większą, niż wśród dzieci, sztucznie odżywianych. Wszyscy lekarze tamtejsi, niezwykle ten fakt konstatujący, przypisują go (i niewątpliwie słusznie) rozpowszechnieniu alkoholizmu wśród kobiet normandzkich.

III.

Z kolei rzeczy należy się zwrócić obecnie do choćby pobieżnego opisu rozmaitych zaburzeń, które powstają u dzieci pod bezpośrednim działaniem alkoholu, wypijanego przez nie. Nasze czasy odznaczają się pod tym względem da-

Ileko liberalniejszymi poglądami, niż czasy starożytne. PLATON zabraniał młodzieży spożywania wina przed ukończeniem 18 lat, a prawodawstwo rzymskie do 13 lat. Współcześni rodzice natomiast w dobrej wierze w szeroko reklamowane odżywece i wzmacniające własności win i koniaków zachęcają do ich spożywania dzieci swe od najmłodszych lat. Nie miejsce tutaj na rozbiór zasadniczego pytania, czy alkohol rzeczywiście własności takie posiada. Wspomnę tylko, iż nawet badacze, uznający do pewnego stopnia jego wartość spożywcza, jak prof. BINZ, NEUMANN i inni, zastrzegają się jednak, iż nie upoważnia to do wniosku, że alkohol może służyć jako pokarm codzienny dla człowieka zdrowego. Do takiego zastrzeżenia zmusza wzgląd na trujące własności wosku.

W wyższym daleko stopniu należy to zastosować do organizmu dzieci, niezupełnie sformowanego i stokroć na alkohol wrażliwszego. Zarówno jak u ludzi dorosłych, ale bez porównania prędzej i łatwiej rozwijają się u nich ciężkie następstwa alkoholizmu, dotykające wszystkich narządów i czynności ciała i ducha. Rozpocznijmy ich przegląd od zaburzeń w czynności narządów trawienia.

„Tak ulubione przez rodziców i mamki — mówi kilkakrotnie już przez nas przytaczany DEMME, który jeden z pierwszych zaczął energicznie wskazywać na niebezpieczne działanie dostarczania dzieciom alkoholu — dawanie dzieciom 2 — 5 grm. koniaku dziennie z mlekiem lub wodą wywołuje u dzieci ciężkie zaburzenia trawienia. Wynikiem tego postępowania jest chroniczne podrażnienie błony śluzowej żołądka, połączone z niestrawnością. Najszkodliwiej działa picie podczas odstępów między przyjmowaniem pokarmów: wywołuje ono nadmierną kwaśność soku żołądkowego. Dzieci, dotknięte tem zбочeniem, dobrze przetrawiają białko, natomiast bardzo słabo, a nawet wcale nie trawią węglowodanów. W ten sposób rozwijają się ciężkie przewlekłe katary żołądka i kiszek z obrzmieniem gruczołów chłonnych i, o ile we właściwym czasie z pożywienia dziecka nie zostanie usunięty alkohol, doprowadzają one do coraz znacniejszego spadku wagi ciała, niepowstrzymanego upadku sił oraz wyniszczenia organizmu“. Potwierdzają jego zdanie MONIN, BERGERET, KOPLIK i inni. KASSOWITZ opisuje

również kilka przypadków zaburzeń trawienia w następstwie wypijanych przez dzieci spirytualiów. Pierwszy z nich dotyczy 8-letniej dziewczynki, cierpiącej na brak apetytu i bóle żołądka, która z przepisu lekarza otrzymywała codziennie *alcoholica*; gdy je usunięto z pożywienia dziecka, znikły też objawy chorobowe. W drugim przypadku chłopiec, cierpiący na krzywicę i z przepisu lekarza pijący wino, zaczął coraz gorzej wyglądać, osłabł i stracił apetyt do wszystkiego z wyjątkiem wina; po uchyleniu tego przepisu i zaordynowaniu innego leczenia szybko wrócił do zdrowia. Wreszcie w trzecim przypadku 2-letnia dziewczynka, której ojciec dawał codziennie podczas obiadu trochę wina lub piwa, straciła zupełnie apetyt; badanie wykryło prócz tego powiększenie wątroby; gdy ojciec zaniechał częstowania jej trunkami, wszystkie objawy chorobowe znikły po kilku tygodniach.

Ten ostatni przypadek stanowi już przejście od zwykłych zaburzeń trawienia do marskości wątroby. Ciężkie to cierpienie wraz ze wszystkimi jego objawami klinicznymi (żółtaczka, puchlina brzuszna i t. d.) nie jest zbyt rzadkie u dzieci, a największą może rolę w jego powstaniu odgrywa alkoholizm, większą prawdopodobnie, niż przymiot i gruźlica. W literaturze lekarskiej odnaleźć można opis wielu przypadków tej choroby u dzieci w wieku już od 1 roku, zakończonych śmiercią i stwierdzonych wynikami badania pośmiertnego. Opisali takie przypadki DEMME (u 4½ i 8-rocznego chłopca), BAGIŃSKI (u 4 i 7-letniego chłopca), GOLDENHORN (u 7 letniego chłopca), BARLOW (u dziewczynki 1½-roczonej, której od połowy pierwszego roku dawano po łyżeczkę piwa dwa razy dziennie, a później zamiast piwa po pół łyżeczki koniaku), LANCEREAUX i wielu innych. W wielu z opisanych przypadków rodzice dawali dzieciom alkohol dla wzmożenia i z innych podobnych motywów, a niekiedy też z zalecenia lekarza. Tak np. MOREAU de TOURS opowiada o przypadku marskości wątroby u 3½-rocznego dziecka, któremu lekarz przepisał alkohol dla zaradzenia brakowi laktacji. W drugim przypadku, opisanym przez SAINSBURY'ego, lekarz zalecił dawać dziecku wino podczas jakiejś choroby, rodzice zaś kontynuowali to postępowanie i po wyzdrowieniu, co po pewnym czasie wywołało ogromne

powiększenie wątroby, wysięk brzuszny i t. d. Analogiczne powstanie marskości wątroby, jako następstwa złe zrozumianej troskliwości rodzicielskiej, opisuje też MARFAN, BEAGOWIESZCZENSKIJ i EMERICH.

Pomijając tutaj zaburzenia, jakie obserwowano u dzieci w obrębie pozostałych narządów wewnętrznych, przejdziemy teraz wprost do opisu wpływu, jaki wywiera alkohol na ich układ nerwowy. Jak wiadomo, stonowi on i u ludzi dorosłych najwrażliwszą na działanie alkoholu część organizmu. Otrucie alkoholem wywołuje wszystkie niemal znane nam postacie chorób umysłowych i nerwowych, które, naturalnie, daleko łatwiej rozwijają się pod tym wpływem u dzieci. Im mniejsze są one, tem drobniejsza ilość alkoholu wystarczą już do wywołania głębokiego otrucia, które w wieku dziecięcym odznacza się tem od ostrego odurzenia u dorosłych, iż bardzo łatwo zjawiają się w jego przebiegu konwulsje oraz głęboka zapaść, a często też występuje nawet ta ostatnia bez poprzedzającego podniecenia. Takie niebezpieczne odurzenie może zjawić się u małych dzieci już wskutek oddechania parami alkoholowemi. Obserwował to MILLON u 3-miesięcznego dziecka, które było obecne w pokoju, w którym nianka jego myła mocnym rumem włosy swej przyjaciółce. Drugi podobny przypadek opisał UNDERWOOD: u 2-tygodniowego dziecka zjawily się uporeczy-

we konwulsje, które trwały prawie 2 miesiące i opierały się wszelkiemu leczeniu; znikły one dopiero po zmianie mieszkania; wtedy się wyjaśniło, iż przyczynę napadów stanowiło przesycone alkoholem powietrze pierwszego mieszkania, w którym rodzice malutkiego pacjenta zajmowali się destylowaniem spirytusu. Nader ciekawe są spostrzeżenia, opisane w r. 1900 przez d-rów GREGOR'a i FRIED'a. Pierwszy z nich spostrzegł u dziecka $\frac{1}{2}$ -rocznego, chorego na zapalenie opłucny (po krupowym zapaleniu płuc), wystąpienie głębokiej śpiączki z zanikiem uczucia bólowego i odruchów, podwyższeniem ciepłoty i t. p.; objawy te wystąpiły po kompresjach spirytusowych. Takie same otrucie po kompresjach obserwował d-r FRIED u dziecka 4-miesięcznego już po $1\frac{1}{2}$ -godzinnem leżeniu kompresów; w tym przypadku objawami otrucia była sinica oraz bledość, ochłodzenie kończyn, rozszerzenie źrenic i brak w nich odruchu, osłabienie oddechania i obniżenia ciepłoty ($35,8^{\circ}$ w odbytnicy). Równie niebezpieczne odurzenie, zakończone w wielu przypadkach śmiercią, występuje i u dzieci starszych po jednokrotnem wypiciu niewielkich ilości spirytualiów. LETULLE opisał przypadek, w którym głęboka śpiączka zjawila się u 5-letniego chłopca po zjedzeniu biszkoptu, umoczonego w likierze.

(D. n.).

Ruch chorych w szpitalu św. Stanisława.

za czas od 14 maja do 14 czerwca r. b.

W miesiącu sprawozdawczym mieliśmy chorych więcej, niż zwykle: na zwiększenie ruchu chorych wpłynęło chwilowe zamknięcie z powodu odnawiania szpitalika dla dzieci, jak również nie słabnąca odra i płońca. Ospa także zajęła wybitne stanowisko, gdyż w tym okresie przybyło 18 chorych, z których 4 nieszczepionych zmar-

ło. Przepelnienie szpitala, wobec istnienia dotychczas tylko 5 oddziałów i kilku pokoików, spowodowało kilka przypadków wzajemnego zarażenia się chorych wskutek braku izolacji każdej postaci chorobowej. Powyższa okoliczność stanowi chroniczną wadę szpitala św. Stanisława, lecz pomimo chęci i starań nie może być

usunięta, póki nie znajdą się fundusze na rozszerzenie szpitala.

Pozwolę sobie na tem miejscu opisać w krótkich słowach dwa przypadki, nasuwające trudności pod względem rozpoznawczym. Pierwszy dotyczy młodego człowieka, który zapadł nagle na zdrowiu, bez widocznej przyczyny i bez umiejscowienia sprawy; odesłano go do nas, podejrzewając tyfus; na trzeci dzień zjawiała się dość obfita wysypka petociowa, która następnego dnia zaczęła przeistaczać się w krosty — *pustulae*, co nasuwało przypuszczenie o ospie; jednocześnie wystąpiła wyraźna bolesność ramienia przy stawie barkowym. Chory wkrótce zmarł, badanie pośmiertne przekonało, że *osteomyelitis humeri* było istotą całego cierpienia, wysypka zaś była pochodzenia septycznego. Drugi przypadek dotyczył dorozkarza, który chorował blisko 4 miesiące na owrzodzenia skóry i leczył się ambulatoryjnie. W ostatnich czasach osłabienie ogólne i powikłania ze strony płuc zmusiły go do wstąpienia do szpitala. Badanie pośmiertne stwierdziło w płucach obecność ognisk ropnych, w górnym zaś odcinku dróg oddechowych zmian nie było. Badanie bakteryologiczne i szczepienia zwierząt przekonały, że mieliśmy do czynienia z nosacizną. Chory wypierał się wszelkiej styczności z chorymi końmi, lecz, dopóki za zabicie chorego konia nie będzie przyznawane poszkodowanemu wynagrodzenie, jak to się dzieje w niektórych ziemstwach, dopóty walka z nosacizną będzie bardzo utrudniona.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 91 (m. 44, k. 47); przybyło 142 (m. 59, k. 83), w tej liczbie 11 osób z prowincyi, wypisało się 121 (m. 51, k. 70), przewieziono do innych szpitali 3, zmarło 21 (m. 10, k. 11). Na czerwiec pozostało 88 (m. 40, k. 48).

O d r a utrzymała się licznie na pierwszym miejscu, przybyło chorych 30 (m. 14, k. 16), przeważnie dzieci. Trzy przypadki zakończyły się śmiertelnie wskutek powikłań ze strony płuc i uszów. Ropienie z uszów występowało w ostatnich czasach dość często, co w pewnym stopniu zależało od nadmiernego przepełnienia oddziału. Chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Marszałkowska 68, Franciszkańska 9 (dwa przypadki), Szeroki Dunaj 5, Tamka 38, Bugaj 16, Lipowa 12, Elektoralna 29, Grzybowska 62 (dwa przypadki), Burakowska 10 (pięć przypadków),

Piękna 68, Stawki 41, szpital św. Łazarza—dwoje osób ze służby, Leszno 94, Krochmalna 24, Topiel 6 (dwa przypadki), Dobra 51, Sienna 14, Łucka 21, Bonifratska 12, Gęsia 85 i wieś Mokotów.

R ó ż a zajęła drugie miejsce. Mieliśmy przypadków 22, wszyscy chorzy wyzdrowieli. Chorzy pochodzili z następujących domów i ulic: Nowy Świat 1, Piękna 50, Smolna 25, Chmielna 89, Hoża 9, Sienna 78, Żórawia 9, Zielna 7, Twarda 6, Podwale 5, Elektoralna 6, Przejazd 3, Miodowa 6, Pańska 28, Grójecka 11, Rybaki, Dzielna 56, Furmańska 6, Kacza 10, wieś Grochów i Boguszew (z pow. Bielskiego).

O s p y mieliśmy 18 przypadków, z których 4 u osobników nieszczepionych zakończyły się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z następujących domów i ulic: Al. Ujazdowskie 17, Solec 77 (dwa przypadki), Czerniakowska 83 i 89, Dzielna 83, Rymarska 10, Nowolipki 62 i 70, Chłodna 11 (urzędnik kancelaryi cyrkułu VII), Nowowiejska 1, Młynarska 4, Leszno 60, Browarna 20, Twarda 25. Prócz tego zapadł na ospę posługacz ospowego oddziału; jest to pierwszy przypadek w ciągu całego istnienia szpitala; chory został zaszczerpiony zaraz przy objęciu służby, lecz wysypka zjawiała się dość wcześnie, tak że przypuszczać należy, iż zarażenie nastąpiło nieco wcześniej, prawdopodobnie przy godzeniu się na służbę. Prócz tego mieliśmy jeden przypadek ospy wietrznej (*varicella*) u 7-letniego chłopca, który przed 1½ miesiącem wypisał się z naszego szpitala po przebyciu ciężkiej ospy naturalnej. Jest to dowód, że ospa wietrzna i naturalna są to choroby zupełnie samodzielne.

P ł o n i c y mieliśmy przypadków 14 (m. 5, k. 9) o przebiegu ciężkim. Trzy przypadki zakończyły się śmiertelnie. Powikłanie ze strony nerek występowało dość często. Chorzy pochodzili z następujących domów i ulic: Aleksandrya 14, Czerniakowska 61 (dwa przypadki), Dzielna 21 i 81, Przyokopowa 14, Karolkowa 5, Nowowolska 5, Belwederska 4 (dwa przypadki—z pałacu Łazienkowskiego), Browarna 21, Tamka 40, Piękna 66.

B ł o n i c y gardła przybyło 9 przypadków, o przebiegu dość łagodnym; w jednym tylko, z zajęciem krtani, wstrzykiwano surowicę; w reszcie przypadków wyzdrowienie nastąpiło bez surowicy. Chorzy pochodzili z następują-

cych domów i ulic: Krakowskie-Przedmieście 32 (pałac hr. Potockich) i 6, Graniczna 9, Piękna 64, Leopoldyna 12, Hoża 9, Mokotowska 16, Krochmalna 84 oraz wieś Jabłonna.

Zapalenia gardła (*angina follicularis*) przybyło 7 przypadków z następujących domów i ulic: Aleksandrya 10, Aleja Jerozolimska 35, Twarda 8, Sienna 26, Długa 53, Przyokopowa 14 i wieś Mokotów.

Tyfusu wysypkowego mieliśmy 11 przypadków o przebiegu bardzo ciężkim, aż 5 przypadków zakończyło się śmiertelnie, w dwóch zaś przypadkach przyłączyły się powikłania, wymagające poważniejszej pomocy chirurgicznej. Chorzy, zazwyczaj w stanie bardzo ciężkim, przybyli z następujących domów i ulic: aresztant z Ratusza, Ogrodowa 40, Nowo-Wolska 10 (dwa przypadki), Górna 11, Muranowska 13 i 63, Wronia 7, Franciszkańska 7, Moskiewska 48 i wieś Słomków (pod Gostyninem).

Tyfusu brzuszego było 4 przypadki, z tych dwa zakończyły się śmiertelnie. Chorzy pochodzili z okolic podmiejskich, mianowicie: Młynarska 17, Raszyńska 14, Brzozowa 22 i wieś Janów, pow. Warszawski.

Z innych chorób gorączkowych mieliśmy: po dwa przypadki *osteomyelitis*, gorączki połogowej, nosacizny, zapalenia płuc włóknikowego, jeden przypadek *herpes zoster*, *urticaria* i inne.

Odsetka śmiertelności wynosi 9,01.

Badań pośmiertnych dokonano w 10 przypadkach.

Ospy ochronnej zaszczerpiono 25, z wynikiem pomyślnym.

Biletów odmownych dla braku miejsc wydano jeden, chorym zaś nie kwalifikującym się 11.

Chorzy przepędzili ogółem 2843 dni szpitalnych (m. 1263, k. 1580).

Roman Gutowski

Lekarz miejscowy szpitala.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= W niektórych chorobach serca i naczyń PÉHU zauważył większe wydalenie moczu w nocy, niż we dzień. W stanie fizyologicznym stosunek ten wynosi 100 : 50. Autor przeprowadził szereg spostrzeżeń, mierząc ilość moczu od 6 rano do 9 wieczór i od 9 wieczór do 6 rano u 30 chorych z różnorodnymi zaburzeniami krwioobiegu, i przekonał się, że zwiększone wydalenie moczu nocą (nokturja) pozostaje w związku z osłabieniem mięśnia sercowego. Przyjęte płyny skupiają się w ustroju i zostają obficie wydalone podczas spoczynku nocnego, gdy ciśnienie tętnicze się wzmacnia. (Lyon Méd. 5 -- 1903).

= CLAIRBORNE spostrzegł przypadek miesiączki zastępczej z powiek dolnych u 16 letniej żydówki. Zaczęła miesiączkować w 13 roku. Odtąd, na 2 — 3 dni przed po-

jawieniem się miesiączki ukazywały się pod oczami plamy czerwone, pod skórą zbierała się krew, ściszająca się następnie na zewnątrz, i tworzył się skrzep zasychający, który powoli znikał, a po kilku dniach skóra była prawidłowa. Rzadziej spostrzegano to samo zjawisko w 2 — 3 dni po miesiączce. Ustrój dziewczyny żadnych złożeń nie okazywał. (Jour. Am. Med. Ass. 13.IX 1902).

= FERÉ opisuje przypadek pokrzywki u chorego z bezwładem lewostronnym, która pojawiła się skutkiem niestrawności. Pokrzywka ta objęła całą skórę z wyjątkiem lewej połowy twarzy, lewej ręki i lewej połowy klatki piersiowej. Chory opowiadał, że już poprzednio miał pokrzywkę dwukrotnie z takim samym wyłączeniem części ciała bezwładnych. (Rev. neurol. 1902). P.