

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Wł. Sękowski. Wziernik maciczny i rurka okienkowata prof. BANDLA. — II L. KRAUSE. Dwa przypadki zgorzeli narządów płciowych zewnętrznych u mężczyzny. — III. K. SZADEK. Teoryja wstępnego zarażenia się matki przymiotem od płodu (*Théorie „choc en retour“*). Studium krytyczne [dalszy ciąg]. — IV. D-r HEIMAN. Kilka słów z powodu artykułu D-ra GURANOWSKIEGO p. t.: Przypadek szankra w uchu średniem. — *Notatki lekarskie.* 8. A. MALINOWSKI. Z kazuistyki pedyiatrycznej. Niedrożność kiszki, zapalenie otrzewnej zgorzel pętlicy kiszki. Śmierć. — Porządek dzienny posiedzenia bijologicznego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

I. WZIERNIK MACICZNY I RURKA OKIENKOWATA

PROF. BANDLA.

Podał

D-r Władysław Sękowski.

Od niedawna dopiero w cierpieniach błony śluzowej macicy, a głównie pochodzenia nieżyłowego, poczęto stosować metodę miejscowego leczenia. W początkach obawiano się tego postępowania z kilku powodów, najpierw przypisywano mu możność wywoływania ostrych nasileń lub wprost zapaleń okolic macicznych; skrupuł ten okazał się płonnym, a niebezpieczeństwo pozornem, z ulepszeniem bowiem przyrządów i metody postępowania, złe takowej następstwa do wyjątków dzisiaj się zaliczają. Trudność rozpoznania choroby odstraszała też wielu od stosowania miejscowego leczenia, tę jednak trudność z pomocą drobnowidza zwyciężko dzisiaj omijać możemy. Nakoniec przyrządy, do wykonania tego rękoczynu służące, niezawsze odpowiadały celowi, a jednakże stopniowo udoskonalane dają nam obecnie możność łatwego stosowania omawianej metody.

Nie będę tutaj rozwodzić się nad wskazaniem do jej stosowania, nad dobrocią używanych środków lekarskich i t. p.. Są to pytania wielokrotnie już opracowywane i w łamach Gazety Lekarskiej, chcę zwrócić uwagę wyłącznie na techniczną stronę metody. Początkowo główne jej zadanie polegało na tem, aby bezpośrednio wprowadzić w zetknięcie błonę śluzową macicy z danym środkiem lekarskim. Zalecane w tym celu pędzelki okazały się bardzo niewystarczającemi. Zastąpiono je wstrzykiwaniami, a strzykawka BRAUN'a długi przeciąg czasu zadawalniającą spełniała swe zadanie. Kiedy jednakże czy to wskutek wadliwej zasady, czy nieumiejętnego stosowania strzykawki, coraz częściej zaczęto spostrzegać złe następstwa po jej użyciu, starano się zastąpić ją pulweryzátorem CLAY'a, a wreszcie nacinanym zgłębnikiem macicznym, na który nawinięta wa-

tę hygroskopijną macza się w lekarstwie i wprowadza do macicy. Po ułożeniu chorej w pozycji bocznej i założeniu wziernika SIMS'a, chwytamy haczykiem waręgę górną części pochwowej macicy i przyciągamy ku otworowi sromnemu. Następnie wprowadziwszy zgłębnik z watą do jamy macicy, pozostawiamy tamże na pół do jednej minuty, poczem wyjąwszy go, wprowadzamy drugi również nawinięty suchą watą dla osuszenia i oczyszczenia błony śluzowej macicy. Najczęściej tą drogą wprowadzamy nalewkę jodową, lub roztwór półtorochlorku żelaza. Zgłębniki takie mają obszernie po dziś dzień zastosowanie w klinikach wiedeńskich i rzeczywiście łatwość ich stosowania bardzo za nimi przemawia.

Pierwszy B. SCHULTZE zwrócił uwagę na niedostateczność powyższych metod postępowania. Stosujemy je przeważnie w niezżytych stanach macicy, w tym więc przypadku, pokrywająca i tak już zwyrodniałą błonę śluzową, gruba warstwa śluzu, stanowi niejaką zaporę przeciw skutecznemu działaniu środków lekarskich, żądane najczęściej przyżeganie niepewnem jest i słabem, ztąd odradzanie się błony śluzowej albo całkiem niemożliwe, albo odbywa się bardzo powoli i niedostatecznie. Proponuje więc SCHULTZE przygotowawcze przepłukiwanie jamy macicy, które oswobadza błonę śluzową nie tylko od pokrywającego ją śluzu, ale także od zmartwiałych jej części, a tym sposobem ułatwia i potęguje miejscowe działanie środków lekarskich. Przepłukiwanie łatwo wykonywać się daje za pomocą kateteru SCHULTZE'go lub BOZEMAN-FRITSHE'a 1% roztworem kwasu karbolowego. Poczem dopiero stosować należy dowolny środek przyżegający.

Jednakże i postępowanie SCHULTZE'go nie czyni zadość wymaganiom. Wprawdzie przepłukiwanie może oczyścić jamę macicy z wypełniającego ją śluzu, może do pewnego stopnia wydalić zmartwiałe części błony śluzowej, ale większa ich część pozostaje na miejscu, słaby bowiem prąd płynu nie jest w stanie oderwać ich od błony podśluzowej; tak więc stanowią one *perpetuum causam morbi*, ztąd przeciągające się do nieskończoności leczenie, powroty i t. p. niewygody. Należałoby doszczętnie oswobodzić macicę od zwyrodniałych ognisk błony śluzowej, aby tym sposobem dać jej możność szybkiego i trwałego odradzania się. Do tego celu najszybciej prowadzi nas zeszkrobywanie (*curettement*) błony śluzowej jamy macicy.

Z pomiędzy kilku sposobów skrobania najodpowiedniejszym wydaje mi się następujący. Po założeniu wziernika, przyciągnięciu i ustaleniu macicy haczykiem, wlewamy do wziernika 1% roztwór kwasu karbolowego i dopiero przez jego warstwę wkładamy łyżeczkę do macicy i rozpoczynamy skrobanie. U wielu autorów nie spotykam opisu tej ostrożności, która w rzeczywistości wydaje mi się być konieczną. Zeszkrobanie jest środkiem rzeczywiście dzielnym i najlepsze wyniki dającym, ale ma i słabe strony. Obok pewności w rozpoznawaniu cierpienia wymaga wielkiej biegłości w użyciu łyżeczki macicznej; skrobanie po omacku nie upewnia nas o tem, czy dostatecznie oczyściliśmy powierzchnię, tylko bowiem jedna strona łyżeczki jest czynną; powtórne, zbyt energiczne lub niewprawne ruchy mogą za silnie drażnić lub uszkodzić macicę; potrzebną jest przytem asystencja, którą niezawsze mieć można.

Małe te zarzuty, jakie zrobić można zeszkrobywaniu, całkowicie, zdaniem mojem, usuwa metoda prof. BANDL'a. Zalety, dla których zasługuje ona na pierwszeństwo w wielu przypadkach, są następujące:

1) Zeskrobywanie odbywa się odrazu wszystkimi powierzchniami kiuretki (*sui generis*), ztąd jest dokładniejszym.

2) Brzegi okienek skrobiących są tępe, ztąd manipulować możemy śmiało bez narażenia się na zbytne uszkodzenie macicy.

3) Skrobiemy w atmosferze płynu stanowiącego środek przyżegający np. w roztworze siarczanu miedzi. Jednocześnie więc otrzymujemy dwa wyniki: przepłukiwanie i przyżeganie.

4) Manipulacja wskutek odpowiednich narzędzi jest tak prostą i łatwą, że we własnym gabinecie, bez czyjejkolwiek bądź asystencji wykonywać ją możemy.

Zastosowanie metody prof. BANDL'a polega na użyciu jego wynalazku wziernika i kateteru okienkowego [zastępującego miejsce łyżeczki skrobiącej].

Wziernik prof. BANDL'a jest to zwykły wziernik cylindryczny FERGUSSON'a z kauczuku, ale o połowę krótszy i także skośnie ścięty. Kateter okienkowy jest to srebrna rurka osadzona na długiej rączce kauczukowej, zakończona ślepo, a z boków posiadająca kilkanaście otworów o średnicy kilku milimetrów i tępo zakończonych brzegach. Tak wzierników jak i kateterów jest po kilka N-rów, stosownie do wielkości ich średnicy.

Oprócz tych przyrządów do metody prof. BANDL'a używamy wziernika kauczukowego cylindrycznego zwykłej długości i haczyka jednoramiennego.

Sposób postępowania jest następujący:

Po ułożeniu chorej na grzbiecie i przygotowaniu potrzebnych przedmiotów tuż pod ręką, zakładamy zwykły wziernik; odkrywamy usta maciczne, chwytamy wargę górną od wewnątrz haczykiem i umocowawszy go dobrze, wydajemy wziernik, przyciągając jednocześnie lekko haczyk ku sobie; haczyk przekładamy w rękę lewą, a wziernik zdejmujemy z niego, poczem nakładamy na niego wziernik krótki, który wepchnięty do środka, odkrywa nam zachwycone haczykiem i przyciągnięte usta maciczne. Wtedy palcem wielkim i wskazicielem ręki lewej chwytamy haczyk, a 3 i 4 palcem tejże ręki przytrzymujemy wziernik *in loco*, pozostaje nam więc swobodna ręka prawa. Wlewamy do wziernika roztwór danego środka lekarskiego i przez niego wkładamy kateter okienkowy do macicy. Następnie wykonywamy nim kilkanaście poruszeń ku przodowi i wtył. Wskutek tej manipulacji, wypłukujemy macicę, zeskrobujemy zmartwiałe części błony śluzowej i przyżegamy tę ostatnią. Dowodem tego jest zanieczyszczanie płynu we wzierniku wydzielinami nieżyłymi i zeskrobanymi strzępkami błony śluzowej. Możemy dalej przechylić wziernik, wylać zanieczyszczony płyn, wlać świeżego i powtórzyć manipulację.

Profesor BANDL używa swej metody głównie w przewlekłych nieżyłach błony śluzowej macicy, a do przyżegania bierze 10% roztwór siarczanu miedzi i stosownie do zasad, przyżegania powtarza je co kilka np. co 4 dni.

Kilkakrotne takie oczyszczenie i przyżeganie macicy, obok codziennych przestrzykiwań pochwy, kąpeli nasiadowych i stosownego ogólnego leczenia, wystarcza do usunięcia nieżyłu, jeżeli nie całkowicie, to na długi przeciąg czasu; słusznie bowiem powiada LUTAUD że nie posiadamy dotąd środka mogącego bezwzględnie w tych przypadkach zabezpieczyć nas od powrotu.

Jeżeli nieżytem zajęta jest wyłącznie szyjka, kateter wkładamy tylko na jej długość, co łatwo zauważyć po zagłębieniu się średniej części kateteru.

Sądzę, że kolegom na prowiucyi wielkie może oddać usługi metoda profesora BANDL'a, która i mnie już wielokrotnie ułatwiła zadanie i możność otrzymania pożądaných wyników.

Jedną tylko należy zachować ostrożność przy wykonywaniu wszelkich manipulacyj wewnątrz macicznych, a mianowicie, aby wszystkie metalowe instrumenty przed wprowadzeniem do macicy dezynfekować w ogniu [np. lampki spirytusowej]. Jest to konieczność, o której nikomu zapominać niewolno.

II. DWA PRZYPADKI

ZGORZELI NARZĄDÓW PŁCIOWYCH ZEWNĘTRZNYCH U MĘŻCZYZNY.

Podał

Ludwik Kruuse

lekarz miejscowy szpitala starozakonnych w Warszawie.

Zgorzel narządów płciowych w tej postaci, w jakiej się przedstawiają przypadki niżej opisane, nie należy do cierpień często spotykanych; sądzę przeto, że opis ich zasługuje na uwagę, tembardziej, że przyczyna w mowie będącej chorobą dotychczas należycie wyswietloną nie została.

I. Sz. R., kupiec, 39 lat liczący, wstąpił do szpitala starozakonnych dnia 30 I. 1885 r. w celu poddania się operacyi przetoki kiszki stolcowej, na którą cierpi od 7 tygodni. Przyczyna wytworzenia się przetoki niewiadoma. Chory atletycznej budowy, żadnych chorób ważniejszych nigdy nie przechodził. Badanie narządów wewnętrznych nic nieprawidłowego nie wykrywa. W odległości 1 ctm., od otworu stolcowego znajduje się przetoka, idąca w kierunku z dołu ku górze z zewnątrz ku wewnątrz, kończąca się w odbytnicy mniej więcej na wysokości 5 ctm., nad odbytem. Dnia 2. II. w przeddzień operacyi, chory do stał łyżkę oleju rącznikowego, poczem miał obfite wypróżnienia, a dnia następnego na kilka godzin przed operacyją oczyszczono odbytnicę za pomocą ławaty wy z wody ciepłej. Po zachloroformowaniu chorego, przecięto przetokę, ziarninę grzybowatą wyskrobano łyżeczką VOLKMANN'a i nałożono opatrunek przeciwny.

Przez trzy dni następne chory miał się wogóle dobrze, nie gorączkował, rana zupełnie jest czystą, ropienie bardzo niewielkie; chory żadnego bólu w ranie nie czuje. Wieczorem czwartego dnia po operacyi dostaje silnych dreszczów i bólu głowy, noc przepędził bezsennością.

Dnia 8. II. chory skarży się na silny ból głowy i w dołku podsercowym. Ciepłota ciała podniesiona 39,5° C., tętno 104 uderzeń na minutę. Brzuch nieco wzdęty, ból przy dotykaniu w okolicy kiszki ślepej. Łaknienia nie ma, język obłożony, brak stolca. Przypisując powyższe objawy zaburzeniom w trawieniu, zaleciłem choremu 4 proszki kalomelowe po 3 gr. co 2 godzin proszek, następnie łyżkę oleju rącznikowego.

Dnia następnego, po dość obfitych wypróżnieniach, chory ma się nieco lepiej, ból głowy mniejszy, ciepłota ciała opadła do 38° C., tętno 88, język obłożony,

wilgotny; ból brzucha mniejszy. Rana czysta, zabliźnia się szybko, ropienie umiarkowane.

Dnia 11 chory opowiada, że poprzedniego dnia wieczorem znów miał dreszcze. ciepłota ciała podniosła się do $39,8^{\circ}\text{C}$., tętno przyspieszone; brzuch wzdęty, bolesny na dotyk, żadnego zaczerwienienia naokoło rany ani też w dalszych okolicach skóry nie widać, język obłożony suchy, brak stolca. Zalecono łyżkę oleju rącznikowego.

Dnia 13 chory czuje się znacznie osłabionym, z trudnością odpowiada na pytania, ciepłota ciała dochodzi do $41,2^{\circ}\text{C}$., tętno przyspieszone, słabe, 108 uderzeń na minutę. Brzuch bolesny; śledziona powiększona, język suchy, miejscowych żadnych zmian nie widać.

Dnia 14 ciepłota ciała $39,5^{\circ}\text{C}$., tętno 100, stan ogólny taki sam.

Dnia 15, chory skarży się na ból w mosznie; przy badaniu okazuje się, iż cała moszna obrzękła, bolesna na dotyk. Na dolnej powierzchni w bliskości linii środkowej spostrzegać się daje strup niewielki, niebolesny, czarny. Ciepłota ciała $38,5^{\circ}\text{C}$., chory czuje się lepiej aniżeli dnia poprzedniego.

Dnia 16 obrzęk moszny powiększa się, tu i ówdzie pojawiają się strupy zgorzelinowe. prącie żadnych zmian nie przedstawia. Rana pooperacyjna czysta, zabliźnia się, na kroczu żadnego zaczerwienienia nie widać. Ciepłota ciała 39°C ., tętno 101. Zalecono kwas solny do wewnątrz i okłady aromatyczne na mosnę.

Dnia 17. Strup zgorzelinowy moszny rozszerza się, zajmuje całą dolną część moszny. Chory skarży się na ból w prąciu, żadnych jednak miejscowych zmian nie widać. Mocz oddaje bez żadnych bólów. Ciepłota ciała 39°C ., tętno 90.

Dnia 18. Zgorzel zajmuje prawie całą przednią ścianę moszny, a na tylnej dochodzi do połowy. Prącie obrzękłe, bolesne na dotyk. Ciepłota ciała $39,8^{\circ}\text{C}$., tętno 108

Dnia 21 ciepłota ciała spadła do $38,5^{\circ}$, tętno 100. Części moszny zniszczone przez zgorzel zaczynają się oddzielać, natomiast na górnej powierzchni pozostałego napletka pojawia się strup zgorzelinowy. Stan ogólny chorego niezły.

Dnia 23 stan bezgorączkowy, tętno dobrze rozwinięte; całą prawie przednią ścianę moszny oraz połowę tylnej, zniszczoną przez zgorzel, odcięto; na dnie rany znajdują się jądra pokryte tkanką zgorzelinową. Zgorzel napletka rozszerza się nieco ku górze i zajmuje przednią powierzchnię prącia na przestrzeni około 3 cm. Stan ogólny chorego dobry.

Dnia 25. Owrzodzenie moszny oczyszcza się, część napletka obumarła oddziela się, obrzęk prącia znacznie mniejszy. Rana pooperacyjna na miejscu dawnej przetoki zabliźniona.

Dnia 27. Stan ogólny chorego dobry, łaknienie dobre, język czysty. Owrzodzenie moszny czyste, pokryte zdrową ziarniną.

Dotąd stan ogólny chorego coraz był lepszy; owrzodzenia moszny i prącia pod opatrunkiem karbolowym zwolna się goją. Chory wypisany ze szpitala dnia 10 Marca z niewielką jeszcze niezabliźnioną powierzchnią granulacyjną na przedniej części moszny.

II. M. Rosenthal, szklarz, 48 lat liczący, przybył do szpitala starozakonnych dnia 10. VIII 1885 r., ze zgorzelą skóry prącia i moszny. Chory dobrze fizycznie rozwinięty, prócz lekkich niedomagań, jakie się nieraz zdarzały, nie pamięta, aby kiedy przechodził ważniejszą chorobę. Przed ośmiu dniami powróciwszy z roboty do domu, uczył jakieś ogólne osłabienie i niedomaganie; od czasu do czasu pojawiały się dreszczyki. Nazajutrz z rana przebudził się z silnym bólem w prąciu i mosznie, przyczem zauważył zaczerwienienie skóry takowych. Coraz więcej wzmagający się ból, oraz znaczne obrzmienie narządów

płciowych zewnętrznych zmusiły chorego szukać pomocy felczera, który zalecił mu okłady z wody karbolowej i smarowanie jakąś mascią, co sprawę jeszcze pogorszyło. Trzeciego dnia chory spostrzegł mały strupek na górnej środkowej części prącia, strupek powiększał się dość szybko, tak, że znaczna część skóry prącia obumarła. Widząc, że sprawa przyjmuje coraz szersze rozmiary, postanowił udać się do szpitala. Widziałem chorego dopiero na trzeci dzień po przybyciu. Przy badaniu narządów płciowych okazało się, iż przednia połowa górnej powierzchni skóry prącia przeszła w zgorzel, pozostała część skóry mocno zaczerwieniona i obrzmiała, cała dolna powierzchnia skóry biała, matowa; żołądź zupełnie nie zmieniona. Moszna znacznie obrzmiała i zaczerwieniona, większa jej część dolna przeszła w zgorzel. Naczynia i gruczoły chłonne w obu pachwinach w stanie silnego zapalenia, sądząc z silnej bolesności przy dotykaniu. Chory bardzo osłabiony. Mocz oddaje prawidłowo, bez żadnego bólu. Odczyn moczu kwaśny, ciężar gatunkowy 1013, białka ani cukru w moczu nie ma. Stan gorączkowy, ciepłota ciała dochodzi do 40° C. tętno słabe, przyspieszone, 106 uderzeń na minutę. W płucach nic nieprawidłowego, tony serca czyste, język suchy, z boków nieco wilgotny, pragnienie silne.

Dnia 15, ciepłota ciała dochodzi do 38,9° C., chory czuje się znacznie osłabionym. Zgorzel górnej powierzchni prącia, zaczawszy od pozostałego napletka zajmuje $\frac{3}{4}$ części skóry; na dolnej powierzchni tu i ówdzie pojawiają się strupy zgorzelinowe. Jednocześnie zgorzel moszny szerzy się coraz bardziej. Zapalenie naczyń chłonnych z lewej strony cokolwiek się zmniejszyło.

Dnia 17. Ciepłota ciała 38,5° C., tętno przyspieszone, dobrze rozwinięte. Część skóry prącia zniszczona przez zgorzel odgraniczyła się od skóry zdrowej.

Dnia 18, odcięto prawie całą mosznę zniszczoną przez zgorzel, pozostała skóra wynosi zaledwie 2 ctm. szerokości. Na dnie rany widać jądra, pokryte rozpadającą się tkanką łączną. Stan ogólny chorego znośny. Zapalenie naczyń chłonnych z obu stron znacznie się zmniejszyło.

Dnia 20. Ciepłota ciała 38,2° C., tętno dobrze rozwinięte, chory czuje się w ogóle dobrze, owróżdzenie prącia oczyszcza się i pokrywa zdrową ziarniną.

Z dniem następnym chory przestał gorączkować i zaczął powracać do zdrowia. Chory pozostał w szpitalu do dnia 2 IX, opuścił go zdrow zupełnie z małą powierzchnią granulacyjną na dolnej powierzchni prącia i z cokolwiek większą na dolnej części moszny.

W obu opisanych przypadkach mieliśmy do czynienia z ostrą zgorzelą narządów płciowych zewnętrznych, z tą tylko różnicą, że w przypadku drugim zgorzel wystąpiła bez żadnej widocznej przyczyny, w pierwszym zaś ukazała się w kilka dni po przecięciu przetoki kiszki stolcowej, co mogłoby dać do myślenia, że była to róża przyranna, która przy przejściu na narządy płciowe wywołała zgorzel takowych. Spostrzeżenia takie znane są już w literaturze lekarskiej, że wspomnę tu tylko o przypadkach RASCOL'a ¹⁾ i GOSSELIN'a ²⁾. Przypadek RASCOL'a dotyczy 34 letniego mężczyzny dobrze zbudowanego zapadłego na różę, zajmującą dolną część brzucha, narządy płciowe zewnętrzne, aż do górnych części obu ud sięgającą. Na mosznie róża przyjmuje charakter zgorzelinowy, tak, iż po kilku dniach cała moszna, prócz nieznacznej części [2 ctm.] pozostałej na linii środkowej, przeszła w zgorzel. Przypadek GOSSELIN'a, sądząc z opisu, mniej jest podobny do róży, pomimo, że autor wprost go tytułuje „*érysi-*

1) Gangrène du scrotum etc. Gazette des Hôpitaux. 1883. Nr. 28.

2) Erysipèle du scrotum à forme gangréneuse galopante. Gazette des Hôpitaux. 1879. N. 17.

pèle du scrotum“. Dotyczy on mężczyzny 42 letniego, alkoholika, który przed 8 dniami bez żadnej przyczyny dostał dreszczy, dość silnej gorączki, przyczem moszna zaczerwieniła się znacznie i obrzękła, a w krótkce skóra moszny na znacznej przestrzeni wraz z błonami aż do jąder uległa zgorzeli. Skóra w okolicy prawej pachwiny zaczerwieniona, bardzo bolesna.

Jeżeli GOSSELIN przypadek swój wprost nazwał różą z charakterem zgorzelinowym, chociaż chory ani rany żadnej nie miał, ani objawów miejscowych cechujących różę nie było, to nasz przypadek [pierwszy] ze względu na istnienie nieopodał organów płciowych rany, tembardziej mógłby wzbudzić podejrzenie, że to była róża. Jednakże obserwując starannie przebieg cierpienia u naszego chorego, nie mogę przypuścić, aby w danym razie przyłączyła się do rany róża, i przy przejściu na organy płciowe przyjęła charakter zgorzelinowy. Nie było tu bowiem objawów cechujących różę. Pomimo że cierpienie zaczęło się silnym dreszczem i wysoką gorączką, nie widziałem żadnego zaczerwienienia w okolicy rany, lecz proces zaczął się odrazu na mosźnie, zniszczył takową oraz część pozostałego napletka, nie było nawet zapalenia naczyń chłonnych pachwiny, które by wzbudzało podejrzenie róży, szerzącej się na ścianę brzuszna.

Musimy więc przyjąć oba spostrzegane przez nas przypadki za jednakie, t.j. za zgorzel samoistną narządów płciowych zewnętrznych, za to co francuzi nazywają *gangrène foudroyante* lub *gangrène aigüe et serpiginieuse*. Przypadków takich znamy już dzisiaj kilkanaście. FOURNIER ¹⁾ w 1883 r. spostrzegał przypadek zgorzeli narządów płciowych zewnętrznych, zupełnie podobny do spostrzeganych przez nas, z tego względu pozwolę sobie w krótkości go przytoczyć.

Młody jeszcze człowiek, przed chwilą zdrow zupełnie, podczas zajęcia swego poczuł nieznaczny ból w prąciu, przy oglądaniu którego zauważył w jednym miejscu lekkie zaczerwienienie. Niezadługo potem, gdy ból stawał się coraz silniejszym, chory zmuszony był położyć się do łóżka. Natychmiast wystąpiła gorączka, wymioty, prącie obrzękło, bóle coraz gwałtowniejsze. Po trzech dniach można już było zauważyć zgorzel prawie całej skóry prącia i moszny, zapalenie naczyń chłonnych pachwinowych, które wytworzyło ropień. Po kilku dniach stan ogólny chorego nieco się polepszył ropyń w pachwinie się otworzył, strup zgorzelinowy się oddzielił i na dnie owrzodzenia okazały się jądra zupełnie obnażone. Podczas przebiegu tych objawów wystąpiła plamica (*purpura*) na klatce piersiowej, brzuchu, na górnych częściach ud i ramion. Tego rodzaju przypadków FOURNIER napotkał cztery w swojej praktyce. Spostrzeżenia nasze tem tylko się różnią od opisanego powyżej, że plamicy zupełnie nie było i zapalenie gruczołów chłonnych rozeszło się zupełnie bez żadnego śladu [przyp. II].

Po większej części spotykamy się z przypadkami, w których zgorzel niszczyła skórę moszny, lub też prącia i moszny jednocześnie. Rzadsze są przypadki, gdzieby część prącia *in toto* uległa zniszczeniu, jak w przypadku spostrzeganym przez D-ra ORŁOWSKIEGO ²⁾. Z 10 przypadków zebranych przez

¹⁾ Gangrène foudroyante de la verge. Semaine médicale. 1883. Nr. 50.

²⁾ Zgorzel prącia. Gazeta Lekarska. 1885. Nr. 32.

LALLEMANT'a ¹⁾), w dwu tylko miało miejsce całkowite zniszczenie połowy prącia, a w dwu zgorzel ograniczyła się do żołądki i napletka. Inne przypadki LALLEMANT'a podobne są do przypadku opisanego przez FOURNIER'a i do naszych.

Sądząc ze znanych dotychczas przypadków, najczęściej wykazać się dają przyczyny miejscowe, wywołujące zgorzel narządów płciowych zewnętrznych. Niezależnie jednak od tych, musimy przyjąć w wielu razach pewne usposobienie ogólne do powstawania zgorzeli. W liczbie tych ostatnich pierwsze miejsce zajmuje cukrzyca (*diabetes*). U takich chorych zgorzel narządów płciowych występuje niekiedy jednocześnie ze zgorzelą innych części ciała, niekiedy zaś jedynie tylko wspomniane narządy ulegają zgorzeli, będącej następstwem silnego urazu. Dyjabetycy bowiem, według wyrażenia FOURNIER'a, są to istni *noli me tangere*; najmniejsze uderzenie, najmniej niebezpieczna operacyja u takich osobników może się stać powodem najprzykrzejszych powikłań. Zgorzel prącia, jako następstwo zwykłego obrzezania u osobników dotkniętych cukrzycą, wcale do rzadkości nie należy. Do przyczyn ogólnych, powodujących zgorzel narządów płciowych, należy jeszcze tyfus, zimnica, płonica, ospa. Przyczyny miejscowe są liczne i rozmaite. Najwyraźniejszą i najczęstszą przyczyną jest uderzenie tępem narzędziem w części płciowe, lub też rana zadana ostrem narzędziem bądź przypadkowym sposobem, bądź w celu leczniczym. Aby jednak uderzenie, tępem narzędziem było w stanie wywołać zgorzel, powinno ono być bardzo silne, a i wtedy niezawsze do zgorzeli prowadzi. Widziałem niedawno chłopca 16-letniego, któremu przy przenoszeniu z miejsca na miejsce worków z mąką, jeden z nich dość spory zsunął się po brzuchu, uderzając go swoim ciężarem w prącie, będące wtedy przypadkowo w stanie naprężenia. Przy badaniu prącia okazało się, iż jest ono całe ciemno-sine, wydłużone, pozostała dolna część napletka obrzmiała, silnie bolesna przy dotknięciu, koloru prawie czarnego, na dotyk twarda. Do zgorzeli w tym razie jednak nie doszło. Wszelkie urazy lub stany patologiczne, mogące wywołać zaburzenia w krwi obiegu prącia, sprowadzić mogą zgorzel takowego. Należą tu rany cięte poprzeczne, głębokie, ucisk prącia przy *phimosis* i *paraphimosis*. Spostrzegano nieraz zgorzel prącia u dzieci z powodu przewiązania go nitką, lub nasunięcia na takowe obrączki, której w porę nie zdjęto. Nawet ostra zgorzel prącia dołącza się nieraz do rany po obrzezaniu osobników zdrowych niedotkniętych cukrzycą.

Trudno przypuścić, aby zgorzel prącia powstać mogła, jak to niektórzy utrzymują, z powodu nadużyć płciowych; możebnem to jest chyba wtedy, gdy już przedtem istniała jakaś przyczyna usposabiająca do tego cierpienia, mianowicie: Cukrzyca, alkoholizm, wiek podeszły i t. d..

W wielu razach zgorzel prącia występuje po *balano-posthitis*. Dwa są rodzaje tego cierpienia zasługujące tu na uwagę: *balano-posthitis symptomatica*, występująca w skutek nieczystości, i towarzysząca szankrowi miękiemu. W pierwszym przypadku napletek rozciąga się do znacznych rozmiarów, następuje pęknięcie takowego, i przez otwór pokazuje się tkanka przeszła już w zgorzel.

¹⁾ De la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme. Thèse. 1884.

Szankier miękkiej, z powodu swojego szybkiego szerzenia się, z powodu swego charakteru zapalnego i własności zakażających, także daje początek zgorzeli prącia zapalnego pochodzenia, opisanej przez autorów jako *penitis gangraenosa*.

REUSS ¹⁾ spostrzegł przypadek zgorzeli moszny, będącej następstwem rzerzączkowego zapalenia jądra. U mężczyzny 40 lat liczącego, chorego od 8 dni na rzerzączkę, do której przyłączyło się zapalenie jądra, pojawił się nagle z prawej strony moszny czarny strupek, niebolesny na dotyk, zimny; strupek szybko się powiększał, aż nareszcie zajął całą prawą część moszny. Po kilku dniach część moszny, zniszczona przez zgorzel, oddzieliła się, poczem objawy zapalenia jądra powoli znikwały. Rana zabliźniła się szybko i chory wyzdrowiał. Po zupełnem zagojeniu się rany, prawa część moszny była naturalnie mniejsza niż lewa. Podobne przypadki spostrzegali BAUMÉS, CURLING, HARVEY-LUDLOW. Naciek moczowy z powodu pęknięcia cewki lub obecności ciała obcego w cewce sprowadza zgorzel; również występuje zgorzel, gdy kilka kropel jodiny, użytej do wstrzyknięcia po wypuszczeniu płynu z worka jądrowego przy *hydrocele*, dostaje się do tkanki łącznej podskórnej, lub przedostaje się płyn do tejże tkanki łącznej przy pęknięciu *tunicae vaginalis* [GOSSELIN]. W końcu z przyczyn wywołujących zgorzel narządów płciowych wspomnę tu jeszcze o ukąszeniu jadowitych zwierząt. Znany jest przypadek GORVAND'A, gdzie nastąpiła zgorzel skóry prącia po ukąszeniu niedźwiadka (*scorpio*).

Zastanawiając się nad przypadkami przez nas spostrzeganymi, widzimy, że żadna z przyczyn wyżej przytoczonych: ani ogólna, ani miejscowa nie miała miejsca u naszych chorych, dotkniętych zgorzelą narządów płciowych. Chorzy nasi nie mieli cukrzycy. Jakkolwiek w pierwszym przypadku mocz nie był badany, nie mieliśmy jednak żadnych powodów, które by pozwoliły podejrzewać podobne cierpienie. W drugim przypadku ściśle badanie moczu nie wykryło w nim ani cukru, ani białka, ani też innych składowych części nieprawidłowych. Przy badaniu chorych nie znaleźliśmy żadnego znaku od uderzenia, żadnej rany, które by sprawiały jakiekolwiek zaburzenia w krwi obiegu. U chorych naszych żadnych zmian chorobowych w trzewach wykryć się nie dało; nie chorowali nigdy na rzerzączkę, szankra, przymiot, nigdy nie dopuszczali się nadużyć płciowych. Pozostaje więc tylko jedyne przypuszczenie mianowicie, czy nie było to zakażenie, którego umiejscowienie stanowiły narządy płciowe zewnętrzne. BALZER i DUCLAUX, badając krew takich chorych, znaleźli w niej mikrokokki w kształcie dwukropka: Opierając się na tem LALLEMANT ²⁾ twierdzi, że mikrokokki w znacznej ilości nagromadzają się w naczyniach włosowatych organów płciowych, obieg więc krwi w zatkanych w ten sposób naczyniach ustaje i następuje zgorzel. Jest to tylko przypuszczenie, które dopiero mogą stwierdzić odpowiednie badania. Tymczasem musimy przyjąć razem z FOURNIER'em i VERNEUIL'em że, prócz przyczyn wiadomych, istnieją przyczyny wywołujące zgorzel narządów płciowych nam dotychczas niewiadome. Z punktu zaś widzenia klinicz-

¹⁾ Gangrène du serotum à la suite d'orchite bleuo-rhagique. Guérison, Journal de thérapeutique. 1880. Nr. 6.

²⁾ L. c.

nego wiemy, iż istnieje zgorzel narządów płciowych, cechująca się charakterystycznymi objawami, mianowicie: początkiem gwałtownym, rozszerzeniem się nadzwyczajnie szybkim, oraz ciężkim przebiegiem.

W luczywszy przypadki prześlepionej róży, co przy ciemnem zabarwieniu części płciowych jest rzeczą bardzo łatwą, przyczem niekoniecznie rana musi być miejscem wniknięcia pasorzytów, gdyż najmniejsze obtarcie ubraniem, odparzenie, zmoczenie uryną, zmacerowanie skóry i t. p. wystarcza do zaszczepienia się grzybków róży, jak to doskonale wiadomo dla innych okolic ciała, oraz pomijając inne wiadome przyczyny zgorzeli, jak *ulcus venereum*, *phlegmone* przy *fistula urinaria* i t. d., najprawdopodobniej samoistna ostra zgorzel prącia i moszny jest tylko następstwem gwałtownego zapalenia pasorzytnej natury, w rodzaju *oedema purulentum acutum* i t. p., pasorzyty jednak prawdopodobnie rozmnażają się i szerzą w drogach limfatycznych i kanalikach sokowych.

[Przyp. Red.].

III. TEORYJA WSTECZNEGO ZARAŻENIA SIĘ MATKI PRZYMIOTEM OD PŁODU

(*Théorie „choc en retour”*).

STUDYJUM KRYTYCZNE,

opracował

D-r Karol Szadek [z Kijowa].

[Dalszy ciąg. -- Patrz Nr. 23].

Ogólny pogląd krytyczny na przytoczoną kazuistykę.

Rozpatrując materyjał kazuistyczny, odnoszący się do teorii *choc en retour*, widzimy iż wielu autorów opisało przypadki, w których matki, zapłodnione przez syfilityków, przedstawiały czasami już podczas ciąży, czasami zaś dopiero po porodzie ogólne objawy przymiotu; objawy te rzadko kiedy przedstawiały się w formach uogólnionych, rozszerzonych po całym ciele wysypek, jak to ma miejsce w początkach okresu lepieżowego, lecz w większości przypadków owe objawy stanowiły powrotne formy późniejszego okresu przymiotu, jako to: guziczki, strupy na głowie, łuszczyca na dłoniach i t. p. zmiany ograniczające się do niewielkich przestrzeni skóry.

W innych przypadkach matki, zapłodnione przez syfilityków, u których proces chorobowy znajdował się w późnym okresie lepieżowym, nie okazywały podczas ciąży wyraźnych objawów przymiotu, poczynają jednak chudnąć, dostawały białych upławów, włosy im wypadały, pojawiały się rozmaite nerwobóle w mięśniach i kościach, i dopiero podczas drugiej lub trzeciej ciąży [po urodzeniu jednego lub kilku dzieci przymiotowych] występowały u nich odrazu

późne drugorzędne lub nawet trzeciorzędne objawy przymiotu [*psoriasis palmaris et plantaris*, owrzodzenia języka, wysypki guziczkowate, guzy etc.]. We wszystkich tych przypadkach obserwatorowie podają, jakoby przed wystąpieniem tych objawów ogólnych nie istniały nigdy objawy pierwotne; nigdy mianowicie nie można było wykryć śladów stwardnienia sąsiednich gruczołów limfatycznych. Z tego to względu wszyscy ci obserwatorowie, uwzględniając brak objawu pierwotnego oraz występowanie objawów ogólnych podczas ciąży lub wkrótce po niej, doszli do wniosku, że matki owe nie mogły być zarażone bezpośrednio przez swych mężów, lecz że zarażenie odbywało się za pośrednictwem krążenia łożyskowego i zależało od płodu przymiotowego, poczętego w skutek zapłodnienia nasieniem przymiotowym. Przeciwno zarażeniu zwykłą drogą przemawiała na pozór, oprócz braku stwardnienia pierwotnego, jeszcze i ta okoliczność, że matki owe nie podlegały zarażeniu dopóty, dopóki nie zachodziły w ciążę; po zająściu zaś, lub też w pewien czas po porodzie, występował u nich przymiot; chociaż u mężów tych kobiet w tym czasie nie istniały jakiegokolwiek zmiany przymiotowe na częściach płciowych. Co się dotyczy wylegania się przymiotu u tych kobiet, oraz co się dotyczy określenia tego okresu choroby, do którego należałoby odnieść pierwsze objawy przymiotu u zarażonych matek, obrońcy teorii *choc en retour* niezupełnie między sobą się zgadzają. Większość zwolenników tej teorii utrzymuje, że okres wylegania przymiotu w przypadkach zarażenia się matki od płodu wynosi od trzech tygodni do kilku miesięcy, i że pierwsze objawy przymiotu tą drogą nabytego należą do zmian drugorzędnych okresu lepieżowego przymiotu typowo przebiegającego [RICORD, BALFOUR, DIDAY, FOURNIER i wielu innych]. Inni zaś [HUTCHINSON, von BUREN, ZEISSL, TARNOWSKI, LASZKIEWICZ] twierdzą, że w takich razach okres wylegania zazwyczaj ulega przedłużeniu i trwa czasami lata całe, przy czem „matka zaraża się od płodu stopniowo, niejako sposobem przewlekłym“, i z początku pojawiają się u niej objawy nieokreślonego charłactwa: wychudzenie, białe upławy, wypadanie włosów [HUTCHINSON, ZEISSL], bóle w nerwach, mięśniach i kościach [ENGEL], a dopiero po następnych ciążach i porodzie płodów przymiotowych, rozwijają się trzeciorzędne formy przymiotu: owrzodzenia brzegów języka, pęknięcia kątów ust, guziczkowate i guzowate wysypki skórne, guzy [*gummata*] skóry i kości [HUTCHINSON, TARNOWSKI]. Według powyższych autorów, przebieg i charakter przymiotu u matek, zarażonych za pośrednictwem krążenia łożyskowego, przedstawia wyraźne zboczenia od zwykłego przebiegu choroby; zboczenie to, wedle HUTCHINSON'a i LASZKIEWICZA objaśnia się tem, że jad przymiotowy w tych razach dostaje się do ustroju matki już osłabiony, zmieniony [?], w małej ilości, dlatego też choroba nie przejawia się odrazu wyraźnemi zmianami, lecz rozwija się powoli i nieregularnie. Zarazek przymiotowy dopiero wtedy może ujawnić swe działanie swoiste, gdy zdoła skoncentrować się w pewnej ilości, dostatecznej dla wywołania zmian swoistych [?].

Pozostawiając obecnie na boku dowodzenia teoretyczne obrońców teorii *choc en retour*, przedstawimy ogólny pogląd krytyczny na przytoczone

przez nas powyżej opisy przypadków, i zwrócimy uwagę na te okoliczności, które, zdaniem naszym, warunkują wątpliwość tych przypadków.

1) W wielu przypadkach objawy chorobowe, obserwowane u matek, wcale nie były tak charakterystyczne, aby je można było uznać za niewątpliwe objawy przymiotu. I tak np. w wielu przypadkach HUTCHINSON'A zanotowano: chudnienie, małokrwistość, wypadanie włosów i t. p.; ENGEL wspomina o bólach w nerwach, mięśniach i kościach; w niektórych przypadkach HUTCHINSON'A [w 17] nie obserwowano żadnych objawów przymiotu u matek, podobnież w przypadku APOLANT'A.

2) W tych przypadkach, w których u matek, zapłodnionych przez syfilityków, obserwowano niewątpliwe objawy przymiotu [podczas ciąży], objawy te odnieść należy ze względu na ich charakter do powrotów choroby, do późniejszych form okresu lepieżowego. i były to zmiany umiejscowione tylko na pewnych okolicach ciała. Dlatego też dla podobnych przypadków mamy zupełne prawo przypuszczać, że przymiot był już dawniejszego pochodzenia, a pierwsze jego objawy występowały znacznie wcześniej [przed poczęciem].

3) W niektórych przypadkach, przytoczonych przez autorów jako dowodowe na korzyść teorii, płód wcale nie był badany, tak że wcale nie wyjaśniono czy płód [w większości przypadków niedonoszony] był przymiotowym czy też nie ¹⁴²⁾. Rozumie się, że jeżeli nie mamy danych o obecności przymiotu u płodu, nie możemy mówić o przeniesieniu się choroby od płodu do matki.

4) W pewnych przypadkach nie tylko stan zdrowia płodu pozostał nieznanym, lecz brak nawet danych, pozwalających przypuszczać, iż ojciec cierpiał na przymiot [przypadek BRYANT'A, niektóre przypadki DIDAY'A i wiele przypadków HUTCHINSON'A]. W tych razach niepodobna więc dopatrywać związku przyczynowego między objawami przymiotu u matki a stanem zdrowia płodu i pośrednio stanem zdrowia męża podobnej kobiety.

5) W wielu razach objawy przymiotu u matek, zapłodnionych przez syfilityków, występowały prędko po poczęciu ¹⁴³⁾. W takich razach nie możemy przypuszczać, iżby zarażenie nastąpiło za pośrednictwem płodu, ze względu na tę okoliczność, iż zbyt mały przeciąg czasu ubiegł od poczęcia do wystąpienia objawów przymiotu.

6) W żadnym z pomiędzy przypadków, przytoczonych dla potwierdzenia teorii *choc en retour*, niepodobna

¹⁴²⁾ Niektóre przypadki DIDAY; przypadek DELORE, COUTURIER, RODET i FOURNIER.

¹⁴³⁾ Niektóre przypadki DIDAY [Exposition sur les nouvelles doctrines de la syphilis. II. IX. VIII cas.; Annales de dermatologie. 1877 I. c.], przypadek MAIGROT, RODET.

z pewnością wyłączyć możliwości uprzedniego zarażenia się przymiotem matki ¹⁴⁴⁾.

Ostatnie nasze zdanie uważamy za konieczne ściślej określić, oraz poprzeć odpowiedniami dowodami, a to z powodu, iż obrońcy teorii zarażania się matki od płodu uważają brak śladów objawów pierwotnych u matek za główny argument przemawiający na korzyść ich teorii.

W ogromnej większości przypadków chorych nie obserwowano wcale przed wystąpieniem ogólnych objawów przymiotu. Dane, wykazujące iż objawy choroby przymiotowej, jakie zauważono u matek podczas ciąży, albo niezadługo po porodzie, były pierwszymi objawami przymiotu, oparte są po większej części jedynie na opowiadaniu chorych lub ich otaczających, którzy łatwo mogli przeoczyć niewyraźne i skrycie przebiegające pierwotne zmiany przymiotowe. Możliwość takiego przeoczenia nie opiera się jedynie na przypuszczeniu, lecz stwierdzona jest faktami licznymi, na które uwagę zwrócili już oddawna doświadczeni klinicyści [LALLEMAND ¹⁴⁵⁾, RICORD ¹⁴⁶⁾, SIGMUND ¹⁴⁷⁾, FOURNIER ¹⁴⁸⁾, WEINBERG ¹⁴⁹⁾ i wielu innych]. FOURNIER zwraca uwagę na to, że brak danych anamnestycznych o pierwotnych objawach przymiotu odnosi się szczególnie często do kobiet, oraz do niższych warstw społeczeństwa. Razem więc z przypadkami *syphilis d'emblée* odnieść tu należy i przypadki zarażenia się przymiotem matki od płodu ¹⁵⁰⁾.

[C. d. n.]

IV. KILKA SŁÓW Z POWODU ARTYKUŁU

D-ra GUEANOWSKIEGO

p. t.: PRZYPADEK SZANKRA W UCHU ŚREDNIEM

Amicus Plato...

W N-rze 20 „Gazety Lekarskiej“ pod tytułem powyższym podany został opis przypadku chorobowego, który, jak słusznie zauważył D-r G., jest dotąd w całej literaturze otyjatrycznej jedynym. Po przeczytaniu go, uwadze naszej narzucają się dwa główne punkty: 1) czy spostrzegany przez D-ra G. osobnik rzeczywiście

¹⁴⁴⁾ W niektórych przypadkach, nie tylko że nie możemy wyłączyć istnienia przedtem objawu pierwotnego, lecz nawet niepodobna twierdzić, iż nie było przedtem wczesnych objawów drugorzędnych. Tu odnoszą się przypadki, o których tylko co powyżej wzmiankowaliśmy, a w których pierwszymi objawami przymiotu u ciężarnych były powrotne formy okresu łepieżowego.

¹⁴⁵⁾ Archiv für Syphilis und Naturkrankheiten. 1846. I. 3. p. 418.

¹⁴⁶⁾ Clinique iconographique de l'Hôpital des Vénériens. Planch. V bis obs. I texte, p. 2.

¹⁴⁷⁾ SCHMITT's. Jahrbuch. 1669. 7. p. 38.

¹⁴⁸⁾ Leçons sur la syphilis, particulièrement chez la femme. Paris. II edition. 1831. pag. 754—758; Annales de dermatologie. 1831. II. 1; oraz: „*syphilis in gnore*“.

¹⁴⁹⁾ J. WEINBERG. Ein Beitrag zur Richtigkeit der Syphilis d'emblée. [Mittheil. aus Wien. med. Doctor-Collegiums. V. 1879. I].

¹⁵⁰⁾ Patrz także JONIS YUNON. Etude sur les syphilis ignorées. Paris. 1880.

był dotknięty szankrem w ogóle i 2) jeżeli choroba była miejscową, czy ona rzeczywiście istniała także w uchu średnim.

Pomimo najstaranniejszych poszukiwań w nowszej i dawniejszej literaturze chorób usznych, nie udało mi się gdziekolwiek znaleźć wzmianki choćby najpobieżniejszej o szankrze przewodu słuchowego zewnętrznego, a tem mniej ucha średniego, zaś z dzieł traktujących o chorobach wenerycznych, jakie mi były dostępnymi, tylko w jednym ¹⁾ wspomniano o wrzodach szankrowych, niekiedy przytrafiających się we wspomnianym odcinku narządu słuchowego. To samo powieść muszę o szankrze jamy nosowej.

Przymiot ucha i nosa natomiast został uwzględniony we wszystkich podręcznikach o chorobach uszów, spora też liczba przypadków chorobowych została pomieszczoną w specjalnych czasopismach. Z pomiędzy znanych mi 19 podręczników usznych, oraz *Archivum f. Ohrenheilkunde T. 1—XXIII* i *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, najobszerniej rozpisuje się o przymiocie narządu słuchowego POLITZER w wydanym przez siebie podręczniku [str. 692]. Według niego, owrzodzenia przymiotowe w uchu zewnętrznym, bez jednoczesnego cierpienia ucha średniego, są rzadkie. ALBERT H. BUCK wspomina o wielu przypadkach owrzodzeń przymiotowych muszli usznej i przewodu słuchowego zewnętrznego z dnem o wyglądzie swoistym i z brzegami ostrościętymi i podminowanymi. W tych przypadkach za naturą cierpienia przemawiał jednoczesny przymiot nosa, gardzieli i nacieczenie gruczołów karkowych. RAVOGLI widział jeden przypadek, gdzie w uchu zewnętrznym rozwinęły się grudki przymiotowe, które przeszły w owrzodzenia oddzielne, z dnem zagłębionem i brzegami podminowanymi. POLITZER wspomina także o dwu przypadkach i kładzie na to nacisk, że jednoczesny przymiot gardzieli nie pozostawiał wątpliwości co do natury choroby. Dalej powiada on, że zapalenie przymiotowe jamy noso-gardzielowej, zwyczajne lub wrzodziejące, może wywołać zapalenie ropne ucha średniego z przedziurawieniem błony bębenkowej ²⁾. — GRUBER (*Ueber Syphilis des Gehörorganes*, *Wiener Med.: Presse N. 1, 3, 6 i 10, 1870*), opisując przymiot ucha, daje obraz objawów bardzo zbliżony do tego, jaki znajdujemy w przypadku D-ra G. ZEISL kreśląc przymiot jamy nosowej i ucha, a mianowicie postać wrzodziejącą. wyraźnie powiada, że zmiany te należą do objawów późniejszych i mogą istnieć bez wszelkich innych oznak przymiotu. Opisywane przez tegoż autora owrzodzenia w nosie i uchu odpowiadają najzupełniej sprawom chorobowym tychże narządów, przytoczonym w przypadku Dra G.

Już ta jedna okoliczność, oraz brak wzmianki o szankrach ucha u wszystkich autorów, zmusza do pewnego sceptycyzmu względem danego przypadku chorobowego. Rozpatrzywszy się w anamnezie, widzimy, że owrzodzenia w nosie i w przewodzie słuchowym zewnętrznym rozwinęły się: pierwsze w 15 miesięcy, drugie w 18 po pierwszym wstąpieniu do szpitala. Owrzodzenia w nosie miały powstać skutkiem przeniesienia zarazka do nosa podczas zażywania tabaki. Jakkolwiek taki sposób zakażenia nie może być bezwzględnie wykluczonym, trudno

¹⁾ ZEISL i REDER: Wykład chorób wenerycznych ułożony przez studentów medycyny pod przewodnictwem D-ra PAWLIKOWSKIEGO, Warszawa. 1874, str. 283.

²⁾ W szpitalu Ujazdowskim takie przypadki nie są też zbyt rzadkie.

pogodzić się z tem, ażeby chora była na tyle nieczystą, iżby rękami grzebała po wrzodach i następnie palce kładła do nosa i uszów; jeżeli zaś rzeczywiście była na tyle niechlujną, to prawdopodobnie była nią od początku choroby; skądżeby więc nastąpiło zarażenie jamy nosowej jadem szankrowym dopiero w tak późnym okresie? Zresztą, wszak miała zapewne nałożony odpowiedni opatrunek, nie dozwalający swobodnie drażnić wrzodów rękami i przez ordynatora była bezwątpienia ostrzeżoną o następstwach, jakie wyniknąć mogą z niezachowania czystości. Pod tym przeto względem o istnieniu w danym przypadku szankrów w nosie i uchu bardzo powątpiewać należy. Przyjmując wszelako owrzodzenia te za późny okres przymiotu, nie potrzebujemy uciekać się do wytłómaczenia sobie powstania choroby na drodze mało prawdopodobnej. Najważniejszym atoli powodem, wykluczającym w danym razie istnienie szankra nosa i ucha, było szczepienie, które już przez RICORD'A, uważane jest za stanowczo rozstrzygające o naturze cierpienia. Bywają wprawdzie osobniki, u których szankier jest niezaszczepialny, ale o danej chorej tego nie można powiedzieć, gdyż D-r G. wspomina u niej o samozaszczepieniu się wrzodów w uchu zewnętrznem od wrzodów już tamże istniejących. Streszczając przeto wszystko, cośmy dotąd powiedzieli, a mianowicie: 1-o podobieństwo, a nawet identyczność objawów pewnych w przypadku D-ra G., z opisami przymiotu nosa i ucha, skreślonymi przez lekarzy chorób usznych i przymiotowych. 2-o czas wystąpienia objawów chorobowych w nosie i uchu zewnętrznem i nareszcie 3-o wynik ujemny szczepienia, przychodzimy do przekonania, że w opisanym przypadku lekarz miał do czynienia z przymiotem nie rozpoznany. Zapewnienia D-ra G., iż chora twierdziła, że przymiotu nie przechodziła, oraz, że pomimo wyniku ujemnego szczepienia, Dr G. dane cierpienie uważa za szankra, nie przytoczywszy na to jakichkolwiek dowodów, uważać muszę za niewystarczające; zaś obecność rozległych owrzodzeń fagadenicznych na częściach płciowych twierdzeniu mojemu bynajmniej nie sprzeciwia się. Tym więc sposobem budowa wzniesiona sztucznie przez D-ra G. sama przez się upaść musi. Można by mi zrobić zarzut, że gdyby sprawa chorobowa była ogólną, nie ustąpiłaby bez leczenia ogólnego, na to odpowiem: 1) że, jak wiadomo, objawy przymiotu same przez się na pewien czas przycichają, 2) z opisu choroby dowiedzieliśmy się o zagojeniu się owrzodzeń w nosie i o ustąpieniu sprawy zapalnej z ucha średniego, nie wiemy jednak, co się stało z chorą po wyjściu jej ze szpitala i czy po dziś dzień nie wystąpiły znowu inne jakie objawy przymiotu późnego.

Przechodzę do 2-go punktu. Tu przede wszystkim zaznaczę, iż niełatwo zrozumieć o jaką formę chorobową D-rowi G. idzie, albowiem w nagłówku i w początku historii choroby mówi o wrzodzie szankrowym w uchu średnim, w dalszym zaś ciągu jest mowa o zapaleniu ropnem jamy bębenkowej, powstałem skutkiem zakażenia szankrowego; niewiadomo przeto, czy D-r G. opisuje wrzód szankrowy w jamie bębenkowej, czy też zapalenie powstało skutkiem zakażenia ropą z owrzodzeń nosowych bez naruszenia całości błony śluzowej jamy bębenkowej. Przypuszczam wszelako, że mu szło o pierwsze.

Przypuśćmy jednak na chwilę, że w danym razie nie było przymiotu w nosie lecz tylko szankier, to i tak trudno jest rzeczywiście odgadnąć, na jakiej podstawie D-r G. przyjmuje, że tenże umiejscowił się w uchu średnim. Zapa-

lenie ropne jamy bębenkowej w przymocie dość często przytrafiające się, daje się wytłomaczyć przez przejście sprawy przymiotowej z gardzieli na otwór gardzielowy trąbki EUSTACHIJUSZA, a ztąd przez samą trąbkę do ucha średniego, (*per continuitatem*), lub też sprawa zapalna rozszerza się z ucha zewnętrznego i błony bębenkowej, lub też następuje bezpośrednie owrzodzenie przymiotowe jamy bębenkowej, podobnie jak ono rozwija się samodzielnie na innych błonach śluzowych; ale trudno pojąć jakim sposobem dość gęsta ropa szankrowa, o której mówi D-r G., że z trudnością dała się usunąć za pomocą tamponików waty, przy znanej nam budowie trąbki EUSTACHIJUSZA, mogła dostać się do takowej i do jamy bębenkowej pod ciśnieniem zwyczajnem i tam w kilka dni na nienaruszonym nabłonku sprowadzić owrzodzenia, przy szankrze bowiem inaczej chyba zarażenie dalsze nie następuje. Gdyby przedsięwzięte było badanie wziernikowe tylnej części nosa (*rhinoscopia*) i okazało się owrzodzenie wejścia do trąbki EUSTACHIJUSZA, jeszczeby można przypuścić, że ropa tamtędy przedostała się do jamy bębenkowej, skoro jednak tego nie uczyniono, od przyjmowania takiego sposobu przeniesienia się ropy odstąpić musimy. Na to zaś chyba D-r G. zgodzi się ze mną, że zajęcie ucha, powstałe po wytworzeniu się owrzodzeń w przegrodzie nosowej i przewodzie słuchowym zewnętrznym przedtem zupełnie zdrowym [a dwa owrzodzenia znalezione przy pierwszym badaniu ucha?], a tem mniej wynik ujemny szczepienia nie może stanowić dowodu, iż w uchu średnim wytworzył się wrzód szankrowy.

Tak samo mało przekonywającym dowodem jest wytwarzanie się coraz nowych wrzodów w przewodzie słuchowym zewnętrznym; każda bowiem ropa na jakimkolwiek miejscu działając na tkankę, sprowadzić może owrzodzenie jej, a że one w tym razie powstawały szybko, to przyczyny tego szukać należy w samym rodzaju choroby. Zresztą i stosowanie jodoformu na ucho w okresie obfitego ropienia z ucha średniego, mogło także przyczynić się do powiększenia liczby owrzodzeń; doświadczenie bowiem uczy, że jodoform rzadko przez ucho bywa dobrze znoszony z powodu silnego podrażnienia, jakie w niem sprowadza. Prędzej już mógł by się wytworzyć szankier w jamie bębenkowej przez zakażenie jadem szankrowym z ucha zewnętrznego, lecz ponieważ przedziurawienie błony bębenkowej powstało wtedy dopiero, gdy sprawa zapalna w jamie bębenkowej istniała już przez pewien czas, trudno więc przypuścić, ażeby jad szankrowy działał na jamę bębenkową przez nienaruszoną błonę. Dla tego sądzę, iż choćbyśmy w danym przypadku zgodzili się uważać owrzodzenia w nosie za szankier, przyjmować takowy w jamie bębenkowej nie mamy najmniejszej zasady, ani też podstawy.

Dr. G. w dalszym ciągu swego opisu powiada, że gdyby przed zajęciem ucha nie było owrzodzeń w nosie, to sprawa w uchu nie różniłaby się klinicznie od zwykłego ropnego zapalenia ucha średniego i takie rozpoznanie oczywiście nie byłoby możebnem. Sądzę, że w tem zapaleniu jako takim, nie można dostrzedz nic specyficznego. Podług mnie cały ten przypadek chorobny przedstawia się tak: u chorej dotkniętej przymiotem nosa i przewodu słuchowego zewnętrznego, przy braku innych objawów przymiotu, rozwinęło się zapalenie ropne jamy bębenkowej, bądź to z przyczyny choroby zasadniczej, bądź też z powodu

przedostania się płynu do jamy bębenkowej podczas przestrzykiwania jamy nosowej; stan zapalny przeszedł na komórki wyrostka sutkowego i cała sprawa po pewnym czasie pomyślnie się zakończyła. Cały przebieg był tak zwyczajny, iż nic wyróżniającego dostrzedz w nim niepodobna. Że ropa wzięta z jamy bębenkowej i zaszczipiona dała wynik ujemny, może pochodzić stąd, iż jako przymiotowa nie mogła dać wyników dodatnich u osobnika już dotkniętego przymiotem, albo też była to ropa zwyczajna, jaką widzimy przy wszelkiego rodzaju zapaleniach nieswoistych, a w takim razie także szankra sprowadzić nie mogła.

Podany przeto przez D-ra G. opis chorobowy uważany być powinien za ciekawy i zasługujący na ogłoszenie, gdyż przedstawia nam wrzody przymiotowe powstałe prawdopodobnie z uległych rozpadowi gumatów przewodu słuchowego zewnętrznego, lecz jako opis wrzodu szankrowego w jamie bębenkowej nie przedstawia interesu naukowego, ani też praktycznego.

Pozwolę sobie jeszcze zwrócić uwagę na pewne momenty w leczeniu, a mianowicie: 1) przekonywanie się w okresie zapalnym jamy i błony bębenkowej przy nienaruszonej błonie o istnieniu przedziurawienia za pomocą metody POLITZER'a, przy której ciśnienie powietrza jest daleko większe aniżeli przy zwyczajnej kateteryzacji, która jak wiadomo w tym okresie rzadko się wykonywa i to z wielką ostrożnością. uważać należy za postępowanie bardzo śmiałe, gdyż przy takim podrażnieniu stan zapalny powiększyć się może, głównie zaś błona bębenkowa pęknąć może; przedziurawienia zaś jej na tej drodze bynajmniej nikt pragnąć nie może. 2) Wyczekiwanie na otworzenie się samowolne błony bębenkowej przy silnych bólach i widocznych oznakach nagromadzenia ropy lub śluzu w jamie bębenkowej, kiedy mamy doskonały środek w przekłuciu, dowodzi znowu zbytnej ostrożności i 3) Kateteryzacja wykonywana w pierwszych dniach a nawet tygodniach po pęknięciu błony nie ma na celu poprawy słuchu, lecz jedynie usuwanie nagromadzonej ropy w jamie bębenkowej, która znakomicie wydała się ciepłymi przestrzykiwaniami przez trąbkę EUSTACHIUSZA, a które i w tym razie wydały świetny wynik. Nie może się przeto D-r G. dziwić, iż po kateteryzacji nie otrzymywał poprawy słuchu w pierwszych dniach.

Na zakończenie niniejszych uwag pragnę jeszcze zwrócić uwagę na wyrażenie użyte przez D-re GURANOWSKIEGO, a mianowicie: dla oznaczenia plamy świetlnej lub też ostrokręgu świetlnego na błonie bębenkowej używa on nazwy odruch świetlny, co ma być dosłownem tłumaczeniem wyrazu *Lichtreflex*. Chcąc wszelako być akuratnym w tłumaczeniu, powinniśmy plamę świetlną nazwać odbitkiem świetlnym, gdyż *reflectiertes Licht* nie oznacza światła odruchowego, lecz światło odbite. Jak wiadomo pod wyrazem odruch zwykliśmy rozumieć pewne czynności nerwowe. Wprowadzenie zatem tej nazwy zamiast dotąd używanej i zupełnie odpowiadającej duchowi naszego języka uważać należy za zupełnie zbyteczne.

D-r Heiman.

NOTATKI LEKARSKIE.

8. Z kazuistyki pedyjatrycznej. Niedrożność kiszek, zapalenie otrzewnej, zgorzel pętlicy kiszek. Śmierć.

Adam Koziółek, lat 7 liczący, przybył do Szpitala dla dzieci d. 12 Lipca 1885 r.. Zdrow dotychczas na kilka dni przed chorobą jadł w większej ilości ser. Przed 10 dniami zaczął miewać stolce z krwią i śluzem przez dni siedm i doznawać silnych bólów pod pępkiem. Ostatni stolec miał przed trzema dniami, odtąd bóle wzmagaly się, przylączyły się nudności i ciągłe wymioty po przyjęciu pokarmu i bez takowego. Przy badaniu znaleziono. Tętno bardzo słabe, brzuch wzdęty, pępek wypuklony, dotykane i ucisk brzucha wywołuje ból silny, żadnego jednak stwardnienia ani guzowatości wyczuć nie można. W ciągu dnia jednak wypróżnień nie było i przy ciągłych wymiotach i upadku sił chory zmarł o godzinie 7 wieczorem.

Badanie pośmiertne w dniu następnym dokonane wykazało: Trup dosyć wyniszczonego dziecka, brzuch wzdęty, żołądek i kiszkę cienką pustą; po otworzeniu jamy brzusznej, kiszkę silnie rozdętą, otrzewna trzewiowa przekrwiona i pokryta wysiękiem surowiczo włóknikowym, zlepiającym pętlice kiszek cienkich. Część kiszek cienkich w okolicy kiszkę ślepej tworzy pętlicę około 6 cali długą, która przy bliższem zbadaniu okazuje się skręconą trzykrotnie około osi do strony lewej na prawą. Po rozkręceniu i wyprostowaniu przekonywamy się, że pętlica ta, długa około 10 cali, składa się z części kiszek cienkich, graniczącej z okrężnicą wstępującą, jest ona koloru ciemno-brudnawo-czerwonego, ciastowata i silnie obrzęknięta; sąsiednie części kiszek cienkich, również więcej przekrwione. Ścianka kiszkę uległa zgorzeli, na rozkroju przedstawia się sino-czerwoną zgrubiałą, nacieczoną i wiotką. Przyczyną śmierci w danym przypadku było jak widzimy ostre zapalenie otrzewnej, wywołane przez skręcenie pętlicy kiszek cienkich około wyrostka robaczkowego, z następczą niedrożnością jelit i zgorzelą pętlicy skręconej. Literaturę i etjologię niedrożności jelit u dzieci znajdzie czytelnik w pracy mej kazuistycznej, dotyczącej tego przedmiotu w *Gazecie Lekarskiej* z roku 1883.

A. Malinowski.

Porządek dzienny posiedzenia biologicznego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, odbyć się mającego w dniu 22 Czerwca 1886, jest następujący:

- 1) Prof. SZOKALSKI. Ciekawe spostrzeżenia z dziedziny ogólnej fizjologii ruchów.
- 2) Dyskusja nad kwestyją ostrego zapalenia szpiku kostnego, z powodu demonstracyi kol.

PERKOWSKIEGO.

- 3) MAYZEL. Sprawozdanie z pracy kol. KOSSOWSKIEGO.

4) Wybór prof. TAJCHMANA z Krakowa na członka honorowego Towarzystwa z powodu 25-letniego jubileuszu, oraz kol. BUJWIDA na członka czynnego i BABIŃSKIEGO na członka korespondenta.

U w a g a. Zwraca się uwagę Szanownych kolegów, iż jest to ostatnie posiedzenie przed feryjami letnimi i prosi się o liczne zgromadzenie z powodu konieczności wyborów.

Sprostowanie. W Nrze 24 w wiadomościach bieżących, w sprawozdaniu z uczt wydanej na cześć prof. BARANOWSKIEGO, przez omyłkę korektora ujęto niektóre wyrażenia w cudzysłów, gdy tymczasem nie były one dosłownem powtórzeniem słów prof. B., lecz tylko streszczeniem myśli wypowiedzianej przez Szanownego Jubilata.