

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Para jako środek hemostatyczny i aseptyczny

przy operacjach na macicy.

Podał

Józef Jaworski,

Ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu Ś-go Ducha.

W ostatnim, IV, zeszycie odczytów klinicznych prof. Zacharina oraz prac kliniki terapeutycznej uniwersytetu w Moskwie znajduje się tymczasowe doniesienie prof. Snegirjowa p. t. *Para jako nowy środek hemostatyczny.*

Autor już przed kilku laty wpadł na myśl stosowania pary w chorobach macicy. Sposób używania środka tego był następujący: po przedwstępnem rozszerzeniu szyi macicznej (bez narcozy) i wyskrobaniu (abrasio) lub bez wyskrobania, autor wprowadzał do jamy macicy cewnik na końcu niby sito dziurkowany, w środku mający metalową rurkę, połączoną z kociołkiem parowym; para ta miała około 100°. Wystarczyło puścić parę na pół minuty, lub jedną minutę, aby ujawniło się jej przyżegające i hemostatyczne działanie; z cewnika wyciekał wówczas płyn brunatny, wyglądem przypominający mocny buljon.

Chora ani bólu, ani nawet chwili działania pary nie odczuwa.

Co się dzieje przy tem w jamie macicy? zapytuje autor, i taką daje odpowiedź.

Na preparacie macicy, wyciętej przy innej operacji zaraz po waporyzacji, cała błona śluzowa już po jednoninutowem działaniu pary przedstawia się jakby powierzchownie oparzona, jakby pokryta rodzajem cienkiej białawej błonki. Jeśli istniał ja-

kikolwiek rozkład, z zapachem połączony, zapach ten w tej chwili ginie. Jeśli powierzchnia wewnętrzna macicy była bolesną, bolesność ta niknie odrazu.

Gdy do działania pary przyżegającego, znieczulającego, odwanającego i hemostatycznego dodać jeszcze działanie dezynfekcyjne, aseptyczne, to nieoceniona wartość pary — mówi autor — staje się jeszcze wydatniejszą.

Najważniejszym czynnikiem jednak może być para dla hemostazy w ranach narządów mięszzowych i pod tym względem autor prorokuje środkowi temu ogromną pożyteczność.

Streszczając w ciągu dalszym interesujący komunikat prof. S., nadmienię iż między innymi, wycinał on zwierzętom wielkie kawałki wątroby bez krwawienia, to samo bez utraty krwi robił z nerkami, śledzioną, płucami, wreszcie odjął prawie cały jeden róg macicy, również bez utraty krwi.

Pomimo działania pary według słów autora następuje *prima reunio vulneris*. Wynik ten skonstatowano nietylko na zwierzętach, lecz i przy licznych operacjach na człowieku dokonanych, a nawet przy coeliotomi. Z operacyj na ludziach S. wymienia następujące, w których stosował parę: W pięciu przypadkach rezekcyj kolana bez poprzedniego nakładania powrozu elastycznego, bez użycia chociażby jednej ligatury, bez nałożenia jakichkolwiek ściskadeł hemostatycznych; przy amputacji żrakowaciałej piersi w tych samych warunkach; przy wycinaniu nowotworów skórnych; *carcinoma*, *lipoma*, *angioma*; przy amputacji szyi macicznej; przy myomotomji w celu zatrzymania krwiawienia z szypuły i dla waporyzacji szyi macicznej; przy rezekcyjach kości i usuwaniu sekwestrów; przy przecinaniu ropni dla zniszczenia woni i osiągnięcia rychłozrostu jamy; przy przecinaniu przetok i zatok, szczególnie gruzliczych.

Komunikat powyższy swymi rezultatami wydał mi się bardzo interesującym i tak zachęcał do próby w tym kierunku, iż postanowiłem — wedle możności — zaraz sprawdzić działanie środka tego przy mniejszych operacjach na macicy. Właśnie w dzień otrzymania zeszytu odczytów klinicznych z artykułem prof. S *negirjowa*, wykonaliśmy weneseckją w klinice w przypadku moczniczy. Posiadając przeszło funtowy skrzep krwi, wyłożyłem go na miskę, a połączywszy zmodyfikowany (przez odjęcie kolana pionowego i rozszerzenie pozostałego) inhalator *Siegla* z zwyczaj-

nym cewnikiem metalowym, począłem działać parą na skrzep krwi; powierzchnia skrzepu w oczach naszych momentalnie pokryła się jakby błonką koloru popielatego; przy działaniu pary na ograniczone miejsce w ciągu $\frac{1}{2}$ minuty i całej minuty, cieniutka ta błonka grubiała, o czem przekonywaliśmy za pomocą rozkroju skrzepu; po działaniu pary w ciągu minuty grubość nowo-tworzącej się błonki wynosiła już kilka milimetrów.

Na oddziale wówczas miałem kilka przypadków, w których można było zastosować metodę Snegirjowa.

Pośród chorych moich trzy kwalifikowały się do *curette-ment*, a jedna z nich nadto do odjęcia części pochwowej (*amputatio portionis vaginalis*). Leżały one na oddziale z rozpoznaniem: I. *Endometritis (decidualis) post abortum. Metrorrhagia*. II. *Catarrhus cervicis. Ectropium Menorrhoea*. III. *Endometritis chronica. Hypertrophia portionis vaginalis. Errosiones*.

Gdy w pierwszych przypadkach spodziewałem się ujrzeć działanie pary w części tylko hemostatyczne, a natomiast obiecywałem sobie przekonać się o działaniu jej aseptycznym, przyżegającym i odwanianym, to przy stosowaniu—w ostatnim prócz tego miałem na celu stwierdzić działanie hemostatyczne. Poniżej podany przebieg choroby w tych trzech przypadkach pokaże o ile oczekiwania moje się sprawdziły.

Parę otrzymywałem naprzód z przyrządu (zmodyfikowanego) Siegla, a następnie, z dużego kotła służącego do przygotowywania wody destylowanej. Manipulowałem cewnikiem *au double courant (Bozeman — Fritscha)*, dziurkowanym na końcu na kształt sita. Snegirjow, oprócz opisu cewnika, nie nadmienia nic o przyrządach i nic z jakiego źródła parę otrzymywał, co jest, jak się sam przekonałem, bynajmniej nie obojętnem. Przechodzę jednak tymczasem do *decursus morbi* moich pacjentek.

I. W. A. 25 lat, wątłej budowy, wysoce bezkrwista, wyniszczona, zdenerwowana, brak łaknienia, stolec zaparty. Niezameżna, płciowo żyje od 3-ich lat, pierwsza regularność w 16-ym roku, prawidłowa. W ciągu dwóch ostatnich miesięcy regularności nie miała, gdy niespodziewanie—jak twierdzi—wskutek podniesienia kosza z mokrą bielizną dostała silnych bóli w podbrzuchu, a następnie w krzyżach i jednocześnie zaczęła krwawić. Krwotok w ciągu pierwszych kilku dni był bardzo znaczny, obfity, później nieco się zmniejszył, ale

znów się ponowił i trwa dotychczas. Od początku krwotoku do chwili obecnej upłynęło 5 tygodni, przy badaniu znaleziono: macica powiększona—9 cent. w przodopochyleniu, ruchoma, rozwarła ujście zewnętrzne łatwo przepuszcza palec,—wewnętrzne koniec palca. Założony wziernik łyżkowy wypełnia obficie ciemna krew, zasłaniająca część pochwy. Rozpoznano: *Subinvolutio uteri*, *Endometritis* (decidualis) *post abortum*. *Metrorrhagia*. Na razie przepłukałem pochwę 5⁰/₀ *acido borico*, podałem sporysz w zwykłej dawce. W ciągu następnych dni kilku przepłukiwałem macicę 3⁰/₀ *acido carbolico* cewnikiem macicznym *au double courant*. Ostatnie porcje wypływającej cieczy—są szaro-brudne, woni nieprzyjemnej, mdłej, nieco cuchnące. Przy badaniu drobnowidzowem okazuje się w cieczy tej dużo ciałek ropnych, szczepienia na odżywkach (buljone, agar-agar) dało ujemny wynik co do obecności bakteryj ropotwórczych.

D. 28-VI, po uprzednim wypłukaniu pochwy 5⁰/₀ *acido borico*, przepłukaniu macicy tymże roztworem, przystąpiłem przy pomocy kol. Ed. Zielińskiego i Ed. Orłowskiego do wyłuszczenia (*curettement*) błony śluzowej i jamy macicy. Rękoczynu tego dokonałem według ogólnie przyjętej metody. Krwawienie było obfite; po wypłukaniu skrzepów 5⁰/₀ *acido borico*, bezwzględnie wprowadziłem nieco po za ujście wewnętrzne cewnik maciczny (zmodyfikowany *Bozeman-Fritscha*), a połączony z kociołkiem, wytwarzającym parę. Gdy przeprowadzałem cewnik przez ujście zewnętrzne, chora się na krześle poruszyła, wskutek czego nastąpiło nieznaczne oparzenie wewnętrznego brzegu przedniej wargi macicznej. W tej właśnie chwili i tylko wtedy chora odczuła ból, co objawiła syknięciem. Działanie pary trwało 50 sekund. Już po kilku sekundach działania pary na wnętrze macicy, przez cewnik wypływać zaczął ciemno-brązowy płyn, wyglądem swym przypominający mocny buljon. Jednocześnie rozeszła się swoista woń, dla której porównania nie znajduję.

Płyn na razie był dość obfity, następnie coraz skąpszy, po usunięciu płynu ze wziernika za pomocą tamponu z waty, wprowadziłem do pochwy kilkucentymetrowy pasek gazy jodoformowej. Chorą pozostawiono bez lekarstw, zalecono spokój.

Z następnego przebiegu choroby nadmienię: stan (jak i poprzednio) bezgorączkowy, brzuch niebolesny, krwawienie ustało zupełnie; wydzielina blado-różowa, skąpa. Po 3-ch dniach gazę zmieniono, po 5-ciu zupełnie wyjęto. W dziesięć dni po operacji zauważono wydzielinę obfitszą, brudno-szarą, woń jak poprzednio. Powtórzyłem wa-

poryzacyję macicy. Działanie pary trwało $\frac{1}{2}$ minuty. Przebieg jak powyżej. Wobec bezkrwistości do wewnątrz podano arsenik, żelazo. W dwa tygodnie po tem chora opuściła szpital: macica nieco więcej nad 7 cent., wydzielina skąpa, śluzowa, bezwonna; w ogólnym stanie poprawa mała.

II. B. K. lat 23, niezamężna płciowo żyje od 3-ich lat; zbudowana dobrze, ale bezkrwista, osłabiona, pierwsza regularność w 12-ym roku (urodzona w południowej Francji) w 13-ym roku przerwa w regularności w ciągu 5 miesięcy; przed $1\frac{1}{2}$ rokiem rodziła, poród ciężki 3 dni trwający, od czasu porodu regularność co 3 tygodnie, 7--8 dni trwająca, bóle dotkliwe w podbrzuszu i w krzyżu, upławy b, obfite. Skargi chorej: ból krzyża, uczucie gorąca, pieczenie w podbrzuszu, szczególnej z lewej strony, osłabienie, brak apetytu, kurcze żołądkowe, niekiedy wymioty, zaparcie stolca, kaszel.

Macica wielkości normalnej, ruchomość jej nieco ograniczona, przemieszczona ku przodowi i zwrócona nieco na lewo (*anteversio; sinistro-positio mobilis*), w lewym sklepieniu twory powrózkowate, elastyczne. Obchodząc sklepienie dokoła części pochwowej, wyczuwam zagłębienie żłobkowate z tyłu jak i z przodu dłuższe z lewej strony, znacznie krótsze z prawej (*lacerationes colli uteri bilaterales praecipue partis sinistrae*), wywinicie warg macicznych (*ectropium*), nadżarcia nieznaczne, wydzielina bardzo obfita. Przy sondowaniu krwawienie.

D. 28-VI po wyjałowieniu pochwy, przepłukaniu macicy 5^o/₀ *acido borico* wykonałem przy pomocy, kol. Ed. Zielińskiego *currettement*. Krwawienie bardzo obfite, po wypłukaniu skrzepów, wprowadziłem po za ujście wewnętrzne cewnik maciczny, połączony z kociołkiem, wytwarzającym parę. Waporyzacja trwała $\frac{1}{2}$ minuty, po czem krew zmieniona, ciemna, b. obficie wypływać zaczęła; wybierałem ją tamponami z wziernika; krwawienie nie ustawało. Przyrząd wytwarzający parę stał na stole; zauważyliśmy z kol. Ed. Z., iż para szybko się skrapla i w ogóle jest wilgotniejsza, niż ta, którą stosowaliśmy w I-ym przypadku. Kol. Z. skrócił szybko przewodnik (sączek) łączący cewnik maciczny z rurką kociołka i począł silniej nagrzewać kociołek; para stawała się stopniowo coraz suchszą. Przepłukałem macię $\frac{1}{2}$ litrem wody przegotowanej, skrzepy z pochwy wygarnąłem; wprowadziłem ponownie cewnik do macicy na 30 sekund, krwawienie ustało, ciecz ciemno-orzechowego koloru wypływała coraz skąpiej, jednocześnie jednak pokazywała się i krew, która mniej więcej w ciągu 5-ciu minut zakrywała nam część pochwową, a zatem krwawienie tyl-

ko chwilowo przycichło; postanowiliśmy jeszcze raz wejść *curetą* i wyskrobać ponownie szyję maciczną, co też skutecznem, a po wypłukaniu skrzepów zastosowałem jeszcze raz waporyzację, wprowadziwszy na 15 sekund cewnik maciczny po za ujście wewnętrzne, a następnie cofnąłem go do ujścia zewnętrznego i tutaj go pozostawiłem na $\frac{1}{2}$ minuty. Chora oznajmiła, iż czuje ból w podbrzuszu, było to w chwili, gdy przeszedł cewnikiem po za ujście wewnętrzne. Krwawienie ustało, ciecz przypominająca barwę buljonu skąpo bardzo z ujścia macicznego się ukazywała. Chora przeleżała jeszcze 10 minut na stole, obawialiśmy się, iż krwawienie się ponowi, przypuszczenie nasze się nie sprawdziło. Założyłem kilkocentymetrowy pasek gazy jodoformowej do pochwy. Przebieg pomyślny, podobnie jak w poprzednim wypadku, może nieco większy przesiek blado-różowy; gazę zmieniłem 2-go dnia, 5-go zupełnie usunąłem. Z dalszego przebiegu notuje: bóle w podbrzuszu raz mniejszego, to znów silniejszego natężenia; wydzielina śluzowa dosyć obfita i dosyć gęsta. Po ośmnastu dniach ponowna waporyzacja macicy w ciągu 50 sekund. Wydzielina skąpa, wodnista. Chora przebyła regularność w szpitalu, która trwała tylko 5 dni, była mniej obfita, niż poprzednia, bóle tylko w krzyżu i nie dotkliwe. W stanie ogólnym również znaczna poprawa. Operacji Emmeta nie robiono z powodu zamknięcia oddziału.

III. M. Z. lat 21, niezamężna, płciowo żyje od trzech lat; pierwsza regularność w 16 roku, do chwili zajścia w ciążę prawidłowa; przed $1\frac{1}{2}$ rokiem prawidłowy poród.

Po porodzie prawie że nie leżała, dziecka nie karmiła, pracuje ciężko; w 4-y miesiące po porodzie regularność, powtarzająca się obecnie co 3 tygodnie, trwa długo (8—9 dni), bolesna; chora doznaje dokuczliwych bólów w podbrzuszu, zjawiają się one i w środku okresu międzymiesiączkowego, a rozszerzają się na podżebrze, okolicę żołądka i nogi. Chora wygląda — pomimo tych cierpień — świetnie: jest ona budowy silnej, dobrze odżywiana, na twarzy rumiana. Badanie gynecologiczne wykazuje: macica w przodopochyleniu, ruchoma, duża ($9\frac{1}{2}$ cent.) dosyć twarda, nieco bolesna, część pochwowa znacznie przerosła, na obu wargach znaczne nadżarcia (*erosiones*); nadżarcia te, nawet przy delikatnem obcieraniu waty, krwawią. Wydzielina z kanału śluzowa, obfita.

D. 3. VII. Przystąpiłem przy pomocy kol. Ed. Zielińskiego do *curettement*, po czem zastosowałem waporyzację wnętrza macicy trwającą $\frac{1}{2}$ minuty, bólu chora nie odczuwała. Ciecz podczas wa-

poryzacyi, a również bezpośrednio po niej nader skąpo wypływała. Następnie skierowaliśmy prąd pary na krwawiące nadżarcia ust macicznych, lecz już po kilku sekundach prąd przerwałem, wskutek nadzwyczaj silnego nagrzania się nie tylko samego cewnika metalowego, lecz i dolnej łyżki wziernika (Neugebauera), co sprawiało ból chorej. Przebieg pooperacyjny podobny, jak w poprzednich dwóch przypadkach, gaza wprowadzona do pochwy prawie że nie przemaka, prześięk bezbarwny. W ciągu następnych kilkunastu dni — wydzielina z kanału nader skąpa, przezroczysta; nadżarcia krwawią jak poprzednio.

W dwa tygodnie po tem u tej samej chorej przy pomocy kol. W. Maliszewskiego i kol. K. Rogozińskiego, przystąpiłem do odjęcia części pochwowej (*amputatio portionis vaginalis*). W celu przekonania się o hemostatycznym działaniu pary postąpiłem sobie w tym razie *antiquo modo* t. j. metodą z przed czasów Simsa (z przed roku 1866), który jak wiadomo pierwszy przy tej operacyi tamował wstawiający się krwotok nałożeniem szwów. Obfite krwawienie, pochodzące z kątów cięć, wykonanych na wstępie operacyi, a tamowane zazwyczaj nałożeniem głębokich bocznych szwów — w tym wypadku pod wpływem prądu pary powstrzymywało się szybko. Jednocześnie obok odjęcia części pochwowej dokonałem *curettement* i zastosowałem waporyzację macicy w ciągu $\frac{1}{2}$ minuty.

Parę w tym przypadku mieliśmy pod ciśnieniem półtorej atmosfery, to nasyconą, to chwilami mniej suchą, niż przy zastosowaniu poprzedniem.

Tej wilgotności pary przypisać muszę pewne niekorzystne działanie, o czem poniżej.

Operacya wykonana była *sub narcosi*.

Chora po obudzeniu skarżyła się na dotkliwy ból, spowodowany oparzeniem lewej wielkiej wargi. Po operacyi do pochwy wprowadzono $\frac{1}{4}$ metra gazy jodoformowej. Wieczorem tegoż dnia chorą odwiedziłem, a przyznam się, iż miałem obawy czy nie zastanę krwotoku. Obawy były płonne — podkład zupełnie suchy; po 4-ch dniach gazę wyjąłem, była z lekka przesiąknięta blado-różowym płynem; pochwę przepłukałem wodą przegotowaną i założyłem mniejszy kawałek gazy. Następnie przepłukiwałem pochwę 5⁰/₀ *acido borico*. Z dalszego przebiegu notuję: na przedniej wardze macicznej na wewnętrznej powierzchni widnieje wyraźny strup, pokryty szarawym nalotem, strup ten w krótkce się odzielił; wpływ dość obfity, mleczny, bez-

wonny. Cały okres pooperacyjny bezgorączkowy. Jedyłą skargą chorej;— ból lewej wielkiej wargi, oparzonej parą. W 3 tygodnie po operacji chora opuściła szpital. Wypływ z macicy był bardzo skąpy, śluzowy; jedna z blizn przy silniejszym wycieraniu watą lekko krwawiła.

Wobec tych wielkich operacyj chirurgicznych, jakie wykonywał Snegirjow przy zastosowaniu pary, kilka moich spostrzeżeń nie upoważnia do wyprowadzania wniosków o tej nowej metodzie. Przyпускаm, iż uczynią to wkrótce ci, co rozporządzają odpowiednim materyjałem, przedewszystkiem zaś chirurgicznym.

Jeżeli twierdzenie Snegirjowa sprawdzi się w całej rozciągłości, sądzę, że idea stosowania pary, jako środka aseptycznego i hemostatycznego szybko wejdzie w użycie i dokona przewrotu w technice, w sposobach operowania.

Do wypowiedzenia w tej kwestyi tutaj kilku uwag ogólnych skłania mnie to, że autor w swem doniesieniu tymczasowem prawie zamilcza o stronie technicznej. Mówi tylko ogólnie, że „odpowiednie przyrządy wykonała mu firma Roziunowa w Moskwie“.

Otóż, przedewszystkiem nie wiadomo, jakiej właściwie postaci pary używał Snegirjow. Z oddzielnych zdań autora wolno wnioskować, iż nie była to w każdym razie *para sucha przegrzana*, to co niemcy nazywają *ueberhitzter Dampf*. Para taka sięga temperatur wysokich bo 150°—300°, a zdaje mi się, że tylko ta postać szybciej działa hemostatycznie, a nie, na przykład, para mokra, nasycona. Stwierdziłem to na przypadku II-im, gdym zastosował parę wyższej temperatury przez skrócenie przewodnika pomiędzy kotłem, a przyrządem, którym manipulowałem, przez silniejsze ogrzewanie—efekt jej działania był wyraźniejszy i szybszy. Tak jak z drugiej strony napięcie pary nie ma, zdaje się, tutaj znaczenia. W ostatnim przypadku używaliśmy chwilowo pary napiętej. Kran pozwalał nam zatrzymywać parę dowolnie w rurach tak, iż nie miała ona ujścia. To znów używaliśmy pary mokrej nasyconej; i ta i tamta słabsze wywierała działanie, niż para sucha przegrzana. A nadto, para mokra przy działaniu na tkanki wywołuje dotkliwy ból, łatwiej powoduje oparzenia bolesne. Tyle pokrótce co do postaci samej pary.

Przechodząc do przyrządów, zauważę, iż o ile przypadek na to pozwala, że stosujemy parę *par distance*, wtedy jest obo-

jętnem dla tkanek, z jakiego materiału mamy przyrząd, przez który para się wydobywa. Inne warunki jednak zachodzą, gdy przyrząd ten wprowadzamy do jam zamkniętych (np. macicy), gdzie, mimowolnie działając on może i *par contact*, wówczas, jeżeli jest z metalu, wywołuje oparzenia i, niedość na tem, rozgrzewa inne przyrządy (metalowe wzierniki) jednocześnie stosowane przy operacyi. Wreszcie, ów środek, zalecający się swą prostotą, jest nieujętnym żywiołem, nie działa on na ściśle określone miejsce, resp. pole operacyjne, lecz i na sąsiednie tkanki, gdzie działanie jego jest zbyt szkodliwe.

I tutaj więc nowa trudność: umiejscowić działanie wedle potrzeby na ściśle określoną przestrzeń. Pomysł w konstrukcyi samego przyrządu, którym para się wydobywa, powinien — zdaniem mojem — z jednej strony dążyć do tego, aby działanie środka tego można ściśle lokalizować: odpowiedzą temu klosze różnej wielkości resp. wzierniki cylindryczne; z drugiej strony, materiał, z którego sam przyrząd ma być wyrobiony, musi być złym przewodnikiem ciepła (drzewo, cement).

Kończąc ze stroną techniczną omawianej kwestyi, nadmienię, iż w celu uniknięcia ewentualnych oparzeń łyżkami wziernika, tak się rozgrzewającymi, używać by można w tym razie zwierciadła Mathieu'go o podwójnych ścianach, pomiędzy którymi krąży zimna woda. Sam aparat oprócz termometru i manometru zaopatrzony być winien również w regulator, resp. przyrząd do dozowania pary. Sądzę, że w użyciu tego środka musi być pewna linja demarkacyjna, po za którą bez szkody choćby pośredniej dla żywej tkanki przejść nie można. Przypuszczam, że od tego zależy gojenie się rany *per primam* lub *per secundam intentionem*.

W moim, III-im przypadku, część rany goiła się pod strupem wilgotnym. Para, którą wówczas rozporządzałem, była mokra, nasycona, napięta (ciśnienie $1\frac{1}{2}$ atmosfery). Najwidoczniej Snegirjow ma tak konstruowany przyrząd, iż te ujemne w tym razie strony pary są w nim zniwelowane, mówi on bowiem najwyraźniej, że pomimo działania pary, następuje *prima intentio vulneris*.

W każdym razie twierdzenia autora co do działania pary, jako środka hemostatycznego, aseptycznego, odwaniającego — nie ulegają najmniejszej wątpliwości.

W moim III-im przypadku, także i w II-im (przy pierwszym stosowaniu), gdzie krwawienie po odjęciu części pochwowej było silne i obfite, gdzie nie nałożyłem ani jednego szwu, krwotok pod wpływem pary ustał i jako następczy nie wystąpił. Przypomnę, iż dawniej przy tej samej operacji w celu zapobieżenia niebezpiecznym krwotokom, stosowano odgniatanie (*ecraseur Chassaiga c'a*) lub odpalanie galwanokaustyczne (*Middeldorffa*).

Co do działania aseptycznego, to już *a priori* zdaje się nie ulegać ono wątpliwości. Wypada dla ścisłości poprzeć je badaniami bakteriologicznymi.

Działanie odwaniające stwierdziłem bardzo wyraźnie, a obecnie stosując ten środek w przypadku rozpadającego się raka części macicznej, znajduję nowy dowód w tym względzie.

Nie przekonałem się o działaniu—znieczulającym, które występować ma wyraźnie, i to właśnie, przy stosowaniu pary na powierzchnię błony śluzowej macicy. Moje chore w tym razie na ból się nie skarżyły, ale zjawił się on w III-im przypadku przy skierowaniu prądu na krwawiącą powierzchnię po odjęciu części pochwowej. Objaw ten, bądź co bądź niekorzystny, przypisać gotów jestem zbyt niemu napięciu pary i temu, że była mokra.

Te wielorakie, nieocenione własności w jednym środku spożytkuje wogóle chirurgija i przy operacjach jednak specjalnie na macicy cennym ów środek być może. Własność pary przyżegająca, hemostatyczna, dezynfekująca, odwaniająca i znieczulająca odda nam rzetelne usługi w tych przedewszystkiem przypadkach, gdzie trzeba występować przeciw takim objawom jak: krwotoki, obfite cuchnące odchody, bóle, a więc w krwotokach z szypuły po myotomii, krwotokach *et. cet.*, w przypadkach raka macicy, nie nadających się do operacji, pewnych sprawach septycznych położowych (wypadnie mieć na uwadze emboliję powietrzną), wreszcie niektórych formach katarów macicy.

Przypadek ropnia okołostawowego,

WYWOŁANEGO PRZEZ LASECZNIK TYFUSOWY.

Podał

Józef Świeżyński

asystent szpitala Dzieciątka Jezus.

Dnia 1/I. 94 na oddział D-ra Chełchowskiego przybył chory Kazimierz M., lat 18 liczący, chory od dwóch z gorą tygodni C.—40°. Język obłożony, suchy. Tętno 100, słabe. W płucach objawy zapalenia oskrzeli. Śledziona niewyczuwalna. Brzuch umiarkowanie wzdęty, in fossa iliaca nie bolesny. Na brzuchu i kończynach wysypka, znikająca przy nacisku palca. Rozwolnienie od 5 dni. Powyższe objawy i cały dalszy, zwykły, umiarkowanie ciężki przebieg choroby skłoniły ordynującego lekarza do rozpoznania tyfusu brzuszego. Chory czuł się w ogóle nie dobrze i gorączkował bez przerwy do końca Stycznia. 1/II.94 zauważono obrzmienie i bolesność prawego ramienia. Objawy miejscowe naokoło prawego ramienia postępowały tak, iż w rezultacie dnia 5/II można było zauważyć naokoło stawu bolesność, zaczerwienienie i chełbotanie; sam staw nie był zajęty. Rozpoznano ropień pod prawym musculus deltoideus i chorego przeniesiono na oddział D-ra Jawdyńskiego dla poddania go operacyi. Dnia 6/II wykonano cięcie podłużne przez części miękkie wzdłuż musculus deltoideus dexter. Po rozcięciu skóry i tkanek podskórnej rozdzielono cokolwiek pęczki mięśniowe musculi deltoidei za pomocą zgłębnika i przecięto go następnie przez całą grubość. Wyłynęło niewiele rzadkiej ropy, zmieszanej z krwią. Chorego opatrzone lege artis i poddano dalszemu leczeniu objawowemu na oddziale chirurgicznym. Zdrowienie przeciągało się, gdyż w trzy dni po przecięciu ropnia wystąpiły objawy zatkania lewej żyły biodrowej. Po 8-iu tygodniach jednakże chory w stanie zdrowia pomyślnym wypisał się ze szpitala. Wypuszczoną podczas operacyi ropę przesłano do pracowni D-ra Jakowskiego w celu poddania jej badaniu bakteryjologicznemu. W tym celu zaszczepiłem otrzymaną ropą płaszczyznę agarową, a nadto rozlałem ją lege artis na płytkach żelatynowych. Po trzech dniach otrzymałem na płaszczyźnie agarowej hodowlę jasno-szarego koloru, szeroką, z nieco zazębionymi brzegami. Na płytce żelatynowej widać gołym okiem dwa gatunki kolonii. Jedne z nich przedstawiają się pod postacią drobnych, okrągłych, bardzo lekko żółtawych kropek, które przy badaniu mikroskopowem okazały się jasno-żółtymi, bardzo drobnoziarnistymi i mającemi brzeg zupełnie równy. Drugi rodzaj kolonij (takich było wiele) przedsta-

wiał się pod postacią plam matowych jasno-szarego koloru z nieco sinawym odcieniem. Wielkość ich wahała się od części milimetra do dwóch, a nawet trzech milimetrów w średnicy. Brzeg ich był mocno ząbiony. Pod drobnowidzem ząbienie to kolonii jest widoczne jeszcze wyraźniej, a nadto widać na nich pewien nieregularny rysunek. Preparaty drobnowidzowe zrobione zarówno z kolonii na agarze, jak i z obydwóch ich gatunków na żelatynie wykazały, że składają się z samych tylko pałeczek o końcach zaokrąglonych długości 2—3 mikromilimetrów. Pasożyty te barwiły się dobrze płynem Löflera, oraz wodnym roztworem fioletu gencianny i nie barwiły się zupełnie ani według metody Grama, ani Weigerta. W kropli wiszącej pasożyty te okazały ruch niezmiernie ożywiony.

Już powyższe dane uprawniały nas poniekąd do przyjęcia, że wyhodowany przez nas z ropy pasożyt był lasecznikiem tyfusowym. W celu przekonania się o tem z większą jeszcze pewnością przeszczepiliśmy część otrzymanych kolonii na wyjałowione mleko, na agar zawierający 2% cukru, oraz na takiż sam agar, podbarwiony laktmusem. Okazało się przytem, że mleko, pomimo trzymania go w ciągu kilku dni w termostacie, zupełnie się nie ścięło, agar ocukrzony cały po kilku dniach zmętniał, lecz nigdzie pęcherzyków gazu nie zawierał. Wreszcie płaszczyzna agaru podbarwionego laktmusem dopiero po tygodniu zaledwie widocznie zaczęła się czerwienić.

Powyższe dane bakteryjologiczne utwierdziły nas w przekonaniu, że wyhodowany przez nas pasożyt był lasecznikiem tyfusowym; wyżej przytoczone zachowanie się jego względem sztucznych odżywek, oraz barwników odpowiada najzupełniej własnościom typowego lasecznika tyfusowego.

Ponieważ oprócz tych pasożytów żadnych innych ze zbądanej ropy wyhodować się nie udało, jesteśmy więc zmuszeni przyjąć, że sam właśnie lasecznik tyfusowy był w naszym przypadku przyczyną ropnia naokoło stawu prawego barkowego. Tego rodzaju wynik poszukiwań skłonił mnie do podania niniejszego przypadku do wiadomości publicznej. O ile bowiem mi wiadomo ¹⁾ żaden przypadek ropienia, zależnego wyłącznie od lasecznika tyfusowego, w języku polskim dotąd ogłoszony nie był. Ponieważ zaś literatura francuska z ostatnich lat trzech, a po części i niemiecka, dostarczały nam dość licznych opisów tego rodzaju przypadków, chcieliśmy więc i nasz do ich rzędu dołączyć. Obok wyniku badania bakteryjologicznego ropy przemawia za powstaniem ropnia pod wyłącznym wpływem la-

1) Patrz Wł. Janowski „Przyczyny powstawania ropienia w świetle pojęć współczesnych.” *Przeg. Chir.* T. 1, zeszyt 3, str. 440 do 459.

siecznika tyfosowego charakterystyczny dla tego rodzaju spraw powolny przebieg kliniczny. Jak wiemy ropień rozwinął się w 7 tygodniu choroby bez bardzo gwałtownego bólu, oraz bez podniesienia ciepłoty i wahań gorączkowych. Trudno jest powiedzieć, czy kilkotygodniowe przedłużenie gorączki aż do czasu zebrania się ropnia zależało tylko od niego. Wreszcie nie jest to celem naszej notatki, której zadaniem było podać przyczynek do etjologii spraw ropnych w tyfusie.

Obecny stan rzeczy o wιάdzie rdzenia

skreślił

Dr. med. E. Bregman,

Ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

II. Anatomija patologiczna wιάdu rdzenia.

Anatomija patologiczna wιάdu rdzenia obejmuje obecnie nie, jak dawniej, tylne tylko pęczki, w których zmiany utożsamiano prawie z wιάdem, a cały niemal układ nerwowy, ośrodkowy i obwodowy. We wszystkich częściach tego układu znajdowano zmiany chorobowe: w mózgu i mózdzku, w rdzeniu przedłużonym, w korzeniach nerwowych i zwojach rdzeniowych, w nerwach obwodowych, mózgowych i rdzeniowych czuciowych i ruchowych i wreszcie w oponach.

Różni autorzy przywiązywali większą wagę do jednych lub drugich z tych różnorodnych zaburzeń i stosownie do tego podawali różne teoryje powstawania wιάdn, o których niżej traktować będziemy. Pomimo jednak tak rozległych zaburzeń, zwyrodnienie tylnych pęczków w wιάdzie uważać należy jako podstawowy i niezbędny warunek anatomiczny; przypadki, w których obraz kliniczny był do wιάdu podobny, a na seceyi znaleziono rdzeń nie-tnięty, do wιάdu nie należą (t. z. pseudo-tabes, lub nervo-tabes peripherique Déjerine)¹⁾. Wobec tej doniosłości zwyrodnienia tyl-

¹⁾ Przypadki takie znał już Trousseau, a uważając je jako należące do wιάdu, oparł na nich swoją teoryją, według której wιάd rdzenia jest nerwicą, w której zmiany anatomiczne zjawiają się dopiero następczo wskutek długotrwałych zaburzeń czynnościowych. Znaczenie nerwów obwodowych w tego rodzaju przypadkach oczywiście było mu nieznanem.

nych pęczków musimy najprzód niemi się zająć, a to tem bardziej że najciekawsze wyniki nowszych badań na tem polu, do nich właśnie się odnoszą. Badania te dowiodły przedewszystkiem, jak to już w pierwszej części zaznaczyliśmy, że zwyrodnienie tylnych pęczków co do swego ściślejszego umiejscowienia odpowiada w zupełności rozprzestrzenieniu się w nich tylnych korzeni, że zatem zwyrodnienie w wiądzie nie jest niczem innym jak zwyrodnieniem tych samych korzeni w ich przebiegu wewnątrzrdzeniowym. Dokładniejszym umiejscowieniem zwyrodnienia tylnych pęczków w wiądzie dawniej już zajmowali się liczni uczeni, z pomiędzy których wymienić należy przedewszystkiem Charcota i Pierreta, Strümpella, Westphala, Flechsig i Lissauera. Pracom tych autorów, opartym na badaniu przypadków wiądu w różnych okresach, zawdzięczamy znajomość wielu ważnych szczegółów, których znaczenie i teraz bynajmniej nie zmalało. Dla badań takich najważniejsze są, naturalnie, przypadki z okresu początkowego, w których zwyrodnienie zaledwie małą część w mowie będących pęczków zajmuje, w których zatem najłatwiej punkt wyjścia tegoż wysledzić możemy. Ale właśnie liczba tego rodzaju przypadków, badanych przez wyżej wymienionych autorów nie była zbyt wielką, a co do niektórych nie jest jeszcze zupełnie pewnem, czy można je bez ogródek do wiądu zaliczyć, jak np. przypadki Westphala w których zwyrodnienie tylnych pęczków było powikłaniem paraliżu postępującego. W ostatnich latach pojawił się szereg prac temu samemu przedmiotowi poświęconych i zawierających opisy czy to pojedynczych przypadków poczynającego się wiądu, czy też większą liczbę przypadków z różnych okresów (Raymond, Krauss, Redlich, Marie, Borguerini, Déjerine, Eichhorst i inni). Prace te powiększyły szczerupły przedtem materiał anatomiczny (zbadany przy udoskonalonej technice) i, potwierdzając znaczną część twierdzeń poprzednio wymienionych autorów, prostując lub uzupełniając inne, przyczyniły się znakomicie do wyświelenia punktów wyjścia i sposobu rozprzestrzeniania się sprawy wiądowej w rdzeniu, specyjalnie w tylnych pęczkach. Na zasadzie prac powyższych kwestyja ta przedstawia się w następujący sposób:

Zwyrodnienie właściwe wiądowi początkowo wystąpić może w różnych odcinkach rdzenia. W większej części przypadków rozwija się ono najprzód w dolnym odcinku grzbietowym i gór-

nym lędźwiowym i ztąd posuwa się ku górze; rozległość sprawy na przekroju zmniejsza się wtedy w tym samym kierunku. Znacznie rzadsze są przypadki, w których przed innemi zajęty bywa rdzeń szyjowy, a następnie dopiero grzbietowy i lędźwiowy. Zwyrrodnienie w tych przypadkach jest w pierwszej części najsilniejsze, ku dołowi zaś zmniejsza się (*Tabes descendens s. cervicalis*). Możliwe jest wreszcie rozpoczęcie się sprawy jednocześnie na całym przebiegu rdzenia lub w częściach szyjowej i lędźwiowej z pominięciem grzbietowej (Redlich). Na przekroju obraz topograficzny zwyrodnienia zależny jest 1) od punktu wyjścia sprawy, 2) od odcinka, z którego skrawek został wzięty. W przypadkach typowych (pierwszej kategorii) rozkład jest według Kraussa następujący:

W rdzeniu *lędźwiowym* podlega zmianom najpierw środkowa część tylnego pęczka; nietknięte pozostają w tym okresie początkowym: 1) pas przedni, dotykający *comisurae posterioris* oraz przedłużenie jego wzdłuż brzegu tylnego rogu, które jednak nie dochodzi nigdy do obwodu rdzenia; 2) pas środkowy, ciągnący się wzdłuż tylnej środkowej przegródki, mający kształt owalu lub klina lub smugi i łączący się niekiedy z przednim pasem; 3) pas tylny zewnętrzny w kształcie poprzecznie położonego owalu, którego środkowy koniec łączy się ze środkowym pasem, zewnętrzny zaś dotyka końca tylnego rogu lub jest od niego oddzielony wązkim pasem zwyrodniałych włókien; tylny brzeg owalu leży na obwodzie rdzenia. W dalszym rozwoju cierpienia ten ostatni pas ulega zazwyczaj pierwszy, następnie pas środkowy, przedni zaś nawet w przypadkach bardzo posuniętych pozostaje nietknięty lub tylko lekkiemu ulega zwyrodnieniu. W niektórych bardzo posuniętych przypadkach pozostało również nietknięte małe owalne miejsce, położone w tylnej części przy przegródce środkowej, a odpowiadające zupełnie *zonae medianae Flechsig*a, które według badań tego uczonego i pod względem embryjogenetycznym zajmuje odrębne stanowisko.

W części *grzbietowej* rdzenia, w której granica między pęczkami Golla i Burdacha staje się bardziej widoczną, wyrodnieją w początku 2 podłużne smugi (*Bandelettes externes*), położone w zewnętrznej części pęczka Burdacha, dotykające brzegu tylnego rogu lub oddzielone od niego na większej lub mniejszej przestrzeni pasem zachowanych jeszcze włókien; w następstwie ulega zwy-

rodnieniu pęczek Golla przedewszystkiem w tylnej części i wzdłuż przegródki środkowej, następnie tylny pas zewnętrzny, a wreszcie, i niezupełnie pas przedni z przedłużeniem bocznem.

Wreszcie w części *szyjowej* pierwszy bywa zajęty pęczek Golla, zwłaszcza jego tylna część, następnie środkowa część pęczka Burdacha, wreszcie tylny pas zewnętrzny. Przedni pas i przedłużenie jego wzdłuż brzegu tylnego rogu pozostają nietknięte lub częściowo tylko wyrodniają.

Wielkie znaczenie ma dla nas t. z. zona Lissauera (autor ten pierwszy zwrócił na nią uwagę w r. 1885). Jest to niewielki pęczek podłużnie przebiegających włókien, położony między końcem tylnego rogu i obwodem rdzenia. Zewnętrzna część tylnych korzeni, dążąc do tylnego rogu, przecina go na dwie części: mniejszą wewnętrzną i większą zewnętrzną. Ta ostatnia napozór wydaje się jakby należała do bocznego pęczka. Niektórzy autorzy oparli nawet na tem twierdzenie, że sprawa wiądowa przejść może per contiguitatem na boczny pęczek. Embryjologiczne i anatomiczne badania dowiodły jednak, że pęczek Lissauera należy całkowicie do tylnego pęczka. Od innych części tegoż odznacza się on cienkością swoich włókien. W wiądzie ulega on zwyrodnieniu bardzo wczesnie i w najpierw zajęтым odcinku rdzenia.

Opisane powyżej umiejscowienie sprawy wiądowej w tylnych pęczkach odnosi się, jak już wspominaliśmy, do tych przypadków, w których górna część rdzenia lędźwiowego i dolna grzbietowego są pierwsze dotknięte. Dodać należy, że zdarzają się przypadki (np. spostrzeżenie Kraussa), w których w części grzbietowej rdzenia w okresie początkowym znajdujemy nie jak zwykle zwyrodnienie w okolicy *bandelettes externes*, a wyłącznie w części wewnętrznej tylnych pęczków (pęczki Golla i może sąsiednia część pęczka Burdacha), podobnie jak to jest regułą dla rdzenia szyjowego. Część lędźwiowa była w tym przypadku zupełnie prawie zwyrodniała.

Inaczej zupełnie przedstawia się sprawa w przypadkach *tabes cervicalis* (Raymond, Déjerine, Leyden, Radlich i inni). Zwyrodnienie w tych razach nie dosięga wcale rdzenia lędźwiowego, znajdujemy go w okresie początkowym nietkniętym. Stwardnienie zaczyna się dopiero w rdzeniu grzbietowym w wyższym lub niższym odcinku i zajmuje w początku tylko zewnętrzną część pęczka Burdacha (*bandelettes externes*). W wyższych

odeinkach i w rdzeniu szyjowym sprawa rozprzestrzenia się na cały pęczek Burdacha. Zwyrrodnienie tego pęczka sięgać może aż do rdzenia przedłużonego do okolicy jądra Burdacha. Pęczek Golla może pozostać zdrowym (np. przypadek Blocq a i Onanowa). W innych razach ten pęczek również ulega zwyrrodnieniu ale częściowemu tylko (Déjerine): w górnych odcinkach rdzenia szyjowego pozostaje nietknięty mały trójkąt u tylnej części wymienionego pęczka przy przegródce środkowej; ku dołowi trójkąt ten powiększa się coraz bardziej tak, że mniej więcej w środku rdzenia grzbietowego cały pęczek staje się wolnym.

Wreszcie wspomnieć należy o przypadkach tabes cervicalis (Martius, Leyden), w których w górnych odcinkach rdzenia szyjowego nie cały pęczek Burdacha okazał się zwyrrodniałym, a tylko wewnętrzna jego część, przytykająca do pęczka Golla; ten ostatni zaś, również i zewnętrzna część pęczka Burdacha (bandelettes ext.) były wolne.

Taki jest w ogólnym zarysie i z uwzględnieniem głównych spotykających się odmian rozwój sprawy wędrowej w rdzeniu. Z kolei rzeczy wypada teraz rozpatrzyć, w jaki sposób zachowują się tylne korzenie po wstąpieniu w rdzeń, jaki jest ich stosunek do tylnych pęczków, ażeby się przekonać, czy istotnie wszystkie powyżej wyłuszczone własności stwardzenia wędrowego dają się objaśnić zwyrrodnieniem tych korzeni w ich przebiegu wewnątrz rdzeniowym. Nasza znajomość rozprzestrzeniania się w rdzeniu tylnych korzeni oparta jest na badaniach różnego rodzaju:

1) Na badaniu przypadków, w których większa lub mniejsza liczba tylnych korzeni została przez jakąkolwiek sprawę w kanale kręgosłupa (guz, ropień, uraz i zwichnięcie) tak silnie uszkodzona, że nastąpiło wtórne zwyrrodnienie ich przedłużenia w rdzeniu. Najwięcej jest ogłoszonych przypadków ucisku na caudam equinam (Cornil, Leyden, Schultze, Kahler i Pick, Déjerin Souques i Marinesco). Rzadsze są przypadki ucisku na korzenie wyżej wstępujące (Sottas — na VI i VII nerwy szyjowe, Pffeiffer — na I i II grzbietowe).

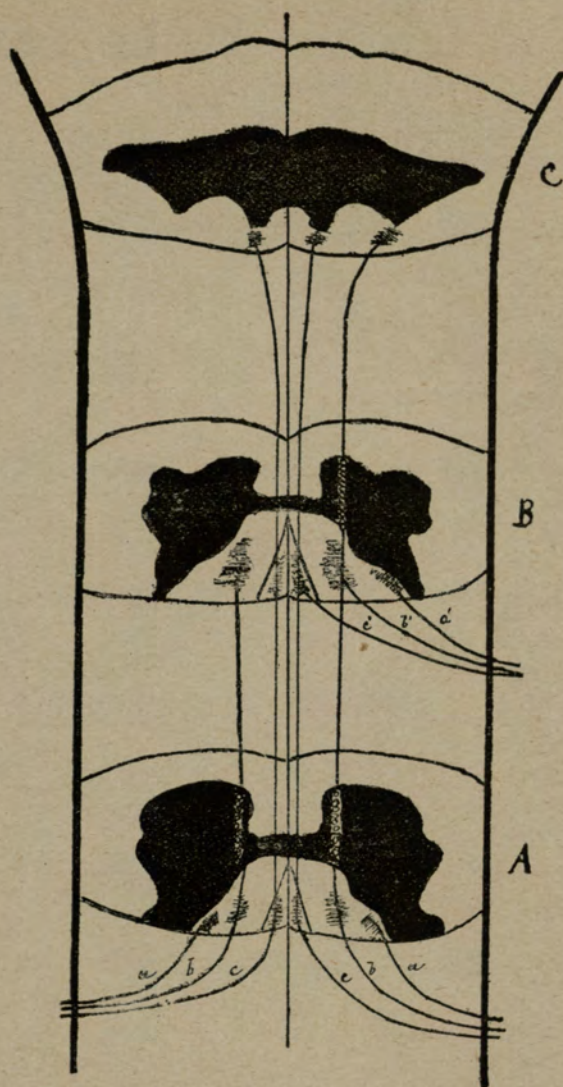
2) Na wynikach doświadczeń na zwierzętach, którym przecinano lub uciskano tylne korzenie (Waller, Singer i Münzer, Kahler, Tooth).

3) Na badaniach porównawczo-anatomicznych i embryjologicznych z zastosowaniem zwłaszcza metody barwienia Golgi'ego. Dzięki

tym różnorodnym i zmułnym pracom, wiemy co następuje. Tylne korzenie po wstąpieniu w rdzeń nie przenikają natychmiast, jak przedtem mniemano, do szarej istoty, a przebiegają na krótszej lub dłuższej przestrzeni w białej istocie tylnych pęczków, których stanowią główną część składową. Zaraz po wstąpieniu dzielą się one w kształcie V na dwie gałęzie: wstępującą i zstępującą. Z gałęzi tych tworzą się podłużnie przebiegające pęczki białej istoty. Zstępujące gałęzie są węższe i już po krótkim przebiegu wpływają do szarej istoty. Od obu gałęzi odchodzą w małych odstępach gałązki boczne (collaterales), przenikające do szarej istoty: każde włókno podłużne znajduje się tym sposobem w połączeniu ze wszystkimi odcinkami rdzenia, przez które przechodzi. Po oddaniu pewnej liczby gałązek włókno się wyczerpuje i wtedy, poniekąd jako ostatnia gałązka boczna skręca również ku szarej istocie. Co się tyczy gałęzi zstępujących, to, jak już nadmieniliśmy, następuje to bardzo szybko. Wstępujące gałęzie zachowują się różnie, a choć istnieją wszystkie możliwe przejścia, dla łatwiejszego porozumienia się jednak podzielono ją na 3 grupy: krótkie średnie i długie. Ogólnym prawidłem jest, że, im włókno dłuższe, tem bardziej skierowuje się ono w swoim dalszym przebiegu ku wewnątrz, tak, że najdłuższe włókna znajdują się w najbardziej na wewnątrz położonej części tylnych pęczków, przy tylnej przegródce. Krótkie włókna przebiegają zatem w pęczku Lissauera i na wewnątrz od niego w tylnym zewnętrzny kacie tylnego pęczka. Średnie skierowują się ukośnie ku górze i wewnątrz i zajmują zewnętrzną i środkową część pęczka Burdacha. Wreszcie długie włókna, należące do dolnych korzeni (krzyżowych, lędźwiowych, może i dolnych grzbietowych), zbierają się w pęczku Golla, te zaś, które są przedłużeniem korzeni grzbietowych i szyjowych układają się nazewnątrz od pierwszych w wewnętrznej części pęczka Burdacha. Wszystkie włókna i ich boczne gałązki wstępują do szarej istoty: z pęczka Lissauera przez istotę Rolanda, inne przez wewnętrzny brzeg tylnego rogu, mianowicie, przez środkową i tylną część tego brzegu („Einstrahlungszone“ *Lenhossek*, „Wurzeleintrittszone“ *Westphal*, „Zone cornu-radiculaire“ *Marie*). Długie włókna, najmniej liczne, kończą się dopiero w rdzeniu przedłużonym: przeciągające w pęczku Golla w jądrze Golla, zaś należące do pęczka Burdacha w jądrze, noszącem też samą nazwę.

Rysunek do pracy D-ra E. Bregmana p. n. „Ogólny stan rzeczy o wiąździe rdzenia“.

Szematyczne przedstawienie zmian w rdzeniu (patrz str. 518).



(podług Marie)

Lewa strona szematu przedstawia umiejscowienie zwyrodnienia w wiąździe w przypadkach, w których zajęte są tylko korzenie lędźwiowe, prawa zaś przedstawia rdzeń, w którym oprócz lędźwiowych uległy zwyrodnieniu i szyjowe korzenie.

A. rdzeń lędźwiowy, B. rdzeń szyjowy, C. dolna część rdzenia przedłużonego, a. krótkie, b. średnie włókna korzeni lędźwiowych, c. długie, a' krótkie, b' średnie włókna korzeni szyjowych, c' długie.

Przechodząc teraz do objaśnienia obrazu stwardnienia tylnych pęczków w wiądzie, któryśmy powyżej skreślili, możemy się przekonać, że wszystko cośmy o niem powiedzieli, nawet w drobnych szczegółach staje się łatwem do wytłumaczenia, jeżeli przypuścimy, że stwardnie to jest li tylko następstwem zwyrodnienia włókien tylnych korzeni. Nie wszystkie tylne korzenie¹⁾ na raz ulegają zwyrodnieniu. Postęp sprawy wiądowej polega na tem, że coraz to nowe korzenie bywają zajęte, przyczem jednak, jak zaznacza Redlich, pewna liczba ich może być ominięta, zwyrodnienie od razu przeskakuje na wyżej nad niemi leżące. W przeważającej liczbie przypadków pierwsze są dotknięte korzenie lędźwiowe i dolne grzbietowe. Dla tego w tych przypadkach najwcześniejsze i największe zmiany znajdują się w rdzeniu lędźwiowym i grzbietowym, a zwłaszcza w środkowej i przytykającej do tylnego rogu częściach tylnego pęczka. W rdzeniu grzbietowym zwyrodnieniu ulegają, jak widzieliśmy, 1) pas w środkowej części p. Burdacha (średnie włókna), oddzielony zazwyczaj od brzegu tylnego rogu na mniejszej lub większej przestrzeni nowo występującymi zdrowymi jeszcze włóknami korzeniowymi, 2) wewnętrzna część tylnego pęczka (p. Golla)—długie włókna. W rdzeniu szyjowym pęczki Burdacha są w okresie początkowym wolne, ponieważ średnie włókna już opuściły białą istotę. Zwyrodniałe natomiast są pęczki Golla, a zwłaszcza tylna ich część, prowadząca włókna z niższych korzeni. Jeżeli zwyrodnienie zewnętrznej części p. Burdacha w rdzeniu grzbietowym jest silniejsze i dochodzi do tylnego rogu, to jest to następstwem tego, że i pozostałe korzenie grzbietowe są również dotknięte. W rdzeniu szyjowym zwyrodnienie w tych razach bywa również rozleglejsze i zajmuje prócz p. Golla wewnętrzną i środkową części p. Burdacha. Gdy zaś zwyrodnienie przechodzi na korzenie szyjowe, wtedy tylne pęczki są w całości zmienione. Prawie nie tkniętą pozostaje, jak widzieliśmy, na całej długości rdzenia część przednia, sąsiadująca z *comissura posterior*; otóż dowiedzionem zostało, że w części tej przebiega bardzo mało włókien korze-

¹⁾ Dla uniknięcia nieporozumień zaznaczamy jeszcze raz, że mówimy tu tylko o tej części włókien tylnych korzeni, która mieści się wewnątrz rdzenia, o stanie tylnych korzeni przed ich wstąpieniem do rdzenia będzie mowa niżej. (Przyp. aut.).

niowych i że składa się ona przeważnie z włókien, pochodzących z szarej istoty rdzenia (Commissuralfassern). Znaczenie owalnego pola w rdzeniu lędźwiowym, o którym wyżej wspominaliśmy (zona mediana Flechsig) nie jest jeszcze zupełnie wyjaśnione. Godnym jednak zaznaczenia jest, że w przypadkach ucisku na caudam equinam, pole to, pomimo zwyrodnienia całego tylnego pęczka, pozostaje wolne, tak samo jak w wiądzie. Wczesne zwyrodnienie pęczka Lessauera jest również łatwe do wytłumaczenia, ponieważ tworzą go wyłącznie włókna korzeniowe. Te korzenie które w przypadkach zwykłych pozostają najdłużej nietknięte, w przypadkach t. z. wiądu zstępującego, bywają najwcześniej zajęte: dla tego i obraz stwardnienia tylnych pęczków w tych razach bywa odmieniony i nawet poniekąd tamtemu przeciwny. W rdzeniu szyjowym pęczek Burdacha ulega zwyrodnieniu najpierw, a przede wszystkim jego zewnętrzna część. Pęczek Golla pozostaje niezmieniony, albo ulega zwyrodnieniu częściowo w przedniej i zewnętrznej części: zależy to od tego jak daleko sprawa postąpiła w kierunku ku dołowi, część zawierająca włókna z niższych korzeni znajdujemy w każdym razie nietkniętą. Wreszcie wspomniane wyżej przypadki Martinera i Leydena tłumaczą się tem, że sprawa nie przeszła jeszcze na górne pnie szyjowe: wskutek tego zewnętrzna część p. Burdacha, składająca się przeważnie z włókien krótkich była prawidłowa, zwyrodnieniu zaś uległa wewnętrzna część tego pęczka; w której przeciągają włókna średnie korzeni niższych, już zajętych.

Widzimy z tego zestawienia faktów, że stwardnienie wiądowe t. p. w istocie daje się sprowadzić do zwyrodnienia włókien tylnych korzeni. Umiejscowienie sprawy wiądowej odpowiada w zupełności wtórnemu zwyrodnieniu, które musiałoby nastąpić, gdyby odnośne pnie nerwowe przecięto. Możemy się zatem spodziewać urzeczywistnienia słów Schultzego, który już w r. 1883 pisał: *„dzięki dokładniejszym badaniom nad wtórnem zwyrodnieniem przy uszkodzeniu pojedynczych pni nerwowych i w odpowiednich przypadkach cierpień poprzecznych rdzenia, będziemy mogli niewątpliwie dojść do tego, że ze zwyrodnienia pewnych części p. Burdacha lub Golla, będziemy mogli wyczytać poniekąd umiejscowienie klinicznych objawów wiądu.“*

Przed tem nim przejdziemy do rozpatrzenia innych zmian w wiądzie rdzenia, musimy kilka słów powiedzieć o dalszym

przebiegu włókien czuciowych w rdzeniu. Widzieliśmy, że włókna tylnych korzeni i, liczniejsze od nich, ich gałęzie oboczne wstępują do szarej istoty rdzenia. Tu się rozgałęziają, a najdrobniejsze gałązki ich, stosownie do teorii neuronów, stykając się z wyrostkami, znajdujących się w szarej istocie komórek, przenoszą tym sposobem pobudzenia czuciowe na jednostki nerwowe 2-go rzędu (Waldeyer). Kierunek jednak, który obierają włókna czuciowe i ich uboczne oraz miejsca, w których następuje ich rozszczepienie się na drobne gałązki, są różne. Według Lenhosseka można je w tym względzie podzielić na 4 grupy.

1) Włókna, kończące się w rogu tylnym i w środkowej części szarej istoty między obydwoma rogami.

2) Włókna, idące ku przedniemu rogowi, które prawdopodobnie pośredniczą w powstawaniu odruchów (Reflexcollateralen).

3) Idące ku kolumnie Clarka, najliczniejsze.

4) Przechodzące przez commissuram posteriorem na drugą stronę rdzenia ku tylnemu rogowi -- bardzo nieliczne.

Jeżeli pogląd, który wyłożyliśmy, jest słuszny, że wiąz rdzenia polega na zwyrodnieniu włókien tylnych korzeni, to należy oczekiwać, że przedłużenie ich w szarej istocie również zwyrodnieniu ulega. Przypuszczenie to wistocie się sprawdza.

Większość autorów (Pierret, Leyden, Clarke, Krauss i inni) stwierdzili zanik włókien w tylnym rogu. O komórkach tego rogu nie stanowczego nie wiadomo, ponieważ badanie w tym kierunku jest bardzo utrudnione. Teoretycznie powinny one pozostać zdrowe, ponieważ należą do innej jednostki nerwowej. Że rozumowanie to jest uzasadnione tego dowodem komórki w kolumnach Clarka. Zarówno pod względem liczby, jak wielkości i kształtu zachowują się one zupełnie prawidłowo. Natomiast gęsta zazwyczaj sieć włókien znika z tych kolum zupełnie. W zdrowym rdzeniu barwa tych ostatnich nie różni się wcale od otaczającej szarej istoty, w wiązce zaś są one (metodą Weigerta) blade-żółte, jasne. Lissauer i Krauss zwrócili uwagę na szczegół, który również wskazuje na tożsamość sprawy w wiązce i w zwyrodnieniu wtórnym. Mianowicie w obu cierpieniach zdarza się, że nie cała kolumna Clarka ulega zwyrodnieniu, a li tylko wewnętrzna jej połowa. Według badań wymienionych autorów w tych razach pęczek Burdacha nie jest również w cało-

ści zajęty, zewnętrzna część jego pozostaje wolna: innemi słowami zwyrodniałe są wyłącznie włókna niżej wstępujących korzeni. Co się tyczy rogów przednich, to rozpoznanie zwyrodnienia dobiegających włókien czuciowych jest bardzo trudne z tego powodu, że nikną one w gęstej sieci spotykanych tu włókien innego pochodzenia.

Dotychczas zajmowaliśmy się tylko tą częścią torów czuciowych, która zawarta jest w rdzeniu. Przechodzimy obecnie do zachowania się zewnątrz rdzeniowej części tych torów. Oddośne badania są z tego względu już bardzo ważne, że, jak widzieliśmy, niektórzy autorzy w niej szukają przyczyny wiądu, zwyrodnienie zaś rdzenia uważają za wtórne. Co się tyczy przede wszystkim tylnych korzeni na przestrzeni między zwojami rdzenowemi i rdzeniem, to są one w okresach posuniętych mocno zwyrodniałe. Niektórzy badacze stwierdzili nawet pewien stosunek między umiejscowieniem i stopniem zwyrodnienia w różnych korzeniach z jednej strony a zachorowaniem rdzenia z drugiej. W przypadkach poczynającego się wiądu jednak zewnątrz rdzeniowe włókna, jak wykazał Redlich, zachorowują w słabszym stopniu, aniżeli wewnątrz rdzeniowe. Inni (Pierret, Raymond) podają przypadki, w których pierwsze nie były wcale zmienione. W nowej pracy Redlich i Obersteiner podają objaśnienie tych faktów. Wspominaliśmy już w pierwszej części, że według zdania tych autorów punktem wyjścia zwyrodnienia w wiądzie jest miejsce, w którym tylne korzenie przebijają oponę miękką. W miejscu tem doznają one u zdrowych osobników zwężenia, tak że włókna bliżej jedne do drugich się przesuwiają, a niektóre tracą nawet na tej przestrzeni otoczkę myelinową. Na skrawkach poprzecznych nie zawsze można to zwężenie stwierdzić, znacznie łatwiej udaje się to na przekrojach, zrobionych ukośnie w kierunku przebiegu korzeni. Zwężenie to stanowi naturalnie *locum minoris resistentiae*: przewlekłe zapalenie opon sprowadza tu ucisk, a w dalszym ciągu—wstępujące zwyrodnienie tylnych korzeni. W kilku przypadkach wymienieni autorzy stwierdzili, że różnica między zachowaniem się zewnątrz i wewnątrz rdzeniowych włókien od tego zwężenia dopiero się zaczęła. W późniejszych okresach i ta część włókien, które pozostały w związku z komórkami zwoju rdzeniowego również ulegają zwyrodnieniu. Nie może to nas dziwić, gdyż w innej pracy dowie-

dliśmy, że to samo następuje po przecięciu nerwu ruchowego: po pewnym czasie odcinek ośrodkowy nerwu wyrodnije i to tem szybciej, im bliżej komórki nerw został przerwany. Zwężenie tylnych korzeni w różnych odcieniach rdzenia nie jest jednakowe. Najsilniej występuje ono w częściach, które w wiądzie najwcześniej i najsilniej bywają dotknięte, mianowicie w dolnej grzbietowej i górnej lędźwiowej oraz w nabrzmieniu szyjowem; środkowe i górne grzbietowe korzenie natomiast wykazują zwężenie bardzo nieznaczne. Pęczek Lissauera, zdaniem Obersteina i Redlicha, ulega zwyrodnieniu w wiądzie tak wcześnie dla tego, że włókna, doń idące, w pniu nerwowym zajmują część obwodową i w skutek tego najpierw ulegają uciskowi.

Co się tyczy przewlekłego zapalenia opony miękkiej, to powiedzieliśmy już, że zdaniem wymienionych autorów, spotyka się ono w wiądzie stale. Większość autorów podaje również, że zgrubienie opon, zwłaszcza na tylnej powierzchni, towarzyszy wiądowi, uważają jednak sprawę w oponach za wtórną. Temu pogładowi sprzeciwia się jednak, jak zaznaczają Obersteiner i Redlich, że sprawa w rdzeniu, na co się wszyscy zgadzają, nie jest zapalną, że nie może zatem być mowy o przejściu zapalenia z rdzenia na opony. Zresztą podobne zmiany w oponach można widzieć i na przedniej powierzchni rdzenia. Dalsze specjalne badania mogą dopiero tę kwestyję rozstrzygnąć. Szczególnie ważnem byłoby stwierdzić, czy spotykają się przypadki pochodzącego się wiądu, w których opony są wolne od wszelkich zmian (Raymond). Według Obersteimera i Redlicha należy badać w tych razach nie tylko przekrój poprzeczny, a i pionowy, ponieważ na tym ostatnim zmiany w oponach lepiej się uwydatniają.

Zwoje rdzeniowe uważano dawniej w wiądzie za nietknięte. Vulpian nazywa je „une barrière infranchissable“ dla zwyrodnienia wiądowego. Charcot, Déjerine, Leyden, Minor i inni nie znaleźli w nich również nic patologicznego. Wyniki dodatnie natomiast były nieliczne i wogóle tak mało znaczące, że nie zwrócono na nie uwagi (Luys, Arndt, Pierret). W ostatnich latach Oppenheim, Siemerling i Wollenberg zajęli się ich dokładnem zbadaniem z zastosowaniem udoskonalonej techniki. Oppenheim i Siemerling dowiedli, że zwyrodnienie włókien wcale się u zwoju rdzeniowego nie zatrzymuje. W 3

przypadkach wiądu znaleźli oni zwoje pozbawione włókien, zwłaszcza w $\frac{2}{3}$ od strony rdzenia, dopiero w obwodowej $\frac{1}{3}$ występował pęczek zdrowych włókien. W komórkach zwojowych stwierdzili oni zmiany (zabarwienie, zmętnienie, vacuolae) tylko w jednym przypadku, uważają je jednak za małoważne. W r. 1889 Oppenheim stwierdził w przypadku wiądu ze znieczuleniem na twarzy silne zwyrodnienie komórek i włókien w zwoju Gassera, które zdaniem jego wystarczało w zupełności, ażeby sprowadzić stwierdzone również zwyrodnienie wstępującego korzenia nerwu trójdzielnego. Wollenberg (1893) zbadał zwoje rdzeniowe w większej ilości przypadków wiądu. Co do włókien potwierdza on wynik poprzednio wymienionych autorów. W tkance łącznej zwojów jądra były liczniejsze, naczynia były również pomnożone i rozszerzone. Komórki były we wszystkich przypadkach zmienione, wykazywały bowiem zmętnienie, stłuszczenie i liczne luki (Vacuolae). Silna pigmentacja i skureczenie się ich w związku z powyższymi zmianami mają też z pewnością znaczenie patologiczne. Wollenberg wyciąga wniosek, że *„zwoje rdzeniowe w wiądzie we wszystkich swoich składowych częściach bywają dotknięte.“* Wreszcie Marie również w jednym przypadku znalazł w zwojach zmniejszenie się liczby i zanik komórek oraz zwyrodnienie włókien.

Jakie znaczenie należy tym wynikom przypisać? Wspominaliśmy już, że niektórzy autorzy w zwojach rdzeniowych, jako ośrodkach odżywczych tylnych korzeni, szukają przyczyny zwyrodnienia wiądowego. Babiński i Darièr, nie znajdując w nich wyraźnych zmian anatomicznych, uciekają się do hipotezy Erba i Remaka, według której w komórkach zachodzić mogą zaburzenia bardzo delikatne (dynamiczne), nie dające się uwydatnić przy pomocy naszych dotychczasowych metod badania, które wystarczają jednak, ażeby spowodować zwyrodnienie wychodzących z nich włókien. Wollenberg sam uważa skonstatowane przez się zmiany w komórkach za zbyt małe i nie mogące być przyczyną zwyrodnienia tak silnego i rozległego, jakim jest zwyrodnienie wiądowe. Oppenheim w niedawno wyszłym artykule przyłącza się do tego zdania i dla tego przyjmuje również hipotezę zaburzeń dynamicznych. Zwyrodnienie tylnych korzeni, będące następstwem tych zaburzeń, zaczyna się według tego autora w rdzeniu, przechodzi następnie na pnie nerwowe, a później

na włókna, przebiegające w zwojach. Kiedy sprawa trwa długo, to i komórki wreszcie ulegają zwyrodnieniu.

Wiadomo, że komórki zwojów rdzeniowych wysyłają 2 wyrostki nerwowe, jeden ośrodkowy ku rdzeniowi (tylne korzenie), drugi obwodowy (nerwy czuciowe). U zarodka obydwie wyrostki wychodzą z samych komórek — te są dwubiegunowe (bipolarne). W późniejszym okresie następuje „unipolaryzacja.“ 2 wyrostki łączą się w jeden, który w pewnej odległości od komórki dzieli się w kształcie τ (tubes en τ Ranvier) na wyrostek obwodowy i ośrodkowy. Pierwszy zwykle bywa znacznie grubszy, tak że Kölliker go za główny uważa, środkowy zaś ma być tylko przydatkowym. Lanhossek na zasadzie badań porównawczo-anatomicznych jest wręcz przeciwnego zdania. W każdym razie oba wyrostki pod względem ożywczym zależne są od komórek zwojów rdzeniowych: jeżeli te ostatnie są zmienione, to i nerwy czuciowe muszą od tego ucierpieć.

Badaniem nerwów obwodowych w wiądzie zajmowało się wielu bardzo autorów. O nerwach ruchowych będzie niżej mowa. Co do czuciowych, to w wielkiej liczbie przypadków znalazły się zmiany, właściwe mięszszowemu zwyrodnieniu włókien, nie spotykają się one jednak stale, (przypadki Oppenheima, Siemerlinga, Raymonda). Ażeby się przekonać, czy zwyrodnienie to nie jest zależnem li tylko od złego stanu odżywiania większości tabetyków (dla tego *wiad*) Krauss badał nerwy obwodowe osobników, cierpiących na inne przewlekłe i wyczerpujące ustrój choroby. Na 7 przypadków, w 3-ch tylko znalazły się zmiany w nerwach czuciowych, i tu jednak nie były one tak rozległe i tak wyraźne jak w wiądzie. Najwięcej wagi przykładają do zwyrodnienia nerwów czuciowych Déjerine i Leyden. Déjerine wypowiada zdanie, że wielka część objawów wiadu od ich zwyrodnienia zależy. Leyden zaś uważa za prawdopodobne, że zwyrodnienie to jest pierwotne i stanowi punkt wyjścia sprawy wiadowej. Zdaniem jego przy tem przypuszczeniu staje się zrozumiałem działanie niektórych wpływów zewnętrznych (przeziębienia, przemoczenie i inne), które mają dla wiadu znaczenie etjologiczne, a które bezpośrednio gałązki czuciowe trafiają ¹⁾. Teoryja

¹⁾ Ze względu na tę kwestyę warto zestawić dwa przypadki, które niedawno spostrzegłem na klinice prof. Lamblla. Obaj cho-

ta, pomijając inne względy, już dla tego nie może być przyjęta, że, przynajmniej według wyników dotychczasowych badań, zwyrodnienie czuciowych nerwów w wiądzie, jak już powiedzieliśmy, spotyka się, wprawdzie często, nie jest jednak stale. Godnem jest również zaznaczenia, że najbardziej dotknięte bywają zwykle gałązki skórne, rzadziej zaś i w mniejszym stopniu nerwy czuciowe i mieszane. Na 8 przypadków wiądu Krauss w dwóch tylko znalazł silne zwyrodnienie nerwów kulszowych, w 3-ch zwyrodnienie ich było nieznaczące, a w pozostałych 3-ch były one niezmienione. Wreszcie korzeń czuciowy po wyjściu ze zwoju, a przed połączeniem się z korzeniem ruchowym zawsze prawie znajdowano nietkniętym. Fakty te należy również uwzględnić, chcąc zwyrodnienie czuciowych nerwów uczynić zależnym od zaburzeń w zwojach rdzeniowych: dają się one w tym razie wytłumaczyć jedynie przez przyjęcie hipotezy Erba i Strümpfla, według której przy wszelkich zaburzeniach w ośrodkach odżywczych cierpi najsampierw ta część włókien nerwowych, która od ośrodka jest najbardziej odległą. W zastosowaniu do zwojów rdzeniowych oznacza to, że pierwsze zwyrodnienie muszą drobne gałązki skórne, oraz rozgałęzienia włókien tylnych korzeni w szarej istocie. Z hipotezą tą zgadza się poniekąd fakt, przytoczony wyżej, że we wcześniejszych okresach wiądu, włókna tylnych korzeni w rdzeniu są bardziej zwyrodniałe, aniżeli tylne pnie nerwowe. Zresztą co się tyczy zwyrodnienia wtórnego, to Souques i Marinesco na zasadzie przypadku ucisku na caudam equinam badanego sposobem Marchiego utrzymują, że gałązki czuciowe w szarej istocie wistocie pierwsze wyrodniają i zanikają ¹⁾.

rzy Kaz. L. i Ant. Sz. od kilku lat zajęci byli jako technicy przy kanalizacji ulic i domów, przyczem zmuszeni byli po kilka godzin dziennie spędzać w jak najgorszych warunkach w kanałach, mających w średnicy 90×60 cm. K. zaraził się przymiotem przed 15 laty. Sz. miał szankra przed 7 laty, objawów wtórych nie stwierdzono; jest on od 5 lat żonaty, dzieci nie ma, K. wstąpił z objawami przymiotu mózgu (powoli rozwijająca się hemiplegija, wymioty, przemijająca diplopia), Sz. zaś przedstawiał typowy obraz wiądu w okresie ataktycznym. Podają te fakty bez zamiaru wyciągania z nich jakichkolwiek wniosków ogólnych.

¹⁾ Autorzy ci oparli swe zdanie na tem, że w tylnych pęczkach były w stanie dowieść zwyrodnienia, w szarej istocie zaś nie,

Inaczej trochę zapatruje się na wczesne zwyrodnienie gałązek skórnych Marie, sądzi bowiem, że, przynajmniej w większej liczbie przypadków winne są hypotetyczne zresztą obwodowe komórki czuciowe, z których gałązki owe wychodzą. Autor ten z całą stanowczością zaprzecza możliwości pierwotnego zachorowania wskutek jakiegokolwiek przyczyny włókien nerwowych na obwodzie zarówno, jak i w narządzie ośrodkowym. Zdaniem jego włókno nerwowe wtedy tylko uległ może zwyrodnieniu, kiedy w komórce, ośrodku odżywczym, zaszły jakiegokolwiek zaburzenia. Pogląd ten, choć w zastosowaniu do wielu cierpień układu nerwowego może okazać się słusznym, to jednak w tej bezwzględnej formie wątpimy, czy zyskać może uznanie. Co się tyczy zwłaszcza nerwów obwodowych, to, jak słusznie zaznacza Goldscheider, możemy jeszcze przypuścić, że w przypadkach przewlekłych delikatne, naszym sposobem badania niedostępne jeszcze, zmiany w komórkach mogą spowodować ich zwyrodnienie, nie uważamy jednak za prawdopodobne, ażeby jakiegokolwiek czynnik szkodliwy mógł w nerwach obwodowych wywołać ostre zaburzenia przez pośrednictwo komórek, pozostawiając te ostatnie dla naszego badania drobnowidzowego niezmiennymi. Musimy zatem wraz z wymienionym autorem uznać, że włókna nerwowe, pomimo, że odżywianie ich jest w ciągłej zależności od komórek, z których wychodzą, jednak w drodze miejscowej dyfuzji ulegać mogą działaniu szkodliwych czynników chemicznych, w krążeniu będących. Czynimy to jednak z tem zastrzeżeniem, popartem zresztą na drodze doświadczeń (Langley, Brieger, Ehrlich), że wszelkie możliwe czynniki szkodliwe — chemiczne, zaburzenia w krążeniu — łatwiej dotykają komórki, aniżeli włókna nerwowe; fakt ten tłumaczy dostatecznie bardziej

a tłumaczą to tem, że czarne kulki, które przy wspomianej metodzie oznaczają włókna, ulegające sprawie zwyrodnienia, jak to bywa w późniejszych okresach tegoż, z szarej istoty już znikły. Zdaje mi się jednak, że twierdzenie to nie jest dosyć uzasadnione. Metoda Marchiego bowiem, jak w innym miejscu (Arbeiten aus dem Laboratorium Prof. Obersteiner Wiedeń 1892) wykazałem, o ile jest doskonałą, jeżeli ma być dowiedzionem zwyrodnienie jakiegokolwiek kompaktne pęczka włókien, o tyle łatwo może doprowadzić do mylnych wniosków, jeżeli włókna te, jak np. gałązki czuciowe w szarej istocie są rozrzucone na większej przestrzeni i pomieszane z masą włókien zdrowych.

niezależne stanowisko komórek pod względem odżywczym.

Powracając po tem krótkim zboczeniu do anatomii patologicznej wiądu, widzimy, że całe tak zwane czuciowe neuron 1-go rzędu, t. j. komórka zwoju rdzeniowego z jej obydwojoma wyrostkami i ich rozgałęzieniami, bywa w wiądzie dotknięta. Histologicznie znajdujemy we wszystkich tych częściach, według zgođonej opinii wszystkich nowszych autorów, mięszzowe zwyrodnienie z przejściem w zanik i stwardnienie. Co do punktu wyjścia sprawy jednak zdania są podzielone. Jedni przypisują ją uciskowi na tylne korzenie w miejscu wstępowania ich w rdzeń, który powoduje wstępujące i zstępujące zwyrodnienie. Pogląd ten jest nowy i wymaga gruntowniejszego uzasadnienia ¹⁾. Drugi — przeważna większość — przypuszczają uszkodzenie różnych, składających jednostkę nerwową części przez jakiś w ustroju nagromadzony szkodliwy czynnik. Najprawdopodobniejsze jest zajęcie pierwotne zwojów rdzeniowych, a wtórnie dopiero innych części. Za tą ostatnią teorią, przemawia mocno ta okoliczność, że, choć czuciowe tory najwcześniej stale bywają w wiądzie dotknięte, to jednak, jak już na wstępie zaznaczyliśmy, i inne części układu nerwowego zachorowują, a niektóre z nich tak często, że trudno jest uznać w tem przypadkowe tylko powikłanie.

Jedne z najważniejszych są zmiany, spotykane w rogach przednich i nerwach ruchowych. Przy tej sposobności musimy kilka słów poświęcić zanikowi mięśni w wiądzie, który ciągle jeszcze jest przedmiotem dyskusyi w literaturze tej choroby. Co do częstości tego objawu cyfry podawane przez autorów są różne, najwyższą (20, 10%) podaje Déjerine. Mięśnie dolnych kończyn zanikają trochę częściej, aniżeli mięśnie górnych. W większej części przypadków zanik bywa z obu stron symetryczny, ale dość często spotyka się też zanik asymetryczny. Jolly podaje przypadek, w którym zanikłe były obiedwie górne kończyny oraz jedna dolna. W przypadku Dinklera dotknięta była tylko prawa górna kończyna, tak samo i w przypadku, opisanym przez Schiffa. Obwodowe części kończyn, ulegają zwykle pierwsze zanikowi, ztąd postępuje on w kierunku ośrodkowym, mięśnie tułowia pozostają jednak zdrowe. W kończynach górnych naśladu-

¹⁾ Praca Obersteinera i Redlicha jest tymczasowem doniesieniem.

je on często typ postępującego zaniku mięśni Aran-Duchenne'a, w dolnych następstwem jego bywa często pas equino-varus (piedbot tabétique) Charcot i Pierret i Leyden znaleźli jako przyczynę zaniku mięśni zwyrodnienie i zanik komórek zwojowych w rogach przednich. W ostatnich latach jednak autorzy, którzy się tym przedmiotem zajmują, przechylają się coraz bardziej na stronę tego zdania, że nerwy obwodowe są winne zanikowi. Prace Condoléona, Déjerina, Nonnego są pierwsze w tym kierunku. Goldscheider opisuje przypadek wiądu z niedowładnem i zanikiem mięśni dolnych kończyn. Badanie anatomiczne wykazało zwyrodnienie obwodowych nerwów i mięśni, przednie korzenie i rogi zaś były niezmiennione. W wyżej przytoczonym przypadku Dinklera zwyrodnienie komórek przednich rogów było obustronne, jednocześnie był dotknięty prawo-stronny splot ramieniowy, tak że zanik mięśni również prawostronny tylko jemu raczej, aniżeli przednim rogom przypisać należy. Schiff i Münzer nie byli wstanie w przypadkach swoich dowieść żadnych zmian w rogach przednich, uważają zatem również nerwy obwodowe (których nie badali) za przyczynę zaniku mięśni. Marie dzieli wszystkie przypadki na dwie grupy. Do pierwszej należą te, których zanik występuje w okresie posuniętym wiądu, symetrycznie z obu stron, bez drgania włókienkowego mięśni: polega on w tych razach na zwyrodnieniu nerwów obwodowych. Rzadsze są przypadki, należące do drugiej grupy z zanikiem wczesnym, nie symetrycznym i z drganiem włókienkowym, w których przypuścić należy zaburzenia ośrodkowe. Wspomniany już przypadek Schiffa przeczy jednak temu podziałowi, ponieważ róg przedni znaleziono niezmienniony, pomimo, że zanik mięśni był jednostronny, a mięśnie wykazywały drganie włókienkowe. Kwestya ta nie jest zatem jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta, w większości przypadków jednak zwyrodnienie nerwów ruchowych obwodowych zdaje się być przyczyną zaniku mięśni w wiądzie.

Niewątpliwie obwodowego pochodzenia są przemijające porażenia, spotykające się zwłaszcza w okresie przedataktycznym wiądu (w dziedzinie nerwów pośrodkowego, promieniowego, peroneus i innych). Wydarzające się w tym samym okresie i prędko przechodzące paraplegiae do tej samej przyczyny prawdopodobnie odnieść należy. Że tego rodzaju krótko trwające porażenia mięśni gałek ocznych są w wiądzie częste, to już dawno wia-

domo, ale i w dziedzinie innych nerwów mózgowych (nerwy podjęzykowy, przydatkowy) spotyka się to samo: w tych razach również prawdopodobem jest porażenie nerwów obwodowych, a nie jąder. Zmiany w rdzeniu przedłużonym i w nerwach mózgowych, spotykane w wiądzie, odpowiadają w ogóle tym, które stwierdziliśmy w rdzeniu i nerwach, zeń wychodzących. Tu jak i tam zarówno ośrodki jak i nerwy obwodowe ulegają sprawie zwyrodnienia, prowadzącej do zaniku.

W rdzeniu przedłużonym również najeczęściej i najpierw bywają dotknięte pierwiastki—jądra i nerwy—czuciowe (nerwy trójdzielny, błędny), ale w wielu przypadkach sprawa nie oszczędza i części ruchowych (nerwy twarzowy, podjęzykowy, przydatkowy, ruchowa gałąź trójdzielnego). W największej liczbie przypadków zwyrodnienie wiądowe zaczyna się w rdzeniu a jeżeli wogóle dotyka rdzenia przedłużonego, to w późnym okresie i w słabym stopniu. W niektórych razach jednak ten ostatni podlega cierpieniu najpierw i zmiany w nim znajduwane są najrozleglejsze, przypadki takie oznaczamy jako wiąd opuszkowy (tabes bulbaris).

LITERATURA.

- Raymond. Topographie des lésions spinales du tabes au début et sur la valeur systématique de ces lésions. *Revue de médecine* 1891.
- Krauss. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis *Archiv für. Psychiatrie* 1892.
- Redlich. Die hinteren Wurzeln des Rückenmarkes und die pathologische Anatomie der Tabes dorsalis *Arbeiten am dem Laboratorium Prof. Obersteiner. Wien* 1892.
- Marie. *Leçons sur les maladies de la moelle*, 1892.
- Borghuerini. *Revue neurologique* 1893.
- Blocq i Onanoff. Sur un cas d'association tabéto-hysterique. *Archives de méd. experimentale* 1892.
- Souques i Marinesco. *Mécredi médical* 1894 Nr. 28, z posiedzeń Societé de biologie.
- Sottas. Contribution à l'étude des degenerescences de la moelle consecutives aux lésions des racines posterieures. *Revue de médecine* 1893.
- Pfeiffer. Zwei Fälle von Lähmung der unteren Wurzeln des Plexus brachialis *Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde* 1891.
- Obersteiner i Redlich. Ueber Wesen und Pathogenese der tabischen Hinterstrangdegeneration. *Arbeiten aus dem Laboratorium Prof. Obersteiner* 1894 z. II.

- Openheim. Zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis. Berliner Klin. Wochenschrift 1894 Nr. 30.
- Wollenberg. Untersuchungen über das Verhalten der Spinalganglion bei der Tabes dorsalis. Archiv. für Psychiatrie 1893.
- Darier. Anatomie pathologique du tabes. Gaz. hebdomadaire 1892.
- Leyden. Die neuesten Untersuchungen über die pathologische Anatomie nad Physiologie der Tabes Zeitschrift für Klin. Medicin 1894, z. I i II.
- Goldscheider. Ueber die Lehre von den trophischen Centren Berliner Klin. Wochenschrift 1894 Nr. 18.
- Eichhorst. Beiträge zur pathologie der Nerven und Muskeln Virchow's Archiv 1891.
- Jolly. Berliner Gesellschaft für Psych. Neurol. Centrall. 1891.
- Dinkler. Hinterstrangsklerose und Degeneration der grauen Vorder säulen des Rückenmarkes Deutsche Zeitschrift f. Nervenheil. 1893.
- Schiff. Ueber 2 Fälle von itramedullaren Rückenmarcks tumoren. Arbeiten am den Laboratorium Prof. Obersteiner 1894.
- Goldscheiden. Atrophische Laehmugen bei Tabes dorsalis Zeitschrift für Klin. Med. 1891.
- Münzer. Zur Lehre von der Tabes dorsalis ref. Neurol. Centrall. 1894 Nr. 12.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i choroby wewnętrzne.

214. Prof. TEISSIER. **Gorączki o ciepłocie z wahaniami niżej normy.**
(*Des pyréxies apyrétiques. Semaine Médicale Nr. 25, 1894.*)

Korzystając z bogatego materiału klinicznego, jak również z obserwacyj, dostarczonych przez praktykę prywatną, autor w formie wykładu zaznajamia czytelników ze zboczeniami krzywej ciepłoty, jakie mają miejsce w przebiegu niektórych chorób ostrych zaraźliwych, jak tyfus, ostre zapalenie płuc, szkarlatyna, napad zimnicy. Obserwacyja kliniczna wykazuje mianowicie, że w przebiegu wyżej wzmiankowanych chorób zamiast podwyższenia ciepłoty niejednokrotnie zauważyć się daje jej spadek lub co najwyżej utrzymanie się jej w granicach normalnych. Wraz z powrotem do zdrowia ciepłota ciała podnosi się również do normy. Takim spadkom ciepłoty w chorobach ostrych autor daje nazwę pyréxie apyrétique lub dypothermie fébrile, nazwa ta bowiem ściśle odpowiada, zdaniem jego, właściwościom klinicznym podobnych przypadków. Jako przykład autor przedsta-

wia chorą, znajdującą się w klinice, u której wywiady i badanie przedmiotowe z całą stanowczością pozwalały sprawdzić rozpoznanie ostrego zapalenia płuca prawego. Tymczasem w czasie pełnego rozwoju choroby, ciepłota ciała poczęła spadać z 37,4^o do 36,4^o bez żadnej widocznej potemu przyczyny; w moczu ślady białka. Podwyższeniu powtórnemu ciepłoty do 37^o towarzyszyła poprawa w stanie ogólnym i miejscowym. Podobne obniżenie ciepłoty obserwował Fiessinger w przebiegu szkarlatyny, autor oprócz szkarlatyny jeszcze w czasie napadów zimniczych, Potain zaś, Gerloczy, Fürbringer i Wendland w przebiegu tyfusu brzuszego; z tych najciekawszą jest obserwacja Potain'a, u chorego bowiem można było wykazać spadek ciepłoty równoległe z rozwojem tyfusu; spadkowi temu towarzyszyło i zwolnienie tętna. Na acme ciepłomierz pokazywał 36^o, pozostając na tej cyfrze przez dni kilka. Wraz z poprawą stanu chorego ciepłota poczęła się podnosić, zbliżając się do cyfry normalnej. W ten sposób krzywa ciepłoty zupełnie przypominała klasyczną krzywą, wziętą w stosunku odwrotnym. Najczęściej jednak, jak to zauważył autor wraz z Potain'em w czasie epidemii 1890—91 r. bez podwyższenia ciepłoty przebiega grypa. Formy te bezgorączkowe grypy nie należą bynajmniej do łagodnych, jak tego poucza obserwacja autora: 52-letnia kobieta zachorowała na grypę; tętno początkowo stojące na 130 doszło do 172 na minutę, tymczasem ciepłota wahała się w granicach 37,3^o — 36,7^o. W moczu ślady białka. Chora zmarła przy objawach upadku działalności sercowej. Badanie pośmiertne wykazało powiększenie i przekrwienie obu płuc, pierwsze stadyum zapalenia włóknikowego u podstawy prawego płuca, powiększenie gruczołów tchawico-oskrzelowych, których ucisk na splety nerwowe spowodował tachykardię.

Gdzie należy szukać przyczyny takiego obniżenia ciepłoty w chorobach ostrych? Dla wyjaśnienia tego faktu klinicznego istnieje wiele teoryj. Zwolennicy jednej z nich stawiają zjawisko to w zależności od stopnia jadowitości zarazka, przypuszczając, że niższy stopień jadowitości, drażniąc tylko ośrodki regulujące ciepłotę, wywołuje podwyższenie temperatury, wyższy zaś, paraliżując owe ośrodki, powoduje spadek ciepłoty ciała. Teorii tej jednak przeczą fakty kliniczne, są bowiem przypadki tyfusu lub grypy o lekkim przebiegu, którym towarzyszy spadek ciepłoty. Punktem wyjścia dla drugiej teorii były badania prof. Boucharda, który wydzielił z uryny dwa rodzaje substancji trujących; z których jedne posiadają własność podwyższania ciepłoty ciała, drugie zaś jej obniżenia; na podstawie tej teorii tłumaczą zjawianie się gorączkowych lub bezgorączkowych form mocznicy, stawiając w zależności występowanie tej lub innej formy od zatrzymania w ustroju jednego lub drugiego rodzaju toksyn. Następnie autorowi wraz z G. Roux i Pitkon'em udało się wyhodo-

wać ze krwi i moczu chorych na grypę pasożyt swoisty, świeże hodowle którego wprowadzone do krwi zwierząt wywoływały stale spadek ciepłoty, trwający kilka godzin. Też same własności stwierdzili Gilbert i Boit dla bacterium coli commune, Rodek i Courmont dla gronowca ropotwórczego, Charrin zaś dla lasecznika tyfusowego. Doświadczenia te, jakkolwiek do pewnego stopnia stwierdzają możliwość obniżania ciepłoty przez pasożyty i ich produkty, nie dadzą się jednakże w zupełności zastosować do omawianej grupy przypadków klinicznych, ponieważ: 1) niżka ciepłoty wywoływana u zwierząt za pomocą zastrzykiwania hodowli ma charakter tylko czasowy; 2) może być ona w znacznym stopniu zależną od samej techniki doświadczenia, wiadomo bowiem, że wystarczy królika położyć na grzbiecie, aby po kilku minutach skonstatować spadek ciepłoty; 3) nie dla wszystkich chorób ostrych znane są swoiste zarazki; 4) nie dla wszystkich pasożytów stwierdzono własność produkowania toksyn, powodujących spadek ciepłoty ciała. Tak więc i teoria toksyn nie jest nam w stanie w zupełności wyjaśnić mechanizm obniżania ciepłoty w omawianych przypadkach. Klucza do rozwiązania zagadki dostarczyć może w tym razie obserwacja kliniczna. Zdarza się niejednokrotnie, że u dzieci rodziców z usposobieniem dnawem lub gośćcowem pod wpływem jakiegokolwiek nadużycia lub zmian atmosferycznych zjawia się krótkotrwały spadek ciepłoty ciała do 36° wraz z jednoczesnym rozgrzaniem skóry i poceniem się; mocz, wydzielany wtedy w niewielkiej ilości zawiera ślady białka; wkrótce objawy te nikną, ciepłota podnosi się, ilość moczu zwiększa się wraz z ilością wyprodukowanego mocznika. W tych razach nastąpiło zaburzenie chwilowe w odżywianiu elementów komórkowych, obfite wydzielanie się produktów ich rozpadu do krwi i niedostateczne ich wydzielanie wskutek dziedzicznej niedostateczności nerkowej; produkty te, działając deprymująco na ośrodki regulujące ciepłotę, obniżają ją, czemu dzielnie pomaga rozszerzenie naczyń skórnych i zwiększone parowanie powierzchni ciała. Objasnienie to w zupełności prawie da się zastosować i do opisanych przypadków, gdyż i tu we wszystkich prawie przypadkach konstатовano białkomocz lub w anamnezie znajdowano choroby, jak szkarlatyna, nie oszczędzające nerek (przypadek Potain'a). W tych razach pierwiastki chorobotwórcze i ich produkty sprawiają również zaburzenie w życiu komórek, wyprowadzając je z równowagi; komórki poczynają więcej wydzielać produktów trujących, które znów nie są w odpowiedni sposób wydalane na zewnątrz wskutek osłabionej działalności nerek. Nagromadzone we krwi substancje działają deprymująco na ośrodki, regulujące ciepło i naczynioruchowe, wskutek tego następuje z jednej strony rozszerzenie naczyń skóry i zwiększone parowanie z powierzchni, z drugiej obniżenie ośrodkowej ciepłoty w zależności od depresji regulatorów ciepła.

Co się tyczy leczenia, to praktyka wykazała, że największą korzyść ze wszystkich środków aptecznych oddaje w tych razach chinina, która obok własności antyseptycznych i tonicznych występuje również jako dzielny regulator wewnętrznej ciepłoty, wywołując skurcz naczyń opuszkowych. Przykładu takiego działania chininy dostarczyła autorowi klinika: chora starszka skarży się na mocny ból brzucha, T-ra in recto 35,9—36,4; obfite wypróżnienia zupełnie nie wpłynęły na zmianę ciepłoty, dopiero proszek siarczanu chininy w ilości 0,6 gr. podniósł ciepłotę do normy. W obec istniejących zaburzeń nerkowych autor oprócz tego radzi utrzymywać skórę w czystości, drażnić ją wycieraniem, do wewnątrz zaś podawać środki moczopędne. *J. Sz.*

215. Dr. SCHUBERT (Reinerz). **Teoryja upustu krwi oraz jego doniosłe znaczenie w lecznictwie.** (*Wien. Med. Woch. N. 18—22, 1894.*)

Badania swoje przeprowadził autor na 250 rozmaitych chorych w ten sposób, że zbierał krew, wypuszczoną z żyły na talerz poczem stawiał go w miejscu spokojnem i chłodnem; po kilkunastu godzinach, niekiedy i wcześniej, następowało mikroskopowe badanie krwi.

Jeżeli mamy do czynienia z krwią normalną, zdrową, wtedy znajdujemy u wierzchu jasną przezroczystą surowicę krwi, około $\frac{1}{3}$ całej objętości, poczem idzie skrzep krwi, który zajmuje całą powierzchnię talerza, przylegając wszędzie do brzegów i dna. Powierzchnia skrzepu jest jasno-czerwoną, spodnia część ma barwę czarno-czerwoną. Skrzep ten powinien przy cięciu nożem dawać powierzchnię gładką i równą.

Krew ludzi chorych daje rozmaitego rodzaju zboczenia od opisanej normy. Autor zauważył jednakże, że przy pewnego rodzaju chorobach otrzymujemy zawsze jeden i ten sam obraz skrzepniętej krwi.

Dalej powiada autor opierając się na swych badaniach, że białe ciała krwi odkładają się przeważnie w naczyniach włosowatych skóry, zapychają tam naczynia krwionośne, tamują krążenie, upośledzają czynność serca, i sprowadzają przyływ krwi do narządów wewnętrznych.

Gromadzenie się białych ciałek krwi ma miejsce i w innych narządach, jeżeli w nich powstają pewne zaburzenia, wywołujące długotrwały skurcz naczyń włosowatych, lub też bezczynność narządu wskutek bezwładu.

Na potwierdzenie słów swoich przytacza autor szereg przypadków, w których upust krwi stosował.

Białe ciała krwi uważa autor za obumarłe elementy krwi, które w warunkach normalnych dostają się na powierzchnię ciała, aby tam za pośrednictwem czynności skóry uległy wydaleniu z ustroju. Jeżeli czynność skóry ulega pewnym zaburzeniom, wte-

dy wydzielanie wstrzymuje się, gdy tymczasem wytwórczość oraz obumieranie ciałek krwi nadal postępuje. W skutek tego początkowo naczynia włosowate skóry, a potem i mniejsze i większe żyły ulegają przepelnieniu obumarłymi ciałkami krwi i wywołują stan, znany pod nazwą białaczki i niedokrewności złośliwej.

Do przyczyn wywołujących gromadzenie się białych ciałek krwi w naczyniach włosowatych skóry wlicza autor również ostre choroby zapalne oraz dziedziczność.

Ponieważ krążenie napotyka przeszkody w skórze wskutek tego krew napływa do narządów wewnętrznych i sprowadza ich przekrwienie. Serce musi silnie pracować, aby przemódcz nadmiar ciśnienia, wskutek czego tętno się przyspiesza.

Co robić wypada, aby przywrócić prawidłowe stosunki?

1-o Powiększyć siłę pędzącą.

2-o Usunąć przeszkody.

Siłą jest tu serce—przeszkodami zaś obumarłe ciałka krwi, oraz ich rozpad.

Terapija ma tu wyraźne wskazanie: wzmocnienie czynności serca, oraz usunięcie przeszkód. Wpływ jednak na czynność serca bywa zwykle ograniczony, cały szereg metod, którym bezpośredni wpływ na wzmożenie czynności serca przypisują, działa jedynie pośrednio: podnosi akcję serca przez usunięcie przeszkód.

Upusty krwi—zajmują naczelnie miejsce pomiędzy środkami, które mają za zadanie usunąć obumarłe ciałka krwi. Działanie ich jest bezpośrednie a wskutek tego i niezawodne.

Upust krwi wywołuje prawie zawsze silne poty, z tego względu autor uważa go za znakomity środek napotny.

Bardzo doniosłe, powiada autor, znaczenie mają wyżej podane stosunki cyrkulatoryjne dla rozjaśnienia kwestyi usposobienia do chorób (Krankheitsdisposition). Określenie pojęcia „usposobienie“ było dotąd bardzo niedostatecznym, brakło bowiem klucza do tego.

Badania krwi przez autora podjęte są właśnie owym kluczem, za pomocą którego z łatwością można sobie objaśnić usposobienie do jakiej bądź choroby. Dla przykładu wybiera pomiędzy innymi autor suchoty płucne.

Wierzchołki płuc najwcześniej bywają przez sprawę gruźliczą zajęte, ponieważ przy powierzchownym oddechu najmniej w nim udziału przyjmują. Krążenie odbywa się tu leniwie i wskutek tego wywiązują się warunki, sprzyjające gromadzeniu się białych ciałek krwi. Najwięcej jednakże powierzchownie oddychają właśnie osoby z habitus phthisicus, których usposobienie do gruźlicy ogólnie uznanem zostało.

Autor przypuszcza, że obfite odkładanie się obumarłych ciałek krwi trzeba właśnie za usposobienie do choroby uważać. Na przykład wierzchołki płuc, zawierając w pewnych wypadkach przeważnie białe ciałka krwi, przedstawiają dla wkraczającego lasecznika gruźlicznego bardzo podatne podłoże.

Na zakończenie podaje autor te choroby, w których podług niego upust krwi jest wskazany. Zalicza on tu: blednicę, t. zw. niedokrewność, bóle głowy 95⁰/₀ przypadków, kongestyje, zawroty głowy, kurcze, nerwobóle, ostry i przewlekły gościec mięśniowy i stawowy, ostre zapalenie płuc, grypa wraz z następstwami, dalej wykwitły skórne, furunculosis; wreszcie uważa autor upust krwi za najlepszy środek przeciwko dolegliwościom klimakteryj! zaleca go gorąco przy apopleksyi, oraz przy wszelkich krwawieniach: zbyt obfita miesiączka, krwotoki hemoroidalne.

H. Kucharzewski.

215. Prof. von NOORDEN i Dr. CARL DAPPER. **O przemianie materji u ludzi otyłych przy leczeniu obchudzającym.** (*Berl. Klin. Woch. Nr. 24. 1894.*)

W artykule, noszącym taki ogólny tytuł, nie znajdzie czytelnik szczegółowych, liczbowych danych. Z szeregu licznych spostrzeżeń, dokonywanych przez wiele lat autorowie przytaczają tylko te szczegóły, które tyczą się przemiany materji białkowych, jest bowiem rzeczą bardzo ważną wiedzieć, czy zwykle praktykowane sposoby leczenia otyłości, osiągając cel swój, t. j. zmniejszając zapas tłuszczu, nie powodują czasem jednocześnie strat w zapasie ciał białkowych. Niejednokrotnie zjawiające się u osób otyłych w czasie leczenia osłabienie serca i muskulatury wskazywałoby, że tak jest rzeczywiście, a w takim razie mielibyśmy do rozstrzygnięcia drugie bardzo ważne pytanie, w jaki sposób najlepiej możnaby przy leczeniu otyłości uniknąć utraty materji azotowych, których dostateczny zapas jest niezbędnym warunkiem trwałości, siły i sprawności organizmu. Jedynie dokładne badania nad przemianą materji w czasie leczenia otyłości mogą rozstrzygnąć te tak ważne w praktyce kwestyje.

Wszystkie sposoby leczenia otyłości mają na celu wytworzenie pewnego deficytu pomiędzy potrzebami organizmu i zaspokojeniem tych potrzeb, aby tym sposobem zmusić organizm do zużywania własnego zapasu ciał, mogących uleść spalaniu. Deficyt ten można osiągnąć przez zwiększenie rozchodu (zwiększona praca mięśni) i ograniczenie przyjmowania pokarmów, ulegających w organizmie utlenianiu. Wszystkie inne środki, jako to: wody mineralne, kąpiele, środki napotne i odciągające wodę i t. p. grają podrzędną rolę i mogą być tylko uważane za środki pomocnicze.

Otóż, jeżeli zdrowego człowieka leczyć w taki sposób, można stwierdzić badaniem przemiany materji, że w tym razie obok utraty tłuszczu ma też miejsce, chociaż w mniejszym stopniu, utrata ciał białkowych, której wielkość nie tyle jest zależną od składu pokarmów, ile od wielkości deficytu w pożywieniu w ogóle a także, jak spostrzeżenia własne autorów wykazały, od indywidualnych własności organizmu, na co dotąd nie zwracano wcale uwagi.

O wpływie zaś leczenia na przemianę materii u ludzi otyłych wnoszono dotąd ze spostrzeżeń, dokonywanych na ludziach zdrowych i na zwierzętach głodzonych. Ztąd wiadomem było, że leczeniu temu towarzyszyć mogą znaczne utraty ciał białkowych i z tego powodu wiele mówiono o potrzebie zaoszczędzenia białka, a ten i ów zalecał swoją metodę leczenia, jako jedynie mogącą zadość czynić temu wymaganiu (leczenie Banting'a, Oertel'a, Ebstein'a etc.).

Dopiero w ostatnich czasach Noorden i Dapper, a jednocześnie i F. Hirschfeld podjęli szereg badań nad przemianą materii przy leczeniu otyłości. Rezultaty tych badań były wręcz sobie przeciwne, bo, gdy pierwsi dwaj autorowie na jednym przypadku doszli do przekonania, że u ludzi otyłych, w przeciwieństwie do tego, co ma miejsce u ludzi zdrowych, znacznym utratom tłuszczu może nie towarzyszyć utrata białka, Hirschfeld przeciwnie we wszystkich przez siebie obserwowanych przypadkach stwierdził nieraz bardzo znaczne straty w zapasie ciał białkowych i na podstawie tego stanowczo twierdzi, że obchudzanie ludzi otyłych musi zawsze się łączyć z utratą ciał azotowych, która za sobą nie pociąga żadnych złych skutków.

Ta niezgodność wniosków pobudziła Noordena i Dappera do podjęcia na nowo dawniej prowadzonych doświadczeń. Spostrzeżenia ich dotyczą chorych, z których trzech znajdowało się pod obserwacją w ciągu miesiąca, a jeden przez dwa tygodnie, przytem ilość podawanych pokarmów była taką, że z początku zaspakajała $\frac{3}{5}$, a później jeszcze mniejszą część potrzeb organizmu; ztąd też i deficyt w odżywianiu był większy, niż w przypadkach Hirschfelda, bo gdy chorzy tego ostatniego tracili dziennie na wadze 79—150 grm., czyli średnio 114, to chorym Noordena i Dappera ubywało na wadze 135—185 grm. dziennie. Pomimo to ci ostatni chorzy nie tracili materij azotowych z wyjątkiem jednego, u którego przy kolosalnych stratach na wadze, wynoszących średnio 310 grm. na dobę, nie można było uniknąć nieznacznych strat ciał białkowych. Na podstawie tych spostrzeżeń autorowie wyprowadzili następujące wnioski.

1. W szeregu doświadczeń na 8 ludziach otyłych u 6-u udało się całkowicie zabezpieczyć zapasy białka od straty i te ostatnie ograniczyć tylko do tłuszczów i wody.

2. Żadna z powszechnie używanych metod leczenia otyłości nie zabezpiecza napewno od straty ciał białkowych. U jednego cel ten osiągnąć można za pomocą tej, a u drugiego za pomocą innej metody, przytem niepodobna jest zawsze z góry określić, przy jakim składzie pokarmów u danego osobnika cel ten może być na pewno osiągnięty.

3. W każdym razie nie należy wszystkim chorym zalecać jednej i tej samej metody leczniczej (np. wyłącznie mięsnej dyjety), lecz trzeba każdemu choremu dyjetę urządzić tak, żeby

skład pokarmów odpowiadał mniej więcej temu, do jakiego chorey był przyzwyczajony. Leczenie więc trzeba indywidualizować i ograniczenia w pokarmach powinny więcej dotyczyć ilości, niż jakości tych ostatnich.

4. W czasie leczenia należy ciągle kontrolować bilans organizmu, gdyż dyjeta najlepiej zastosowana z czasem może stać się niestosowaną, a wtedy dodanie kilku gramów białka, lub węglowodanów może powstrzymać tendencję organizmu do tracenia zapasu białka.

5. Doświadczenia te przekonały autorów, że zastosowanie wód mineralnych Kissingen Rakoczy lub Credoquelle w Harzburgu jest pożyteczne, gdyż przytem straty na wadze zwiększają się. Mylnie przypisywanej tym wodom własności zwiększania rozkładu białka autorowie nie stwierdzili.

W zakończeniu swej pracy autorowie zachęcają do kontrolowania przemiany materij przy leczeniu otyłości i do niezrażania się trudnościami, jakie przedstawia ta analiza przynajmniej u takich chorych, których odporność organizmu budzi pewne obawy.

W. Dąbrowski.

216. LASSERRE. **Dyjeta w białkomoczu.** (*Du regime alimentaire dans l'albuminurie. Gazette des Hopitaux, 1894, Nr. 44*).

Najczęstszą przyczyną białkomoczu bywają cierpienia nerek, zważywszy przeto, że rola nerek polega na usuwaniu końcowych produktów przemiany materij, ostatnich rezultatów procesów chemicznych, jakim ulegają ciała, służące dla odżywiania ustroju, kwestyja dyjety u tego rodzaju chorych na pierwszym musi stać planie. Niedawno jeszcze kuracyja wyłącznie mleczna u albuminuryków była powszechnie i bez zastrzeżeń stosowana, obecnie jednak po ostatnich pracach Labadie-Lagrave'a, Lecorche i Talamone, jak również gorących dyskusyjach, jakie od roku 1892 toczą się w paryskim Tow. Lek., pytanie, jakie pożywienie dawać winniśmy w białkomoczu, weszła znów na porządek dzienny. Podobnie jak i w innych chorobach wskazania lecznicze w cierpieniach nerek wypływają wprost z rozważania roli tych organów w ustroju, a zatem dla zadosyć uczynienia tym wskazaniom postawić sobie musimy następujące zadania:

1⁰ Ułatwić nerkom spełniania ich czynności, t. j. pomagać jaknajobfitszemu usuwaniu z ustroju trujących dlań związków które zgromadzają się w nim, jako rezultat ogólnej przemiany materij. Pierwszem przeto staraniem naszym jest sprzyjać diurezie.

2⁰ Ograniczyć do minimum wprowadzanie do ustroju ciał, działających jadownicie na nerki, łatwo fermentujących, albuminoidów. One to dają początek wyciągowym substancyjom, jak kreatyna, kreatynina, ksantyna, tyrozyna, leucyna i inne, które przedstawiają jady, szczególniejsz szkodliwe dla nerek. Według do-

świadczeń Gaucher'a wprowadzenie do ustroju związków tych (za pomocą wstrzykiwań) wywołać możemy sztucznie obraz zapalenia nerek i białkomoczu, wskutek swoistego ich wpływu na nabłonek nerkowy.

3^o Zmniejszyć białkomocz, zależny od sposobu żywienia chorego. Zdawałoby się, że cel ten łatwo dalby się osiągnąć w podobny sposób, jak w cukrzycy, gdzie, zmniejszając dowóz cukru, zmniejszamy i cukromocz; tem bardziej, że od czasu Claude-Bernarda znany jest fakt zjawiania się białkomoczu u ludzi zupełnie zdrowych po spożyciu zbyt wielkiej ilości białka pod postacią naprzykład jaj. Jednakże ściślejsze badania dowiodły, że białkomocz ten nie należy od przesylenia krwi białkiem (hyperalbuminosis), lecz od wessania z przewodu pokarmowego związków trujących, szkodliwie działających na nabłonek nerkowy.

Związki te wytwarzają się w przewodzie pokarmowym przy nienormalnym procesie trawienia, powstałym wskutek przeładowania białkanami. Ze wszystkich pokarmów mleko najwięcej odpowiada wyżej wymienionym wskazaniom, jednocząc w sobie własności środka odżywczego i leku, a mianowicie:

1. Posiada ono wybitne działanie moczopędne.
2. Nie zawiera i nie wytwarza ciał, szkodliwie działających na nerki.
3. Zawartość białka jest w niem stosunkowo nieznaczna i przy tem w lekkostrawnej postaci.

Zdaniem autora dyjeta wyłącznie mleczna jest bezwarunkowo wskazana w ostrych zapaleniach nerek i ich przekrwieniach, w sprawach zaś przewlekłych, w chronicznym białkomoczu w pewnych wypadkach bywa ona wskazaną, w innych zaś bezużyteczną, a często wprost szkodliwą.

Przy stosowaniu wyłącznie mlecznej dyjety radzi autor trzymać się następujących przepisów:

1. Zaczynać zawsze od niewielkich ilości, podawanych w regularnych odstępach czasu.
2. Podawać mleko nieprzetworzone (łatwiej strawne) zimne; jedynie przy skłonności do biegunek można je mięszać z gorącą wodą.

3. Jeśli smak mleka staje się wstrętnym dla chorego, maskować go trzeba dodatkiem kawy, lub zastąpić mleko kefirem.

4. Po każdym spożyciu mleka płókać dokładnie usta.

5. Jeżeli po 3—4 tygodniach ściśle mlecznej kuracji białkomocz nie ustaje zaprzestać należy dalszego jej użycia.

Po dłuższem stosowaniu wyłącznie mlecznej dyjety występują poważne zaburzenia w trawieniu, których w chorobach nerek tak wielce unikać trzeba. Prócz tego wiadomo, że jeżeli w 4—5 litrach mleka (maximum jakie może znieść człowiek na dobę) zawiera się ilość białka wystarczająca na potrzeby ludzkiego ustroju, o tyle węglowodanów znajduje się zbyt mało. Przy

takim więc sposobie odżywiania zjawia się zawsze w końcu ogólne wyniszczenie, charłactwo.

Dyjetę więc ściśle mlecznej ad infinitum stosować nie możemy i zmuszeni jesteśmy prędzej czy później przejść do pokarmów mięsnych.

Dyjetę mięszaną rozpoczynać winniśmy przede wszystkim od pokarmów roślinnych, jako bogatszych od mleka w wodany węgla, a zawierających niezbyt wiele substancyj azotowych; dajemy więc potrawy mączne, jarzyny lekkostrawne, owoce, z tłuszczów; na pierwszym miejscu postawić trzeba świeże masło. Później nieco dodać można (tem bardziej przy grożącej anemii) proszek mięsny, mięso pieczone tarte lub tłuczone i jaja.

Co do jaj jednak, to niektórzy klinicyści (Semmola, Senator) są im absolutnie przeciwni, autor dozwala je spożywać choć zawsze w niewielkiej ilości. Prócz tego jaja na mięko podawać można, zdaniem autora, tym tylko osobnikom, których trawienie znajduje się w zupełnie normalnym stanie i u których białko peptonizuje się już w żołądku. Co się tyczy gatunków mięsa, to wskazane są mięsa białe (drób', cielęcina, ryby), zwierzyny zaś i raków autor używać nie radzi.

Za napój najlepiej jest dawać lekką herbatę lub wodę alkaliczną (Vals, Giesshübler); u silnie anemicznych właściwsze są wody, zawierające związki wapienno-żelaziste (Contrexéville etc.). Trunków, napojów wyskokowych a szczególnie piwa (z powodu zawartości znacznej ilości substancyj wyciągowych) zabrania Lasserre stanowczo, robiąc jedynie wyjątek dla dobrego lekkiego wina czerwonego.

Wszystko to, co było powiedziane wyżej, stosuje się i do chronicznych białkomoczków. Zawsze rozpoczynać należy od dyjetę mlecznej, jeżeli chory nie jest zbyt anemiczny i osłabiony; po 3—4 tygodniach przejść należy do dyjetę mięszanej. Skoro jednak występują objawy mocznicowe, zaburzenia ze strony serca lub znaczne zmniejszenie wydzielania moczu, winniśmy niezwłocznie powracać na czas pewien do ściśle mlecznej dyjetę, mając jednak zawsze na uwadze to, że zarówno jak mocznica groźne są dla ustroju anemija i charłactwo, nieodłączne towarzyski zbyt długotrwałej mlecznej kuracyi. *K. Wisłocki.*

217. Dr. PIELICKE. (Berlin). **Poszukiwania bakteriologiczne podczas epidemii grypy w 1893—94 r.** (*Berlin. Kl. Woch. 23, 1894.*)

Autor przeprowadził badania swoje w szpitalu miejskim na Moabicie w Berlinie nad 35 przypadkami, które z punktu widzenia klinicznego za grypę przyjęto.

Przedewszystkiem badał autor plwocinę chorych kilkakrotnie w każdym przypadku na laseczники grypowe. Plwocina była o ile można jałowo zbierana, poczem opłókiwana wyjałowioną wodą.

W 15 przypadkach wykrył autor w płwocinie laseczniki grypowe, bądź w kształcie wyraźnych pałeczek, bądź też diplokoków, to w znacznej ilości, to znów w bardzo niewielkiej, leżące swobodnie lub też wewnątrz ciałek ropnych, zupełnie tak jak to Pfeiffer podawał.

Pomiędzy 15 temi przypadkami było 5 przypadków zapalenia płuc grypowego. Z pozostałych przypadków szczególnie jeden zasługuje na wzmiankę, w którym właściwe rozpoznanie postawionem zostało jedynie na podstawie badania bakteriologicznego. Przypadek ten dotyczył młodego człowieka, który wstąpił do szpitala z wysoką gorączką i gwałtowną biegunką. Początkowo przypuszczano, że jest to tyfus brzuszny lub też ostry nieżyt kiszek. Drugiego dnia dopiero wypluł chory nieco śluzowej płwociny, w której wykryto laseczniki grypy prawie że w czystej hodowli.

W 5 tylko przypadkach grypy na 15 badanych udało się autorowi otrzymać swoiste laseczniki w czystej hodowli na agarze ze krwią.

Badanie to odbywał autor podług wskazówek Pfeiffra w następujący sposób. Mały kłaczek płwociny, w którym uprzednio wykryto obecność laseczników, rozciera się w jałowym buljonie, poczem szczepi się kilka kropel tego buljonu na agarze ze krwią oraz jednocześnie dla kontroli i na zwykłym agarze glicerynowym. Przy dodatnim wyniku szczepienia otrzymujemy po 24 godz. kolonie grypowe na agarze ze krwią, gdy tymczasem epruwetki z agarem glicerynowym pozostają jałowemi, lub też rozwijają się w nich inne drobnoustroje, w płwocinie się znajdujące.

Laseczniki grypy, w ten sposób otrzymane były prawie dwa razy grubsze od znajduwanych w płwocinie i dopiero po dłuższym hodowaniu na odżywkach powróciły do pierwotnych małych kształtów, przyjętych przez Pfeiffra za typowe.

Co do wrzekomego lasecznika grypowego Pfeiffra (pseudo-influenza bacillus), to autor na podstawie swych badań uważa go za identyczny z prawdziwym lasecznikiem. Różnica polega jedynie na wielkości i zależną jest od rozmaitych właściwości odżywek.

Nie we wszystkich jednakże przypadkach udało się autorowi na podstawie hodowli udowodnić obecność laseczników influenzy, przyczyny tego szukać należy w tem, że przypadki te nie należały już do świeżych lub też nie były to już czyste przypadki grypy.

W jednym tylko przypadku badał autor krew, wynik był ujemny, wszystkie hodowle pozostały jałowemi.

Nie u wszystkich chorych na grypę wykryto laseczniki Pfeiffra, znaleziono natomiast rozmaite inne drobnoustroje, diplokokki, streptokoki i t. d.

Wskutek tego przychodzi autor do wniosku, że kliniczny obraz grypy mogą wywoływać i inne drobnoustroje nie zaś wyłącznie laseczniki, wykryte przez Pfeiffra; wskutek tego każdy przypadek, podejrzany o grypę, powinien być bakteryjologicznie badany dla postawienia stanowczego rozpoznania.

H. Kucharzewski.

218. J. WEISS. **Przyczynek do kazuistyki Ascites chylosus.** (*C. f. inner. Med. N. 29, 1894*).

Do chwili obecnej wiadomych jest 48 przypadków znalezienia w puchlinie brzusznej mlecza, z tych Bargebuhr, który sprawie tej poświęcił oddzielną monografię uważa 22 przypadki za niepewne 2 za bardzo niepewne; pozostają zatem tylko 24 przypadki w piśmiennictwie, o których z pewnością twierdzić możemy, iż mleczko było w jamie otrzewny w jej puchlinie.

Przyczyny bywają dwojakie „ośrodkowe“ gdzie dotknięty jest ductus thoracicus oraz obwodowe, jeśli cierpią naczynia chłonne obwodowe. Autor podaje jeszcze jeden przypadek tego cierpienia, obserwowany na klinice prof. Drasche, dotyczący 36 letniego mężczyzny, który od 2 miesięcy zauważył silne powiększenie się brzucha, a od 6 miesięcy cierpi na częsty brak łaknienia, wymioty, bóle. Przy badaniu stwierdzono obecność płynu w jamie otrzewny oraz powiększenie wątroby, stąd sądzono, iż przyczyną puchliny brzusznej jest marskość wątroby. Zastosowano kurację kalomelową bez skutku, tak tamo skutku nie odniosła diuretyna, decoctum Ononidis spinosi, przystąpiono więc do punkcyj i wydobyto z otrzewny 2600 ctm. mlecznego płynu, w którym pod drobnowidzem znaleziono cz. i b. c. krwi, dwie komórki, a badanie chemiczne stwierdziło sole krwi, małe ilości serum gobuliny, serumalbuminę i dużą ilość obojętnych tłuszczów. Po 8 dniach z powodu wysięku do opłucny wypuszczono z niej płyn, a w 3 tygodnie ponowiono przekłócie brzucha i wypuszczono 4750 cm. podobnego do pierwszy raz wypuszczonego płynu. W 2 tygodnie później chory zmarł.

Sekcya, zrobiona przez prof. Weichselbauma wykazała obecność raka żołądka, wtórne raki w naczyniach chłonnych zaotrzewnowych i krezkowych z uciskiem żyły czczej, ucisk ductus thoracicus, rozszerzenie naczyń chłonnych i rakowate ich nacieczenie. W danym zatem przypadku pochodzenie mlecza było zarówno ośrodkowe jak i obwodowe.

J. Ż.

218 b. Dr. I. BOAS. **Przyczynek do nauki o mechanicznej niedomodze żołądka.** (*Deutsch. Med. Woch. N. 28, 1894 r.*)

Zachętą do zabrania głosu w tej kwestyi posłużył autorowi umieszczony niedawno w temże piśmie artykuł prof. Riegel'a, który w swej pracy usiłuje wyodrębnić pojęcie o rozszerzeniu żołądka od pojęcia o niedowładzie (atonii) żołądka i od tych przy-

padków, w których nadmiernie wielki żołądek jest objawem fizyologicznym.

Zdaniem autora wyrazy *ectasia* i *dilatatio ventriculi* nie odpowiadają zupełnie obecnemu stanowi naszej wiedzy, gdyż określanie wielkości żołądka jest najmniej odpowiednim kryterium dla rozpoznawania cierpienia znanego pod nazwą „rozszerzenia żołądka”. Miernik ten jest tem nie odpowiedniejszy, że o wielkości żołądka sądzą zwykle z położenia wielkiej krzywizny (*curvatura major*) i gdy ta ostatnia przebiega poniżej pępka, natenczas napewno wnioskuje, że żołądek jest rozszerzony (*Leube*). Tymczasem takie położenie krzywizny może mieć miejsce i przy opuszczonym tylko żołądku i przy fizyologicznie wielkim lub prostopadle stojącym żołądku, a także przy niedowładzie żołądka.

Również nieodpowiednim miernikiem do rozpoznawania t. z. rozszerzania żołądka jest określanie jego objętości za pomocą wypełniania go wodą lub powietrzem, gdyż stopień elastyczności ścianek żołądka nie jest równoznaczny z utratą siły muskularnej tego organu i żołądek łatwo dający się rozciągnąć może bardzo dokładnie wydalać swą zawartość, gdy tymczasem odwrotnie normalnie wielki i trudno rozszerzający się żołądek może nigdy nie być pustym.

Daleko pewniejszą oznaką „rozszerzania żołądka“ są takie objawy jak pluskanie w czczym żołądku, ruchy robaczkowe, wzdymanie się żołądka, wymioty, zaparcia, zmniejszenie się ilości moczu; tylko że komplet tych objawów właściwym jest już wysokim stopniom rozszerzenia, a tu właśnie najbardziej chodzi o początki, gdyż wtedy właśnie cierpienie może być jeszcze całkowicie usunięte.

Wczesne rozpoznanie cierpienia stanie się możliwem wówczas, gdy, zamiast na położenie i wielkość żołądka, zaczniemy zwracać uwagę na jego sprawność.

Już *Rosenbach*, *Schreiber* i *Naunyn* zwrócili uwagę na stosunek pomiędzy wielkością żołądka, a jego mechaniczną sprawnością, tak że *Naunyn* zupełnie nie używa terminu „rozszerzenie żołądka“, zastępując go nazwą „niedomoga żołądka“. *Boas* też niejednokrotnie mógł stwierdzić, że przy normalnej wielkości żołądka może mieć miejsce zatrzymywanie się pokarmów i dla tego też żąda, aby termin „rozszerzenie żołądka“ zupełnie porzucić i przy rozpoznawaniu stanu znanego pod tą nazwą kierować się nie położeniem i wielkością żołądka, lecz oceną jego sprawności.

Wobec tego rodzi się pytanie, czy są niezawodne sposoby stwierdzenia mechanicznej niedostateczności żołądka i jakie one są? Istnienie niedomogi żołądka można stwierdzić na pewno za pomocą próbnego objadu *Leube-Riegela*, a stopień tego cierpienia za pomocą próbnej wieczerzy (*Boas*), składającej się z zimnego mięsa, bułki z masłem i szklanki herbaty. Jeżeli po takiej wieczerzy na drugi dzień rano żołądek będzie zawierał resztki po-

karmowe natenczas będziemy mieli do czynienia z ciężką mechaniczną niedomogą, jeżeli zaś żołądek będzie pusty to, względnie do tego czy przed tem wykonana próba Leube-Riegel'a wykazała normalne lub też zapóźnione opróżnianie się żołądka z pokarmów, będziemy mieli do czynienia z normalnym pod względem sprawności żołądkiem, lub też z niewielkim stopniem niedomogi mechanicznej. Boas więc rozróżnia dwa stopnie niedomogi mechanicznej. Przebieg, rokowanie i leczenie w każdym z tych cierpień jest inne.

Przebieg niedostateczności pierwszego stopnia, czyli t. zwanej dotąd atonii, a według nomenklatury Boasa myasthenii, jest chroniczny, a objawy, analogiczne do objawów t. zwanej chronicznej dyspepsy, mniej charakterystyczne, niż w niedomodze drugiego stopnia. Objawy te są następujące: uczucie pełności, ucisku, odbijania, brak apetytu na przemian z wilczym apetytem, a przy wyższych stopniach atonii—wymioty, które różnią się od wymiotów przy drugim stopniu niedomogi tem, że masy wymiotne nie zawierają produktów rozkładu i gnicia, a jeżeli wymioty mają miejsce na czczo, to masy te składają się wyłącznie z soku żołądkowego, żółci i śluzu. Żołądek przy tem cierpieniu opróżnia się trudniej, lecz naczczo jest pusty, lub zawiera trochę soku żołądkowego, śluzu i żółci. Czworniaków i drożdży nie znajdujemy prawie nigdy w zawartości takiego żołądka, a drobnoustrojów b. mało.

Prognoza w większości wypadków jest dobra, jednakże łatwo mogą następować powroty choroby.

Niedomoga drugiego stopnia (Staungsinsuffizienz) spowodowana jest albo zwężeniem odźwiernika, albo też nadużyciem w jadle i piciu, czemu mogą jeszcze przyjść w pomoc zmiany w muskulaturze żołądka. Przejścia zaś atonii w drugi stopień niedomogi Boas nigdy nie widział. Prognoza w tem cierpieniu jest o wiele gorsza, niż przy atonii, jakkolwiek zdarzały się autorowi wypadki niewątpliwego wyleczenia. Najgroźniejszym objawem jest naturalnie wycieńczenie, przeciw któremu trudno nieraz coś zaradzić.

Leczenie w obu tych stanach jest różne, wspólną jest tylko zasada nieobarczania żołądka pokarmami i płynami i w tym celu ostatnie powinny być wzbronione, a pokarmy powinny być podawane w niewielkich ilościach. W obu też tych stanach wskazanem jest przyspieszenie wydalania zawartości żołądka, czy to za pomocą leków, czy też masażu, elektryczności, hydroterapii.

Przy niedostateczności drugiego stopnia skutek stagnacji ma miejsce gnicie i rozkład pokarmów i dla tego też należy ograniczyć ilość spożywanych węglowodanów i tłuszczów, co przy zwykłej atonii jest niepotrzebne.

Przeplókiwania żołądka, podawanie środków przeciwniejących (kwasu salicylowego), karmienie przez kishkę prostą, niezbędne przy niedostateczności drugiego stopnia jest zbytecznym,

a nawet szkodliwym przy zwykłej atonii. Naturalnie że operacyjna pomoc jest niezbędną tylko w ciężkich stopniach niedomogi, gdy wyżej wskazane środki zawiodą.

W zakończeniu autor wyraża nadzieję, że z powodu tak ścisłego rozróżnienia tych 2 form nikt go nie posądzi o doktrynerstwo, gdyż, jak starał się wykazać, rozróżnianie 2 stopni niedomogi żołądka jest ważne ze względu na rokowanie i leczenie tych cierpień.

W. Dąbrowski.

III. Choroby dzieci.

219. E. WEILL. **Szczególny objaw u dzieci gruźlicznych.** (*Lyon Médical. N. 20 i 21, 1894*).

Objaw ten zawiera się w uczuciu nadzwyczajnego zimna na całym ciele, w spólczesnem znacznem obniżeniu się ciepłoty ciała, dającym się zmierzyć ciepłomierzem, w sinicy twarzy i kończyn i w zmianie krwi i moczu.

Aby wystąpiły te zmiany wystarcza tylko podnieść chorego z łóżka, a gdy chory znowu się położy, to wszelkie zmiany powoli znikają. Objaw ten jest przejściowy i bywa mniej lub więcej wybitny. W pierwszych razach potrzeba tylko chorego podnieść z łóżka, a w innych oprócz tego należy w miejsce ciepłej poddać chorego działaniu ciepłoty umiarkowanej lub chłodnej. Objaw ten u tego samego chorego raz występuje łatwiej, drugi raz trudniej, lub nawet wcale się nie zjawia.

Uczucie zimna występuje w ogóle w kwadrans lub półgodziny, czasem nawet w chwili, gdy chory wstaje. Obniżenie się ciepłoty ciała jak obwodowej tak i centralnej uwydatnia się więcej, jeżeli chory jest w stanie gorączkowym.

Są przypadki, w których obniżenie się ciepłoty obwodowej istnieje samo, podczas gdy ciepłota centralna pozostaje bez zmiany. Obniżenie ciepłoty ciała towarzyszy wystąpieniu sinicy kończyn i twarzy. Barwa sina niekiedy jest bardzo wyraźną, a czasami zaledwie daje się spostrzeżać. Objawy sinicy wraz z oziębieniem odczuwane bywają boleśnie przez chorych. Skarżą się na zimno w paznogiach i na kończynach występuje przejściowa nadczułość przy dotykaniu. Krew, otrzymywana przez ukłucie palca, wskazuje znaczne zwiększenie się ilości ciałek czerwonych. Krzywa sfigmograficzna tętna promieniowego wskazuje skurcz tętnicy. Metodyczna perkusya śledziona wskazuje stałe powiększenie stopienia śledziona.

Zmiana moczu, zbieranego w okresie sinicy, polega na zwiększeniu ilości mocznika i fosforanów i głównie na zjawieniu

się białka. Ilość białka może być bardzo znaczna i białkomocz musi trwać kilka godzin.

Autor znajdował te zmiany tylko u dzieci, dotkniętych gruźlicą płuc, i zauważył, że występują niezależnie od diety, pory roku, formy klinicznej gruźlicy płuc, przewagi tego lub innego objawu, jak na początku choroby, tak również i w okresach daleko posuniętych.

Autor objaśnia te zmiany powstaniem zaburzenia w układzie nerwowym naczynioruchowym. Zaburzenie to sprowadza skurcz tętnic, przyływ krwi żyłnej do powierzchni ciała, zmianę krwioobiegu w organach wewnętrznych i oziębienie ciepłoty ciała.

Rabek.

220. P. LE GENDRE et A. BROCA. **Leczenie moczenia mimowolnego u dzieci.** (*Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants. Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Fevrier 1894.*)

U dziecka, dotkniętego mimowolnym moczeniem, należy przedewszystkiem zbadać organy moczopłciowe, często bowiem wadę tę warunkują: stulejka (phimosis), zwężenie ujścia cewki lub też hypospadiasis. U dziewcząt wypływ moczu stały lecz częściowy może mieć miejsce wówczas, gdy jeden z moczowodów ma ujście do pochwy, wówczas wykonana operacja w celu przeniesienia ujścia moczowodu do pęcherza może usunąć powyższą wadę.

Gdy żadne z powyżej opisanych zбочeń rozwojowych nie ma miejsca, należy jeszcze przedsięwziąć badanie pęcherza zglębniakiem lub cewnikiem, a to w celu przekonania się, czy w pęcherzu nie ma kamienia badanie to jednocześnie daje możliwość oceny możliwości niedowładu (atonii) zwieracza pęcherza. Nie należy zapominać, że na drodze refleksyjnej mimowolne moczenie może powstawać przy podrażnieniu kiszki prostej glistami (*oxyuris vermicularis*), lub też wskutek nadmiernej kwaśności moczu albo obfitości moczanów.

We wszystkich powyżej nakreślonych stanach mimowolne moczenie jest objawowe—symptomatyczne, leczenie takowego polega na leczeniu cierpienia zasadniczego, wzmożoną zaś pobudliwość (*l'irritabilité vesicale*) pęcherza, jeżeli ona istnieje, można łągodzić belladonną.

W kategorii moczenia mimowolnego esencyjonalnego (zasadniczego) (*l'incontinence essentielle*) wyróżnić należy rozmaite stany. Istnieje atonia, niedostateczny rozwój zwieracza cewkowego, w tych razach wskazaną będzie faradyzacja zwieracza bądź za pomocą specjalnej elektrody wewnątrzcewkowej, bądź też ustawiając elektrodę na kroczu.

W innych razach omawiane cierpienie powstaje na tle histeryi, przy znieczuleniu błony śluzowej cewki moczowej—lecze-

nie polega na leczeniu cierpienia zasadniczego i faradyzacji cewki moczowej.

Obok histeryi mimowolne moczenie wywołać mogą napady padaczki wówczas u chorego znajdujemy inne dowody minionego ataku (ukąszenia języka, podbiegi na łącznicy).

Istnieje odrębna kategoria mimowolnego moczenia nocnego powstała na tle psychopatycznym (psychopathie urinaire) kończąca się zazwyczaj w wieku dojrzałym na istotnej hypochondrii moczopłciowej. U tych subiektów urynowanie dzienne bywa normalne lub też bywa częste i gwałtowne albo też moczenie mimowolne bywa i nocne i dzienne.

Leczenie tego rodzaju chorych powinno być psychiczne, oparte na sugestyi; nie należy takich dzieci karać, natomiast należy wzbudzić w nich ufność w siebie samych w pokonywaniu tej wady, a to starając się, aby noce im przechodziły na sucho.

W tym celu należy starać się o wywołanie lżejszego snu, podając dzieciom wieczorem nieco herbaty lub lekkiej kawy dając im posłanie twardsze, w końcu należy dzieci budzić dla oddania moczu; tą drogą można dzieci przyzwyczaić do budzenia się w pewnym czasie.

Dodać należy, że wada ta zwykle ustępuje z nastąpieniem dojrzwania.

W ogóle w leczeniu mimowolnego moczenia należy kierować się następującymi wskazówkami.

Jeżeli dziecko jest anemiczne lub w okresie zdrowienia po chorobie ostrej podawać należy środki tonizujące, żelazo, kąpiele Środki moralne (napomnienia) są zwodnicze, kary są szkodliwe, gdyż tylko potęgują stan nerwowy.

Ze środków mechanicznych niektóre są bezużyteczne i niebezpieczne jak: balonik elastyczny (poire élastique) wprowadzany do odbytnicy lub pochwy, podwiązywanie członka lub stosowanie collodium na otwór (preputii) napletka, przyżeganie szyjki pęcherza.

Niektórzy lekarze otrzymali pewne wyniki, dając choremu pozycję pochylą podczas snu tak, żeby nogi były wyżej wzniesione, a to w celu żeby o ile można nie dopuszczać drażnienia przez mocz okolicy zwieracza części prostatycznej.

Ze środków higienicznych najlepiej wieczorem dawać dzieciom mało napojów.

Podczas dnia należy przyuczać dzieci, ażeby jak najdłużej starały się utrzymywać mocz w pęcherzu.

Hydroterapią uważają autorowie jaką rzecz podstawową w leczeniu: kąpiele chłodne nasiadowe, natryski na krocze, obmywania zimne ogólne, natryski na kolumnę kręgową. Można również używać niektórych zabiegów elektryczności statycznej stosowanych na dolną część kręgosłupa, na hypogastrium i krocze.

Środki farmaceutyczne podzielić należy na 2 kategorie:

1) środki zmniejszające pobudliwość pęcherza jak belladonna (Trousseau 1,5,10 do 15 centigramów ekstraktu stosownie do wieku i tolerancji) chloral (0,30 do 2,0), sole bromowe.

2) środki wzmagające kurczliwość zwieracza jak nuxvomica, strychnina, secale cornutum.

Różne środki farmaceutyczne można łączyć.

Jako tonicum dla pęcherza empirycznie polecane bywa rhus aromaticus (extr. fluid rhois aromat. po 10—100 kropel pro die w kilku dawkach w wodzie ocukrzonej). J. Bączkiewicz.

IV. Chirurgija.

221. JAMES ISRAËL. **Spostrzeżenia nad chirurgiją nerek.** (*Erfahrungen über Nierenchirurgie.* (Arch. f. Klin. Chir. B. XVII).

Od roku 1892 do 1893 autor dokonał 81 operacyj w cierpieniach nerek u 68 chorych z następującym wynikiem:

	Ilość.	Śmier- telność.	%
Wycięcie nerek	37	7	18,9
Cięcie na nerkach (nephrotomia)	12	2	16,6
Odłączenie moczowodu wraz z przecięciem miednicy (pelvis) nerkowej	1	0	0
Przyszycie nerek	4	0	0
Próbne przecięcie nerek cięciem sekcijnem	4	1	25
Przecięcie torebki właściwej nerki	1	0	0
Drenowanie po przekłóciu	2	0	0
Próbne wydobywanie nerek wyluszczo-nych	3	0	0
Operacyjne zamknięcie przetoki miednicy nerkowej	1	0	0
Otworzenie ropni okołonerkowych	8	0	0

I. Guzy złośliwe. Z dwunastu operowanych chorych (wycięcie nerek) stracił Israël dwóch. Dodatnie wyniki w obec dawniejszej statystyki objaśniamy udoskonaleniem sposobów badania resp. wcześniejszem rozpoznaniem cierpienia. Szczególny nacisk kładzie autor na dokładne obmacywanie okolicy nerek przy ułożeniu chorego na zdrowym boku. Nowotwory rozlane w postaci nacieczenia, wyróżniające się złośliwością szczególną i skłonnością do przerzutów, mogą nie wywoływać widocznej zmiany kształtu i powiększenia nerki. Badanie moczu nie zawsze dostarcza wskazówek. Na pomyślność przebiegu pooperacyjnego wpływa sposób operowania pozaotrzewnego, przyczem należy

wraz z nerką wyciąć torebkę tłuszczową. Z 10 pomyślnie operowanych chorych nawrót cierpienia nastąpił w 3-ch przypadkach. Na zasadzie 100 doświadczeń Israël stwierdził ujemne działanie chloroformu na nabłonek nerkowy nawet u ludzi ze zdrowymi nerkami; chloroformowi wyłącznie przypisuje jeden przypadek śmierci wkrótce po operacji usunięcia nerki; radzi więc przy operacjach nerkowych, a szczególnie przy wcięciu nerki, podawać choremu możliwie małą ilość chloroformu.

II. Otok nerki wodny (hydronephrosis), ropny (pyonephrosis) i ropnie nerkowe. Cierpienia zapalne często zajmują obie nerki, dla tego też wyniki operacyj otrzymano gorsze niż przy nowotworach.

Co do wyboru rodzaju operacji autor sądzi, że przy otoku ropnym przecięcie nerki należy wykonywać w przypadkach lżejszych, gdy pozostaje dosyć zdrowego miąższu i dostateczny odpływ dla ropy przez miedniczkę i miednicę nerkową; jeżeli jednak istnieje przytem ropień podprzeponowy lub zaotrzewnowy, również w postaciach cięższych, gdy narząd prawie w całości składa się z jam wypełnionych ropą bez dostatecznej łączności z miednicą nerkową wskazanem jest wycięcie nerki, chyba że stan ciężki chorego pozwala tylko na nefrotomię, jako wstęp do możliwie szybkiej nefrektomji wtórnej. Wobec cierpienia obu nerek zmuszeni jesteśmy poprzestać na nefrotomji. Nefrotomija wtórna jest wskazaną, gdy po nefrotomji pozostaje przetoka, przez którą wypływa cuchnąca ropna wydzielina z domieszką krwi alkaliczną.

Sprawa miąższowa, powstała drogą zakażenia wstępującego w drugiej nerce, może uleść przemianie wstecznej po wczesnem usunięciu ogniska pierwotnego; jeżeli przeto po nefrotomji stwierdzamy zakażenie drugiej nerki, należałoby wykonać nefrektomię wtórna. Niestety badanie moczu, spływającego oddzielnie z każdego moczowodu, katetyzacja moczowodów (niebezpieczeństwo zakażenia!) nie dają dostatecznych rozpoznawczych wyników. Gdy po nefrotomji pozostaje przetoka, część ropy pomimo drenowania przedostaje się do moczowodu, a więc i do pęcherza, uniemożliwiając na zasadzie badania uryny wnioskowanie o stanie drugiej nerki i, co gorsze, wytwarzając warunki do jej zakażenia; w podobnych przypadkach jesteśmy w stanie przerwać łączność chorej nerki z pęcherzem przez wszycie odcinka górnego moczowodu do rany skórnej. Że zabieg taki nie przedstawia trudności, dowodzi przypadek cierpienia moczowodu opisany przez autora.

Otok ropny powstaje z wodnego skutkiem zakażenia przez naczyńia krwionośne lub przez pęcherz, wreszcie z zapalenia miedniczek ropnego, prowadzącego do zatrzymania wtórnego uryny. Niejednokrotnie pyonephrosis powstaje z rzeżączki i w ogóle z ropień narządów moczopłciowych; rola zaś gruźlicy jest przeceniana.

III. Otok nerki wodny. Jako czynnik powodujący otok ważną jest ruchomość nadmierna nerki. Znaczniejsze przemieszczenie nerki prowadzi za sobą okręcanie więcej ruchomej części górnej moczowodu i zatrzymywanie uryny; po ułożeniu się nerki w właściwym miejscu drożność powraca. Przy przemieszczeniach częstszych, resp. powtarzającym się zatrzymywaniu uryny nerka traci stopniowo sprężystość; wtedy przy odprowadzeniu narządu splywa tylko część zatrzymanej uryny, wreszcie ściany nerki tracą zupełnie sprężystość, miednica nerkowa znacznie się rozszerza, światło moczowodu zamyka się, nerka opada i pozostaje w niewłaściwym miejscu. Odróżniamy stosownie do tego otok wodny przepuszczający (*intermittens*), zwalniający (*remittens*) i stały (*permanens*). Zmiany położenia nerki wywoływane są najczęściej wysiłkami cielesnymi lub zbieraniem się gazów w żołądku i kiszka.

Zdarza się również, że okręcony bezpośrednio u wyjścia z miednicy nerkowej moczowód skutkiem zastoju żylnego przy przekręceniach, lub skutkiem przejścia sprawy ropnej z miedniczek, przyłgnie w niewłaściwym położeniu, wtedy otok otwarty przechodzi w zamknięty. Po za drogą opisaną istnieją niezaprzeczenie częstsze przyczyny powstawania otoku. W obec braku związku stałego między otokiem przepuszczającym i ruchomością nerki, należy przypuścić, że w pewnych przypadkach napięcie znaczniejsze ciśnienia usuwa przeszkodę, dając odpływ urynie.

Otoki nerek rozwijają się czasami niepostrzeżenie, jeżeli jednocześnie ze wzmagającym się zbieraniem moczu postępuje rozszerzalność ścian nerki.

Co do wyboru operacji autor zaleca:

1) Przekłócie próbne przy zaniku zupełnym mięszu nerkowego (przypadki rzadkie) lub przy przeszkodach przemijających, np. kamieniach, skrzepach.

2) Przyszycie nerki wędrującej, jeżeli nie nastąpiła utrata sprężystości ścian.

3) Wreszcie na korzyść nefrotomji lub nefrektomji przemawia stan nerki, t. j. ilość mięszu sprawnego: przy otokach zastarzałych, dużych przecięcie jest bezcelowem i przedstawia warunki powstania przetoki.

IV. Ropnie nerkowe. Z dwóch przypadków czystych ropni nerkowych pierwszy wywołany był przez rzeżączkę, w drugim *Israël* podejrzewa przyczynę w niedawno przebytem cierpieniu karbunkułowem, które dało przerzuty do nerki, wywołując *nephritis interstitialis* z licznymi małemi ogniskami ropnemi.

V. Ureteritis. W jednym przypadku długotrwałego cierpienia moczowodu w obec straszliwych bólów i częstego urynowania autor przeciął nerkę, zbadał zgłębnikiem światło moczowodu i stwierdziwszy obrzmienia błony śluzowej, postanowił znieść jego czynność; w tym celu odcinek górny wszył do rany

skórnej. Po dwóch dniach spostrzegłszy pewne zmiany w odpowiedniej nerce dokonał nefrektomji; wynik operacji zupełnie pomyślny.

VI. Przymiot nerek. Rtęć wzmacnia istniejący białkomocz, jodek potasu wywiera wpływ dodatni.

VII. Kamienie nerkowe. Znaczna odsetka śmiertelności po nefrolitotomji, dokonywanej skutkiem bezmocz (anuria), tłómaczy się spóźnionym zabiegiem, operacyja w przypadkach bezmocz powinna być dokonana w ciągu pierwszych 48 godzin. Autor odróżnia nefrolitotomję z wyboru (Wahl) i z konieczności (bezmocz skutkiem zatkania kamieniami jednego lub obu moczowodów). W praktyce własnej Israëł dokonał 5 nefrolitotomij z wyboru (1 przypadek śmierci) i 3 z konieczności (2 przypadki śmierci).

Dwukrotnie obserwował Israëł bezmocz odruchowy drugiej nerki, t. j. wstrzymanie sprawności nerki zdrowej skutkiem przetrwania drożności w chorej, jak również 2 przypadki oligurji odruchowej z teje przyczyny.

Israëł sądzi, że każde okręcenie moczowodu, powodując spotęgowanie ciśnienia wewnątrznerkowego, działa hamująco na sprawność drugiej nerki, zmniejszenie zaś ciśnienia (np. przekłócie) polyuryję w zdrowej nerce. U jednego z chorych po usunięciu nerki chorej ilość uryny z 500 ccm. na dobę niezwłocznie podniosła się do 1240 ccm. i dopiero po kilku dniach ilość moczu stopniowo powróciła do normy. W jednym przypadku drażnienie szypuły nerkowej przez sączek działało hamująco na drugą nerkę; po usunięciu sączka wystąpiła chwilowa polyurya. W razie wklinowania się kamienia dwustronnego należy odrazu operować obie nerki, jeżeli zaś na to nie pozwala stan chorego, usuwamy początkowo kamień z nerki mniej dotkniętej (wywołującą kolki rzadsze).

Zeszycie po przecięciu nerki zabezpiecza od krwawienia. Wytamponowanie jest niebezpieczne, gdyż może powodować niedrożność kiszek ostrą. — Nawet po usunięciu bardzo dużej nerki autor spostrzegł przemijające objawy wzdęcia brzucha, zaparcia stolca i t. p. W jednym z pierwszych przypadków stracono chorą skutkiem wytamponowania zbyt szczelnego i uciśnięcia brzucha bandażem.

VIII. Krwawienia nerkowe z przyczyn niewiadomych. W przypadkach krwawień nerkowych pochodzenia nieokreślonego autor radzi nie spieszyć się zbyt z leczeniem radykalnem; we własnym przypadku ograniczył się na przecięciu długiem (sekcyjnym) nerki i, nie znalazłszy przyczyny krwawienia, w obec względnie dobrego stanu chorej zeszył nerkę, nie widząc wskazań do wyluszczenia. Po operacji krwawienie zaczęło się zmniejszać i w ciągu 13 dni ustąpiło zupełnie.

IX. Nerki wędrujące. Przyszycie nerki wędrującej wskazanem jest w przypadkach napadów typowych bólów nerkowych,

t. j. przy objawach otoku wodnego nerki przemijającej i przy bólach stałych, wywołanych przemieszczeniem nerki. W większości przypadków dolegliwości przypisywane nerce wędrującej powstają na tle zaburzeń nerwowych lub płciowych i ustępują przy odpowiednim leczeniu ogólnem. Autopsya zwykle wskazuje, że nerkę przyszyto w miejscu niewłaściwem.

L. Kozicki.

V. Choroby gardła i krtani.

222. E. Roos. **Gośćcowe zapalenie gardzieli.** (*Berl. Klin. Woch. Nr. 25, 26, 1894.*)

W pracy niniejszej autor, oprócz kilku własnych przypadków odrębnej postaci zapalenia gardzieli, poprzedzającego zazwyczaj ostry gościec wielostawowy, podaje obszerną literaturę tego przedmiotu, na który najbardziej zwrócili uwagę badacze angielscy.

Na skutek swoich obserwacyj, jako też spostrzeżeń z literatury zaczerpniętych, R. pragnie wyodrębnić nową formę anginy, będącą w ścisłym genetycznym związku z goścцем i stanowiącą zwiastunne jego zjawisko.

Pogląd o reumatyzmie, jako chorobie zakaźnej, zyskuje coraz więcej zwolenników, a autor wraz z Fiedler'em uważa gośćcowe zapalenie gardzieli za pierwszy skutek działania wdechowego z powietrzem i w migdałkach osiadłego zarazka. Silne bóle przy połykaniu, towarzyszące rzeczonyj postaci anginy, R. objaśnia przenikaniem zarazka do muskulatury gardzielowej.

Ze względu na to, że w mowie będące cierpienie rzadko spostrzegać się daje, autor jest mniemania, że jad gośćcowy bądź w wielu razach żadnej wybitnej reakcyi w migdałkach nie wywołuje, bądź też jeszcze innemi drogami do ustroju się dostaje.

Jakkolwiek gośćcowe zapalenie gardzieli różnić się zdaje od folikularnego, błonicowego i nieżytego silniejszymi bólami przy połykaniu, większem zaczerwienieniem błony śluzowej, brakiem nalotu lub lekkim rozlanym nalotem na migdałkach i wreszcie względnie dłuższem trwaniem dolegliwości; cech patognomicznych jednak nie posiada. Przebyty gościec czyni, podług autora, rozpoznanie prawdopodobniejszem.

Dalsze spostrzeżenia w danym kierunku, jako też bliższe poznanie istoty zarazka gośćcowego kwestyję tę wyświećla, a przez znajomość rzeczonyj postaci anginy łatwiej, zdaniem autora, da się objaśnić powstawanie takich wad serca, gdzie w anamnezie gościec wykluczony został. Tymczasem przy obecnym stanie naszej wiedzy trudno nam uważać gośćcowe zapalenie gardzieli za od-

dzielną postać nozograficzną, tembardziej, że posiadamy w literaturze liczne opisy anginy bezsprzecznie folikularnej, w następstwie której występowały zajęcia stawów (Beek, Stabell, Seifert).

Zapalenia atoli wielostawowe, wklajające anginę, różnią się, według autora, od typowych gośćcowych zlym odczynem na salicyl i skłonnością do wykwitów (erythema nodosum — Löbl, Boeck, Marstrander), etiologicznie zaś są wyrazem słabego zakażenia ropnicowego (abgeschwächten Pyaemie), zarówno jak zapalenia gardzieli, występujące w przebiegu płonicy, dyzenteryi etc.

Twierdzenie powyższe popiera autor doświadczeniem Sahli'ego, któremu w śmiertelnym przypadku gościa wielostawowego udało się z rozmaitych narządów wyhodować koki, morfologicznie podobne do ropotwórczych (staphylococcus citreus), będące według niego, w danym przypadku przyczyną choroby.

W końcu autor przychodzi do następujących wniosków odnośnie związku anginy z gośćcem stawowym.

1. Zapalenie gardzieli, poprzedzające gościec wielostawowy, może być pierwszym skutkiem działania zarazka gośćcowego, lub też:

2. Zajęcia stawów w następstwie rozmaitych postaci anginy uważać należy za cierpienia wrzekomo reumatyczne, będące wyrazem umiejscowienia w stawach (polyarthritus anginosus) zarazka, wywołującego zapalenie gardzieli, jak to miewa miejsce i przy tryprze.

R. bardziej się skłania do przyjęcia drugiego przypuszczenia i uważa rzeczzone zapalenia stawów za wyraz słabego zakażenia ropnicowego, którego punktem wyjścia są ropiejące migdałki.

L. Wilk.

223. L. LUNATELLO. (z Genui). **Przyczynę do powstawania zmian chorobowych krtni w durze brzuszny.** (Berl. Kl. Woch. N. 16 z 1894 r. str. 379).

Zmiany te przedstawiają się jako *nieżyłt, nadżarcia, nacieczenia, wrzody, blonica błony śluzowej, zapalenie ochrzęstnej i porażenia.*

Przez dokładne zbadanie jednego przypadku duru brzuszego pod względem histologicznym, bakteryologicznym i doświadczalnym—autorowi udało się wykazać, że zmiany te błony śluzowej, aż do tworzenia się owrzodzeń, należy przypisać wyłącznie działaniu swoistego zarazka duru t. j. lasecznika Ebertha-Gaffkyego. Dzięki ubytkom w tkance powstaje droga dla wniknięcia innych drobnoustrojów, między innymi i ropotwórczych, i tak powstają ropnie podochrzęstnowe, które tym sposobem zawdzięczają swe powstanie wtórzonemu zakażeniu. W nich tedy już można nie znaleźć zarazka tyfusowego, jak to miało miejsce przy poszukiwaniach przez innych badaczy czynionych.

Władysław Świątecki.

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

224. D. R. Wreden. **Przyczynek do etiologii zapaleń pęcherza.** Z badań bakteryjologicznych Doyen'a, Clado, Albarrana, Rovsinga i wielu innych wiadomo, że wiele zapaleń pęcherza powodowanych jest przez bakteryje kiszkowe, resp. bacterium coli commune. Ścisłe przyleganie na dość znacznej przestrzeni pęcherza do kiszki prostej u osobników męzkich, jako też bogata sieć anastomozujących ze sobą naczyń limfatycznych i żylnych tych dwóch organów naprowadziły Wredena na myśl, że infekcja pęcherza *pasażymi kiszkowymi* następuje nie przez embolję, a drogą bezpośredniego przechodzenia. Dla sprawdzenia tego przypuszczenia, wykonał Wreden w laboratorium prof. Nenckiego w Instytucie Med. Doświad. szereg doświadczeń na królikach (samcach, gdyż u samic nie ma tak ścisłego związku pomiędzy kiszką prostą i pęcherzem); wyniki tych doświadczeń są następujące.

1) obrażenia błony śluzowej samego tylko odbytu nie mają żadnego wpływu na pęcherz.

2) Każde mechaniczne uszkodzenie nabłonka kiszki prostej na poziomie lub powyżej gruczołu krokowego pociąga za sobą cystitis.

3) Charakter i przebieg zapalenia pęcherza zależą w zupełności od stopnia uszkodzenia błony śluzowej kiszki i od charakteru użytego do eksperymentu bodźca zapalnego.

4) W przypadkach eksperymentalnego zapal. pęcherza odnajduje się w moczu zwykle bakterje kiszkowe królików lub te same, które były wprowadzone do kiszki prostej.

5) Jeżeli po uszkodzeniu błony śluzowej wprowadzić do kiszki materje tłuste (olej i inne), to można wykryć później obecność ciał tych w pęcherzu (nie makroskopowo).

Wreden posiada również i analogiczne obserwacje kliniczne, które zamierza opublikować obszerniej. (Centr f. Chir. 27, 93 r.) *Dzierżawski.*

225. **Leczenie prądem przerywanym rwy kulszowej** zachwalał bardzo na ostatnim zjeździe lekarskim w Rzymie Dr. Personali. Stosuje on go w ten sposób, że jedną elektrodę stawia na okolicę lędźwiową, a drugą uzbrojoną w pendzelek przesuwa w kierunku nerwu, zatrzymując się dłużej na miejscach bolących. Do zupełnego wyleczenia wystarcza 25—45 codziennych posiedzeń. Kuracya z powodu znacznej bolesności, gdyż tylko przy bardzo mocnych prądach można otrzymać dodatnie wyniki, wymaga ze strony pacjenta wiele cierpliwości. W pierwszych 6—7 dniach bywa zwykle czasowe pogorszenie, co nie powinno jednak zniechęcać do dalszego leczenia. *K. Wislocki.*

226. Wstrzykując zwierzętom rozmaite wyjąłowane hodowle do stawów, wywoływał Charrin typowe zapalenia stawów, stąd wnioskuje, że **toksyny są przyczyną zapaleń**, a nie same mikroby (*Semaine Méd. 30*). *J. Z.*

227. M. Roux przeciw **nieżytowi ostremu nosa zaleca wdechania wody kolońskiej**. W 11 przypadkach naso-pharyngo-laryngo-tracheitis otrzymał na tej drodze dobre wyniki. Woda kolońska mocna nalewa się na chustkę i w ciągu 2—3 minut zaleca się wachać ją, a procedurę tę powtarzać 4—5 razy dziennie. (Sem. Méd. 31).

J. Z.

228. Spillman w **jednym przypadku przewlekłego gruźliczego zapalenia** otrzewny u 13 letniego chłopca po wypuszczeniu płynu wstrzyknął do otrzewny 10 gm roztworu *naphтол-kamfory* z wybornym wynikiem (l'Union Méd. 12.)

J. Z.

229. Według badań A. Mathieu i Laboulais **dwuwęglan sodu działa na trawienie żołądkowe w sposób następujący**:

1) 0,5 gm. podanych przed jedzeniem nie okazuje na trawienie żadnego wpływu.

2) 3,0 gm. Na_2CO_3 podane na $1\frac{1}{2}$ godz. przed śniadaniem próbne zwiększa ilość chlorków alkalicznych i ogólną ilość chloru, w mniejszym atoli stopniu, niż zmniejsza się kwasność, stąd działa zmniejszająco na wydzielanie soku żołądkowego; zmniejszenie to występuje silniej, jeśli treść brać po 30 a nie 40 min. po śniadaniu próbne, współcześnie nie zmniejsza się ogólna ilość wyciągniętej treści, co bywa jeśli zbierać treść po 40 minutach; stąd wniosek, że Na_2CO_3 przyspiesza wydalania treści z żołądka.

3) 4 gm. Na_2CO_3 w ciągu dnia w przypadku nadmiernej kwasności w ciągu 2-ch tygodni sprawę poprawiły.

4) Slina nie ma na trawienie żołądkowe wybitnego wpływu. (L'Un Méd. Nr. 12 V. 94.)

J. Z.

230. Dr. B. Markwald z Giessen podaje **przypadek zatrucia chloranem potasu**, użytym w postaci płókania w lekkim zapaleniu gardzieli. Dr. M. zalecił choremu płókanie co 2 godz. 30/0 roztworem tego środka, chory jednak zrobił sobie roztwór mocniejszy, użył mianowicie 1 łyżkę stołową na litr wody, co, według autora, w ciągu 2-ch dni wyniosło około 100 gm. w 3 litrach wody. Chory na drugi dzień wieczorem poczuł silne bóle w żołądku i dolnej części brzucha, obficie wymiotował i miał kilka wypróżnień płynnych, a śród nocy wystąpiła zapaść głęboka, z której dopiero po kilku godzinach udało się go doprowadzić do stanu normalnego. W ciągu dni kilku mocz był barwny, a na 2 dzień wystąpiła żółtaczka, która trwała 4 doby. Po 6 dniach chory wyzdrowiał. Badanie moczu wykazało hemoglobinurją, mocz był zabarwiony ciemno, c. w. 1013, galaretowaty w osadzie waleczki szkliste, pokryte brunatnymi ziarnkami i nabłonkiem nerkowym. Podobny obraz trwał dni kilka. Badanie krwi z palca na 2-gi dzień wykazało istnienie hemoglobinemii: mała skłonność cz. c. krwi do układania się w rulony, pojkilocytoza, małe zwiększenie b. c. krwi, po 5 dniach obraz powyższy wrócił do stanu normalnego. Autor przestrzega przed podawaniem kali chlorici do płókania i przed pozostawianiem choremu możności przygotowywania roztworów, choć sam zaznacza, że, o ile wnosić można z dotychczasowych badań np.

Wilke, w którego przypadku zatrucie nastąpiło dopiero po 4 tygodniowym codziennym użyciu 50 gm. do wewnątrz, w danym przypadku istnieć musiała idiosynkrazia. Wreszcie wspomina, iż główne niebezpieczeństwo zatrucia polega na zmianach w nerkach i krwi, stąd radzi podawać zaraz znaczną ilość wody resp. wstrzykiwania wody podskórne. (C. f. inn. Med. 28). *J. Z.*

231. Na posiedzeniu Tow. lek. w Berlinie Mendel demonstrował **chorą, wyleczoną za pomocą podawania gruczołu tarczowego z obrzęku śluzowego** (myxoedema). Stosował podobne leczenie jeszcze w 2 przypadkach i na zasadzie tego materiału dochodzi do następujących wniosków: 1) leczenie obrzęku za pomocą podawania gruczołu tarczowego daje dobre wyniki, 2) gruczoł stosować należy nie podskórnie a do wewnątrz, 3) pierwszym objawem polepszenia jest strata na wadze, za tem idzie unormowanie ciepłoty i tętna. Działania gruczołu we wzmiankowanym cierpieniu nie jesteśmy sobie w możności wytlómaczyć, gdyż nie znamy zupełnie fizjologii tego narządu.

W dyskusji nad tym przedmiotem zabierali głos liczni mówcy, przeważnie przemawiając za powyższą terapią. (C. f. in. Med. 30). *J. Z.*

232. Dr. *Lennhof* demonstrował w Tow. lek. berlińskich **kamień żółciowy** oddany przez chorego z kałem, ważyący 14 gramów, zupełnie cylindryczny, z gładką podstawą oszlifowaną, składał się on z cholesteryny (99⁰/₀). Podobnej wielkości kamień widział *Litten* i w swoim przypadku, był on przyczyną zamknięcia światła kiszek; toż samo podaje *Becker*. (C. f. in. Med. 30). *J. Z.*

233. *Mühlmann* przekonał się, że **jednoczesne zakażenie** zwierząt osłabionymi hodowlami **pneumokoka** *Fränkel-Weichsebaum'a* i **lasecznika węglika** działa na nie **znacznie szkodliwej**, niż każdy z tych pasożytów oddzielnie. Nawet odporność na jeden z tych pasożytów zostaje przez szczepienie hodowli jego, zmieszanej z drugą, zniesiona. (C. f. Bact. XV. Nr. 23.) *W. J.*

234. *Miller* radzi **wysuszać preparat** na szkiełkach mikroskopowych za **pomocą gumowego balonika**, służącego dentystom do dmuchawiania powietrza. Ogrzawszy koniec takiej dmuchawki przed wciągnięciem w nią powietrza, można je mieć ciepłym, a przez to suszenie preparatów jeszcze szybszem. Preparat dobrze jest ułożyć przedtem na bibule. Ten sam autor radzi odwracać płytki z agarem przy ustawianiu ich w termostacie; unika się w ten sposób wody kondensacyjnej na górnej płycie, nadto agar mniej wysycha.—Hodowle na płaszczyźnie agarowej ten sam autor oblewa na pewnej części powierzchni czystym agarem. W ten sposób otrzymuje się z jednej epruwetki pojęcie o tem, jak dany pasożyt na powierzchni i w głębi wygląda. Jest to bardzo dogodnie przy fotografowaniu odpowiednich hodowli. Przy doświadczeniach na myszach autor stosuje zawsze eter do uspienia. Po 20 do 30 sekundach zwierzęta są uspięne. (C. f. Bact. XV. Nr. 23). *W. J.*

235. Według *Wernicke*'go **laseczniki cholery giną w tytoniu** bardzo szybko. Wątpliwem więc jest bardzo szerzenie się tego zarazku przez tytoń i cygara. (C. f. Bact. XV. Nr. 23). *W. J.*

236. *Dr. Work-Dvord* badając refrakcyję u 100 epileptyków, znalazł u 75 zboczenia. Dokonawszy odpowiedniej korekcyi otrzymał bądź zupełne wyzdrowienie, bądź też znaczną poprawę cierpienia nerwowego. Na podstawie tego odkrycia wyprowadza autor wniosek: że **zboczenie w refrakcyi może wywołać padaczkę**. Korekcyja refrakcyi może w połączeniu z odpowiedniem leczeniem ogólnem spowodować wyleczenie. W niektórych przypadkach wyleczenie nie następuje, natomiast forma kliniczna padaczki ulega zmianie.

(Ophth. Society of. Engl. Oktober 1893.)

H. K.

237. *Dr. Toubin* opisuje w „Revue méd. de la Franche-Comte“ przypadek, gdzie **chory połknął** trzonek od łyżki żelaznej i **termometr** maksymalny, 113 mm. długi. Oba te przedmioty po 19 dniach wyszły per anum, nie przyczyniwszy choremu podczas pobytu w kiszkiach wielkich dolegliwości. Termometr był nieuszkodzony i jako **maksymalną temperaturę** pokazywał 38,7.

(G. d. Hôp. Nr. 76. 1894.)

Dz.

SPROSTOWANIE.

W ostatnim zeszytcie Kroniki w ocenie kolegi Dzierżawskiego Dyagnostyki Chirurgicznej Jasińskiego opuszczoney został przez nieuwagę zecera ustęp końcowy artykułu wraz z podpisem sprawozdawcy. Ustęp opuszczoney brzmi w sposób następujący: „Nie odstępując od przyjętej przez nas zasady, spieszmy dodać, że cena książki wynosi rs. 3“. Dalej następuje podpis. Szanownego kolegę Dzierżawskiego niniejszem za to opuszczenie serdecznie przepraszamy.

KRONIKA MIESIĘCZNA.

— **Podatek szpitalny.** Ogłoszoney został szereg następujących przepisów, dotyczących ustanowienia i pobierania w Warszawie podatku szpitalnego, które zamieszczamy poniżej:

1) Na utrzymanie szpitali warszawskich, znajdujących się pod władzą rady miejskiej dobroczynności publicznej, pobiera się na rzecz dochodów miejskich specjalny podatek w ilości jednego rubla od osoby rocznie.

2) Podatkowi temu podlegają osoby płci obojga bez różnicy stanu, zajmujące się w granicach m. Warszawy do posługi domowej i różnego rodzaju robót i zajęć, zarówno u osób prywatnych, jak i w instytucjach, zakładach, fabrykach i przedsiębiorstwach przemysłowych, a nadto posłańcy publiczni, robotnicy, zajmujący się do pracy na dnie, od sztuki, trudniący się furmaństwem, roznoszeniem lub rozwożeniem towarów, handlem ulicznym lub innym procederem i rzemiosłem.

3) Z liczby wymienionych w poprzednim paragrafie osób od opłaty podatku szpitalnego uwalniani są małoletni poniżej lat 17-tu.

4) Podatek szpitalny wnosić należy do kasy miejskiej, w celu poświadczenia opłaty nakłada się na pasporcie lub świadectwie zamieszkania kontrybuenta specjalny stempel z oznaczeniem czasu, za który podatek wniesiono i niezależnie od tego wydaje się kwit z wykazaniem numeru, pod jakim pieniądze zapisane zostały na przychód.

5) Osobom, które świeżo przybyły do miasta na zarobek, jeżeli nie są w stanie odrazu wnieść podatku, wydawany jest bezpłatnie zamiast odbieranego od nich świadectwa zamieszkania bilet na miesiąc, po którego upływie obowiązani są zwrócić ów bilet i zapłacić przypadający podatek.

6) Osoby, wymienione w paragr. 2-im, oraz ich żony i dzieci, mające mniej niż lat 17, razem z nimi przebywające w Warszawie, winni znaleźć w szpitalach warszawskich, w razie choroby, pomoc i opiekę bezpłatnie.

7) Jeżeli utrzymywanie w szpitalu osoby, podlegającej opłacie podatku, przedłuży się po nad okres czasu, za który podatek został opłacony, wówczas osoba ta winna opłacić przypadający podatek najpóźniej w ciągu miesiąca po wyjściu ze szpitala.

8) Za zamieszkiwanie bez wnieśienia ustanowionej opłaty szpitalnej obowiązane do tego niniejszemi przepisami osoby podlegają niezależnie od ściągnięcia przypadającego podatku karze według art. 60-go ust. o kar., nakł. przez sędz. pok. Winni utrzymywania takich osób podlegają odpowiedzialności według art. 61-go tejsze ustawy. W obydwóch wypadkach kary przechodzą na rzecz funduszów szpitalnych.

9) Czuwanie nad tem, aby osoby, które nie opłaciły podatku szpitalnego, nie zamieszkiwały w Warszawie, należy do obowiązków właścicieli domów i policyi. Magistrat miejski ma prawo, według własnego uznania, delegować specjalnych pełnomocników do sprawdzenia czy odpowiednie osoby opłacają podatek szpitalny.

10) Wpływy z podatku szpitalnego oddają się po upływie każdego kwartału do dyspozycyi rady miejskiej dobroczynności publicznej.

Przepisy powyższe zatwierdzone zostały w dniu 15-ym czerwca 1894-go r.

(*Praw. wiestn.* nr. 162).

Podajemy powyższy tekst prawa z zaznaczeniem, iż dotąd istniał dobrowolny podatek od osób tejsze kategorii w postaci t. z. kart wyrobnych, wydawanych osobom, mającym na to prawo, corocznie po opłaceniu 30 kop. Karta wyrobna pozwalała okazicielowi korzystać

z bezpłatnego leczenia w szpitalu. Prawdopodobnie z chwilą wprowadzenia powyższego podatku karty wyrobne znikną.

— W r. b. skutkiem otwarcia 2-ch nowych zakładów wodoleczniczych liczba chorych w dawnych zakładach zmniejszyła się; fakt ten osobiście mogliśmy sprawdzić w Nałęczowie. Objaw to niepokieszający. Nie mówiąc już o tem, że otwarcie nowych wodolecznic może nie zupełnie było na czasie, wywnioskować można, że ogólna liczba chorych, uczęszczających do zakładów krajowych, nie zwiększa się wcale i że chorzy zwykli rozdzielają się między zakłady krajowe, a ci co uczęszczali za granicę o krajowych zakładach nie myślą. Szkoda, gdyż nasze zakłady w niczem nie ustępują dziś zagranicy, a nadto dają gwarancję sumiennosci, czego o zagranicznych zakładach powiedzieć nie można. Warto by raz zaprzestać posyłania chorych do wodolecznic obokrajowych, gdyż krajowe zawsze i każdemu wystarczyć mogą w zupełności.

— Pierwsza apteka założoną została w Frankfurcie nad Menem w r. 1334. W roku tym panowała w Fr. wielka śmiertelność, która skłoniła municypalną radę do utworzenia składu, w którym, pod nadzorem policyi, byłyby pod ręką materiały do sporządzania lekarstw. Skład ten nazwany został „apoteke wysokiej rady.“ W Berlinie pierwsza apteka otwartą została w r. 1488.

— Zebranie lekarzy ziemstw Tiraspolskiego powiatu uznało szkodliwość dalszego rozwoju felczeryzmu w ziemstwach i postanowiło nie tworzyć nowych tak zwanych punktów felczerskich, w których felczery mogli postępować z większą lub mniejszą samodzielnością. Widać ztąd, że i w Rosyi zaczyna się już ta chwila w rozwoju medycyny i ciała lekarskiego, w której to malum necessarium, tak uciążliwe w naszych stosunkach, również staje się zbyt ciężkim. (Wr. 26)

— W kaukaskich wodach mineralnych praktykuje w bieżącym sezonie 89 lekarzy, w tem 9 profesorów, 11 docentów; największa liczba lekarzy (55) znajduje się w Piatigorsku. (St. P. 26).

— Pewien lekarz szwajcarski zadał sobie trud obliczenia z pomocą podometru ilości kroków w ciągu roku zrobionych. Według tego obliczenia w ciągu 1893 r. zrobił 9760900 kroków, czyli 26742 dziennie z tych 1500 do 2000 wypadło na schody. W cyfry te nie wchodzi kroki zrobione w gabinecie podczas przyjęcia chorych. Z dalszych spostrzeżeń zaznaczyć wypada, iż po 30000 krokach dziennie czuł wybitne zmęczenie, cyfra nieco poniżej powyższej wywoływała nazajutrz bóle w nogach.

Podobno lekarz ów doszedł do wprawy obliczania kroków za pomocą stopnia zmęczenia bez podometru. (U. Med.)

— Grono lekarzy francuskich podało do parlamentu wnioski do prawa, wzbraniającego mamkom przyjmowania dzieci nowych, nim poprzednio karmione nie będzie miało skończonych 14 miesięcy. Według nich śmiertelność dzieci obniży się skutkiem tego znacznie. Czy jednak mamek wystarczy (U. Med. 12).

— Prof. Nabias został mianowany prof. farmakognozyi w Bordeaux.

— Prof. Meyer został mianowany prof. fizjologii w Nancy.

— 25 października otwarty będzie we Francji staraniem profesorów lyońskich pierwszy kongres francuski medycyny wewnętrznej. Opłata wynosi 20 fr.; członkami komitetu są Gailleton, Mayet, Soulier Bard, Lamois, Devic, Pic i Collet. Jak wiadomo kongresy podobne w Niemczech cieszą się wielkiem ożywieniem, ciekawa rzecz czy we Francji również dla nauki dadzą tyle co te ostatnie korzyści. (La France Méd.).

— Kilku ulicom w Paryżu nadano nazwy Charcota, Trousseau i Ulissea Trélata.

— Kongres międzynarodowy dla higieny i demografii ósmy z kolei, jak wiadomo, odbyć się ma w Budapeszcie między 1—9 września. Zgłoszono dotąd 593 rozpraw higienicznych, 132 demograficznych, na kongresie będzie reprezentowanych 26 rządów, 19 władz, 41 uniwersytetów i 132 towarzystw. Liczba delegatów wynosi 620. Obok kongresu będzie odpowiednia wystawa. Na posiedzeniach ogólnych przemawiać obiecali: Leyden: O opiece miast wielkich nad suchotnikami; Mayer: O statystyce i socjologii, Herzberg: O zadaniach higienicznych inżyniera, Levasseur: Historia demografii, Erisman: O walce ze śmiercią, Hart: O cholery na wschodzie i sposobach jej leczenia się, Lombroso: O zbrodniarzu.

Bilety po cenie niższej wydawać będzie międzynarodowe towarzystwo wagonów sypialnych. Składkę przed 10 b. m. wnieść należy na ręce D-ra Kolomana Müllera, Szpital Ś-go Rocha w Peszcie.

— W Paryżu w ostatnich czasach liczba samobójstw wzrosła niepomierne. W ciągu lipca odebrało sobie życie 48 osób. Średnia ciepota powietrza wynosiła 25,4—27,4°C. Najwięcej samobójstw było między 6 rano a południem.

— Dziekanem wydziału lekarskiego na r. b. w Berlinie został prof. O. Hertwig.

— Kongres anatomiczny zbierze się w Bazylei w 1895 roku 17—19 Kwietnia.

— Dr. P. Mannheim z Berlina w pracy swej pod tytułem *Morbus Gravesi*, wykazuje, jak to zresztą już przed nim stwierdził Trousseau, że choroba znana pod nazwą *Morbus Basedovi*, opisana była pierwotnie przez lekarza Dublińskiego Graves'a i przeto jego nazwisko nosić powinna.

— Według *W. Med. Woch.* od 24—30 lipca w Galicyi zachorowało na cholery 226 osób, zmarło 102. Cholera grasowała w okolicach Krakowa, Bochni, Wieliczki, Borszczowa, Czortkowa i t. p., na Bukowinie, na Węgrzech w Komitacie Oedenburskim. W Berlinie był dotąd jeden przypadek.

Kilka słów o przebiegu epidemii cholery azjatyckiej

w roku bieżącym

w Warszawie i pobliskich jej okolicach.

Podał Dr. med. **Władysław Świątecki**,

Ordynator oddziału dla cholerycznych przy szpitalu Dz. Jezus.

W majowym zeszycie Kroniki podaliśmy wiadomość o przebiegu epidemii cholery azjatyckiej w roku bieżącym w Warszawie i pobliskich jej okolicach (Nr. 5 str. 293). Czynimy to teraz w dalszym ciągu.

Od 23/V—10/VIII (włącznie) do wszystkich oddziałów dla cholerycznych przybyło chorych na cholere azjatycką 720, zmarło 303, wyzdrowiało 330, pozostało 106¹⁾.

Nowoprzybyli pochodzili:

Z Warszawy i Pragi	645	(z Warszawy 302.
Z Woli p-tu Warszawskiego . .	23	z Pragi 343).
Z Czystego „ „	8	
Z Ochoty „ „	4	
Z Grochowa „ „	3	
Z Powązek „ „	2	
Z innych pobliskich miejsc . .	15	
Z różnych miejscowości Królestwa	20	

Z powodu powiększenia się epidemii otworzono nowe oddziały dla cholerycznych: w szpitalu *Praskim* dnia 14-go/VII, w *Zydowskim* d. 17/VII, wreszcie w *Zapasowym* d. 23/VII, który został zamieniony na oddział wyłącznie dla cholerycznych, zaś chorzy zakaźni, których tam wożono, od tego czasu przyjmowani są do szpit. Dz. Jezus, gdzie leczą się w jednym z gmachów, zajmowanych dawniej przez kobiety obłąkane. Ponieważ epidemia głównie szerzy się na Pradze, Powiślu, od strony Cytadeli i Woli, rzadko zaś zdarzają się przypadki zapadnięcia na cholere w południowej dzielnicy miasta, przeto Rada Miejska postanowiła zamknąć oddział dla cholerycznych przy szpit. Dz. Jezus. Od 23/VII przestano tu przywozić cholerycznych, a 10/VIII wypisał się stąd ostatni chory.

O przebiegu epidemii, o ile można ocenić to z chorych przywiezionych do oddziałów, daje pojęcie niżej przytoczona tablica.

¹⁾ Wraz z poprzednio ogłoszonymi od 30/I do 10/VIII było przypadków 829, z tego zmarło 352, wyzdrowiało 371, pozostaje 106.

Miesiąc	Dzień	Pozostawało	Przybyło	Zmarło	Wyzdrowiało	Pozostało	Miesiąc	Dzień	Pozostawało	Przybyło	Zmarło	Wyzdrowiało	Pozostaje
V	24	19 ¹⁾	2	1	—	20	VII	2	25	1	—	1	25
"	25	—	2	1	1	20	"	3	—	2	—	"	27
"	26	—	3	1	1	21	"	4	—	2	—	3	26
"	27	—	4	—	1	24	"	5	—	6	—	2	30
"	28	—	—	1	2	21	"	6	—	3	—	2	31
"	29	—	5	2	4	20	"	7	—	2	1	2	30
"	30	—	1	—	—	21	"	8	—	3	3	1	29
"	31	—	3	3	1	20	"	9	—	5	1	1	32
VI	1	—	3	3	1	19	"	10	—	4	—	3	33
"	2	—	8	1	1	25	"	11	—	3	2	3	31
"	3	—	4	1	—	28	"	12	—	9	1	2	37
"	4	—	4	3	1	28	"	13	—	11	2	1	45
"	5	—	2	3	1	26	"	14	—	12	4	6	47
"	6	—	4	2	—	28	"	15	—	9	4	6	46
"	7	—	12	3	3	34	"	16	—	18	7	1	56
"	8	—	7	2	1	38	"	17	—	20	10	3	63
"	9	—	3	—	2	39	"	18	—	12	7	2	66
"	10	—	4	2	3	38	"	19	—	17	7	7	69
"	11	—	1	2	2	35	"	20	—	14	9	4	70
"	12	—	2	1	—	36	"	21	—	13	5	12	66
"	13	—	2	1	2	35	"	22	—	22	8	12	68
"	14	—	5	2	3	35	"	23	—	21	13	15	61
"	15	—	1	1	2	33	"	24	—	33	10	10	74
"	16	—	2	—	—	35	"	25	—	21	8	9	78
"	17	—	2	2	3	32	"	26	—	14	11	6	75
"	18	—	1	—	1	32	"	27	—	18	10	7	76
"	19	—	2	1	2	31	"	28	—	24	7	5	88
"	20	—	2	—	2	31	"	29	—	15	10	9	84
"	21	—	1	—	3	29	"	30	—	23	8	9	90
"	22	—	3	2	2	28	"	31	—	21	3	16	91
"	23	—	2	—	1	29	VIII	1	—	22	9	8	96
"	24	—	1	—	2	28	"	2	—	17	10	11	92
"	25	—	2	2	1	27	"	3	—	25	10	7	100
"	26	—	5	—	2	30	"	4	—	15	13	6	96
"	27	—	2	1	2	29	"	5	—	21	7	14	96
"	28	—	—	2	2	25	"	6	—	29	6	6	113
"	29	—	2	—	1	26	"	7	—	34	17	14	116
"	30	—	5	2	2	27	"	8	—	19	14	22	99
VII	1	—	1	—	3	25	"	9	—	30	10	14	105
							"	10	—	15	6	8	106
													19 720 303 330 106

¹⁾ Prócz pozostałych 12 było jeszcze 7 chorych początkowo podejrzaných, u których później stwierdzono cholere ą azyjatycką.

Warszawa dostarczyła chorych z następnych ulic:

- Aleja Jerozolimska № 81—1 chory; 139—2; róg ul. Teodora 1.
 Areszt policyjny—1.
 Bednarska № 7—1.
 Bolesć № 5—2.
 Bonifraterska № 6—1.
 Bracka № 12—1.
 Browarna № 4—1; 10—1; 15—1; 22—1.
 Brzozowa № 41—1.
 Bugaj № 8—1; 16—1; 18—1.
 Burakowska № 1—1; 15—1; 19—2; 20—1; 23—1; 25—2.
 Chłodna № 48—1; 56—1.
 Chmielna № 77—1; 79—2; 132—2.
 Cicha № 4—1.
 Ciepła № 16—1.
 Czerniakowska № 1—3; 25—1; 36—1; 44—2; 46—1; 50—1; 54—3; 89—4.
 Dobra № 7—1; 51—1.
 Drewniana № 7—1;
 Dunaj-Wązki № 6—1; 11—1.
 Dzika № 46—1.
 Elektoralna № 12 (Szpital Ś-go Ducha)—1.
 Freta № 12—1.
 Franciszkańska № 2—1; 6—1; 13—1; 19—1; 20—1; 25—1; 27—1; 31—1.
 Furmańska № 12—3.
 Geśia № 49—2; 63—1; 75—1; 105—1.
 Grójecka aleja № 1—1; 4—1; 6—12; 12—1; 15—1.
 Graniczna № 7—1; 16—1.
 Grzybowska № 8—1; 18—1; 25—1.
 Grzybowski plac № 16—1.
 Hoża № 48—1.
 Kapitulna № 5—1.
 Karmelicka № 4—1.
 Karowa № 4—1.
 Kościelna № 7—1.
 Kozia № 10—1.
 Krasińskich plac № 3—1.
 Krochmalna № 6—3; 10—3; ¹¹/₁₃—1; 12—1; 24—1.
 Krzywe-Koło № 12—1.
 Leszno № 96 (dom izolacyjny)—2.
 Leszczyńska № 9—1.
 Lucka № 29—3.
 Marszałkowska № 58—1; 59—1; 65—1; 79—1.
 Maryensztat № 2—1; 5—1; 11—1.
 Miła № 51—1; 60—1.
 Młynarska № 8—1.
 Mostowa № 5—1; 6—1; 18—1.
 Muranowska № 19—1; 22—3; 47—1.
 Muranowski plac № 15—1.
 Nowodzika № 3—1.
 Nowogrodzka № 14—1 (resp. Widok № 14—1).
 Nowolipie № 62—1.
 Nowolipki № 31—1; 80—1.
 Nowomiła № 47—1; 50—1.
 Niska № 28—1; 33—1; 43—1; 51—2; 60—2.
 Oboźna № ?—1.
 Ogrodowa № 63—2.
 Okopowa № 6—1.
 Ostrowska № 4—1; 8—2; 9—5; 14—1.
 Pańska № 4—1; 6—1; 49—1; 51—1; 58—1; 75—1; 80—2; 83—3; 103—1; 105—1.
 Piaskowa № 8—1; 12—1; 14—1.
 Piwna № 13—1.
 Podwał № 11—2; 15—1.
 Powązkowska № 2—1.
 Prosta № 52—2.
 Przemysłowa № 19—2; 31—3.
 Przyrynek № 12—1.
 Ptasia № 4—1.
 Rybaki № 2—1; 6—4; 13—1; 17—1; 24—1; 29—1.

- Sapieżyńska № 7—1.
 Sienna № 78—1.
 Smocza № 50—1.
 Solec № 8—1; 35—1; 41—1;
 51—1; 53—1; 55—1; 57—1.
 Sosnowa №?—1.
 Stara № 2—1.
 Stawki № 22—2; 39—1; 43—3;
 57—1.
 Szczęśliwa № 3—1.
 Ś-to Jańska № 27—1.
 Ś-to Krzyska № 7—1; 17—1;
 Tarczyńska № 2—5.
 Topiel № 14—2
 Towarowa № 6—1; 42—1.
 Trębacka № 11—1.
 Twarda № 3—1; 5—1; 50—2;
 53—2.
- Warecka № 2—1.
 Wilcza № 12 1
 Wiślana № 4—1.
 Włodzimińska № 4—1.
 Wolska № 2—1; 11—1; 12—1;
 39—1; 52—1.
 Wołyńska № 21—1; 24—3.
 Wronia № 43—1; 50—1.
 Wspólna № 12—1.
 Zajączka № 6—1; 12—1; 13—1.
 Zakątna № 1—2; № 2—1.
 Źródłowa № 12—1.
 Żłota № 24—1; 40—1.
 Żabia № 4—1.
 Żelazna Brama №?—1.
 Żelazna № 33—1; 51—1.
 (Fabr. Norblina).

Praga:

- Aleksandryjska № 6—1.
 Aleksandryjski park—2.
 Białostocka № 5—1; 23—1; 25—1;
 29—4; 31—2; 43—1; 47—1;
 51—5.
 Blaszana № 5—2.
 Brukowa № 2—1; 3—2; 4—1;
 5—1; 8—1; 9—4; 10—1; 11—1;
 23—1; 24—3; 29—8; 30—2;
 34—1; 37—3; 39—1.
 Brzeska № 9—1; 10—1; 14—2;
 16—1; 17—1.
 Dworzec kol. Terespolskiej—1.
 Esplanada № 10—1.
 Folwarczna № 1—3; 23—1;
 25—1.
 Grochowska № 5—1; 13—2;
 17—1; 19—2; 21—2; 23—1.
 Grodzińska № 1—2; 5—1; 9—1;
 22—3; 24—1; 33—1; 43—1.
 Kaweczyńska № 19—1.
 Kępa № 13—2; № 15—1;
 17—1; 19—1.
 Kowieńska № 19—1.
 Krowia № 3—1.
 Łamana № 1a—1.
- Lochowska № 2—6.
 Łomżyńska № 15—3; 27—1.
 Moskiewska № 7—1; 12—1;
 20—2; 23—1; 256 29—1;
 34—1; 44—1; 46—1.
 Namiestnikowska № 1—1.
 Olszowa № 17—1; 18—1.
 Panińska № 5—1.
 Petersburska № 3—2; 8—1;
 9—1.
 Przytułek noclegowy—3.
 Praga bez oznaczenia adresu—1.
 Radziwińska № 2—5; 3—1;
 8—6; 10—1; 14—1; 16—1;
 32—1; 45—1; 57—1; 60—1;
 64—1; 66—1.
 Równa № 19—1.
 Rybna № 10—1.
 Saska Kępa—1.
 Skaryszewska № 1—2.
 Sporna № 1—4; 2—3; 4—2;
 5—1; 6—1.
 Stalowa № 13—3; 26—1.
 Strzelecka № 22—1.
 Szeroka № 1—3; 5—3; 13—5;
 14—1; 19—2; 26—1.

Statki na Wiśle i brzeg rzeki	25—4; 27—1; 29—1; 39—1;
14 przypadków.	41—2; 45—1; 48—1;
Targowa № 1—1; 2—2; 3—1;	50—1; 3—1.
4—1; 8—2; 11—2; 13—2;	Wołomińska № 8—8; 10—1;
15—3; 17—1; 20—1; 21—1;	14—1; 28—3.
22—1; 23—5; 27—1; 30—1;	Więzienie transportowe—6.
32—2; 33—5; 34—2; 35—1;	Ząbkowska № 2—1; 3—2;
36—4; 44—2. 248—1.	4—1; 5—1; 6—1; 7—1; 8—2;
Wawerska № 4—1.	9—1; 11—8; 12—6; 14—1;
Wileńska № 27—1; 41—1.	15—1; 17—2; 18—2; 19—1;
Wiosenna № 4—1; 17—1.	23—1; 24—6; 25—1; 32—1;
Wołowa № 1—1; 8—1; 14—1;	36—2; 44—1; 46—1; 64—1;
16—1; 18—5; 19—1; 20—1;	206—1; 211—1.

Z *Warszawy* najwięcej przybyło chorych z ulic: Czerniakowskiej 15 chorych (ulica ta ma domów mieszkalnych 105); Pańskiej 13 chorych (dom mieszkalny 113); Ostrowskiej 9 (17); Rybaków 9 (36); Burakowskiej 8 (25); Krochmalnej 8 (91) Franciszkańskiej 8 (38); Niskiej 7 (67); Solca 7 (94); Stawek 7 (59). Z *Pragi* najwięcej chorych dostarczyły ulice: Ząbkowska 47 chorych, (na 49 domów mieszkalnych); Wołowa 24 (49); Targowa 42 (47); Brukowa 31 (35); Radzimińska 21 (72); Białostocka 17 (44); Szeroka 15 (35); Sporna 11 (8); Wołomińska 11 (57); Grodzieńska 10 (58); Moskiewska 10 (39); Grochowska 9 (68); statki na Wiśle i brzeg rzeki 14 przypadków.

Z powyższych wykazów widzimy że epidemia cholery azyjatyckiej, zwiększając się stopniowo, doszła obecnie do pokaźnych rozmiarów głównie rozwieliła się na Pradze. W podmiejskich okolicach grasuje też cholera nadobrze, tak iż musiano tam wydelegować lekarzy i otworzyć baraki dla cholerycznych. Obecnie takie baraki funkcjonują na *Ochocie*, na *Woli*, w osadzie *Powązki*, *Mokotowie* i *Grochowie*.

Cholera prawie wyłącznie czerpie ofiary wśród najbiedniejszej klasy ludności, żyjącej w najgorszych warunkach higienicznych. Zdarzają się atoli przypadki zachorowań i śmierci także wśród zamożniejszej ludności. Jest to też dowodem nasilenia epidemii.

Wśród społeczeństwa miejscowego rozpowszechniła się i z godną zaiste uwagi uporczywością utrzymuje pogłoska „ *iż lekarze, tak na mieście jak i w oddziałach dla cholerycznych trują ludzi zapadłych na cholere; cel takiego postępowania, zdaniem głupich szerzycieli tych plotek, jest ten, że ponieważ cholera jest nieuleczalną zaraźliwą chorobą, najlepiej przeto zabić takiego chorego, poprostu w imię dobra publicznego*“ (sic!). Skąd mogło powstać coś tak potwornego? Najbliższemu prawdy wydaje się nam następujące tłumaczenie.

Znaną jest wogóle bezkrytyczność tłumów wobec klęsk ogólnych w rodzaju głodu, wojny, pożaru, powodzi i t. p., kiedy to uczucie strachu, paraliżując zdrowy sąd o rzeczy, w umyśle pojedynczego i zbiorowego człowieka wytwarza grunt podatny do przyjęcia najdziwniejszych idei. Zaskoczony nieszczęściem człowiek daje wiarę naj-

głupszym pogłoskom, a zatraciwszy możność rozróżnienia fałszu od prawdy, odruchowo prawie popełnia czyny bezcelowe, tłocząc i dusząc się u drzwi wychodowych, które otwierają się do wewnątrz płonącego gmachu, tłumnie pierzchając przed garstką prześladowujących nieprzyjaciół, których uciekający mogliby stratować w mgnieniu oka dzięki tylko swej liczebności; to znów pospólstwo morduje niewinną ofiarę, którą narazie wskazano mu jako przyczynę nieszczęścia, rzucając np. w płomień domniemanego podpalacza. (Sam byłem świadkiem podobnego faktu na Podolu).

Epidemia cholery, jednej z najstraszniejszych chorób, w podobny sposób oddziaływa na ludzi. Bezkrytyczne wystraszone masy nieoświeconej ludności wobec tej klęski wszędzie zachowują się jednakowo. W Hiszpanii w czasie ostatniej tam epidemii cholery lżono i bito lekarzy. Nad Wołgą rozbijano baraki dla cholerycznych i ukamienowano lekarza Mołczanowa, który przybył nieść pomoc swoim oprawcom. U nas opowiadają sobie krzywdzące lekarzy opowieści o truciutku przez nich chorych; rozbijają dwukrotnie karetkę przeznaczoną do wozienia cholerycznych *); a do czego jeszcze u nas tłumy są zdolne, to może okazać się w przyszłości.

Najsmutniejszym i bardzo dziwnym zarazem faktem jest to, iż pogłoskom o truciutku cholerycznych zaczyna potrochu wierzyć nawet ta część publiczności, która ma pretensję do pewnego wykształcenia i inteligencji. Niejednokrotnie ja i inni koledzy byli serjo zapytywani tajemniczo przez osoby z tej sfery: „Czy rzeczywiście lekarze mają takie zlecenie od władzy, aby cholerycznym podawać truciznę?“ Tu już nie wiadomo, czy śmiać się czy oburzać! To tylko pewna, że jest to bardzo smutny objaw społeczny, mogące mieć złe następstwa, jeśli się przeciw niemu nic nie pocznie. Duchowieństwo z ambon, a z drugiej strony prasa powinna, zdaniem naszym, oświecać w tym względzie ciemne i rzekomo oświecone masy.

Ujemny wpływ szerzenia się będących w mowie pogłosek już się ujawnia. Oto chorych zapadłych na cholere, bojąc się, aby ich nie odwieziono do oddziału, otoczenie ukrywa jak najdłużej, usuwając od skutecznej pomocy lekarskiej, jaką jest ona niewątpliwie w początku choroby; a dzięki przedłużeniu się pobytu chorego w domu i niezachowaniu odpowiednich ostrożności, zaraza szerzy się wśród bliższego otoczenia, a potem i dalszego sąsiedztwa. Dalej, dzięki temu, iż choleryczni późno po największej części dostają się do oddziałów, śmiertelność w tym roku jest dość znaczną, bo dochodzi prawie do 50⁰/o.

Wobec tego ukrywania chorych przed okiem władz policyjno-lekarskich, właściwie mówiąc, nie mamy dokładnego pojęcia o rzeczywistym przebiegu epidemii w Warszawie. Liczba zapadłych na cho-

*) Fakt ten miał miejsce niedawno w Warszawie. Wobec tego, aby nie drażnić pospólstwa, chorych takich odwożą obecnie do oddziałów zwykłymi dorożkami.

lerę w rzeczywistości jest większą od urzędowej, jaką powyżej podaliśmy. Sądźmy, iż nie będziemy zbyt dalecy od prawdy podnosząc ją dla samej Warszawy z Pragę do 800 zachorowań od początku epidemii do obecnej chwili, t. j. od 30 I. do 10 VIII r. b.

Korespondencyja Kroniki.

Zbiorowe badanie w kwestyi operacyjnego leczenia złośliwych nowotworów krtani.

Szanowny kolego Redaktorze!

31-go grudnia 1893. roku upłynęło lat 20 od czasu, gdy po raz pierwszy Billroth dokonał całkowitego wycięcia krtani. W przeciągu tego czasu wykonano około 200 ekstyrpacyi całkowitych krtani, prawie 100 częściowych, jako też wiele laringofissur i wewnętrznych operacyj z powodu guzów złośliwych krtani (raki, mięsaki). Zdawałoby się, że cyfry te powinny dawać dostateczne pojęcie co do skuteczności tej, lub owej metody operacyjnej. A jednak tak nie jest. Dziś jeszcze co do tej kwestyi panują różnorodne pojęcia: jedni uważają wycięcie krtani, jako jedyną racjonalną metodę leczniczą, w tem cierpieniu inni natomiast odmawiają jej racyi bytu. Bezwątpienia przyczyną tych różnorodnych poglądów jest brak dokładnej statystyki — przynajmniej w ostatnich czasach (od ostatniej statystyki upłynęło około 4 lat). Byłoby więc wielce interesującym dowiedzieć się, jak często obecnie operacje te (laryngectomia-laryngofissura etc. są wykonywane i jakie też dają wyniki. Nie łatwo to jednak zebrać dokładną statystykę. Przyszedłem do przekonania, że najlepszym w tym celu środkiem będzie odezwa do wszystkich laryngologów, oraz chirurgów z prośbą o łaskawe dostarczenie mi danych, zarówno dotyczących operowanych przez nich przypadków w przeciągu 20-tu lat ostatnich do 1 lipca 1894 r.) jako też swoich poglądów na tę kwestyę. Dla ułatwienia zadania, podaję tu następujący szemat:

1. Imię i miejsce zamieszkania operatora (resp. Laryngologa).
2. Wiek i płeć chorego.
3. Ogólny stan chorego (zajęcie lub nie, gruczołów limfatycznych).
4. Obraz krtaniowy (prawa lub lewa strona etc.)
5. Rozpoznanie (kliniczne resp. drobnowidzowe).
6. Data operacyi (dzień, miesiąc, rok).
7. Rodzaj operacyi (endolaryngealna, thyreotomia, laryngectomia totalis et partialis).

8. Rezultat operacji (śmierć, przyczyna? recydywa, zrosty? wyleczenie, data ostatniego badania resp. ostatniej wiadomości).

9. Ogłoszone (gdzie?) lub nie ogłoszone przypadki.

10. Uwagi (ogólny pogląd etc.).

Dane te w polskim, francuskim, niemieckim lub angielskim języku upraszam uprzejmie w możliwie krótkim czasie nadsyłać pod adresem niżej podpisanego.

Tusząc sobie, że powyższa odezwa, jako mająca na celu tak ważną kwestyję, znajdzie przychylnie uznanie, nie pozostaje mi nic innego jak tylko z góry złożyć moje serdeczne podziękowanie wszystkim Laryngologom i Chirurgom za ich łaskawe poparcie moich pod tym względem usiłowań. Jednocześnie odezwa ta będzie ogłoszona w Centr. für Ohr. jakoteż w innych czasopismach specjalnych.

Dr. Jan Sędziak.

Warszawa 139 Marszałkowska.

Od redakcyi. List powyższy został również wydrukowany w „Intern. Centrabl. f. Laring. etc.“ (zeszyt lipcowy); uważany za odpowiednie przytoczyć na tem miejscu uwagę, jaką pismo to od siebie dodało:

„Najgoręcej polecamy w powyższym liście poruszoną kwestyję usilnemu poparciu kolegów. Jak to kolega Sędziak słusznie zaznacza, różnią się jeszcze dziś znacznie poglądy co do racjonalności wskazań i metod leczenia radykalnego w raku krtań, również od dłuższego stosunkowo czasu nie uczyniono nic, ażeby w tym czasie zebrane spostrzeżenia przejrzeć i krytycznie ocenić, jakkolwiek w mowie będąca kwestyja wobec stosunkowej rzadkości operacji oraz upodobania pojedynczych operatorów do pewnych metod nadaje się znakomicie do takiej ogólnej „Enquete“.

Również niejednokrotnie wygłaszane, skądinąd słuszne życzenie: ażeby z jednej strony i niepomyślne przypadki były ogłaszane, z drugiej zaś strony, ażeby uzupełnić nowemi szczegółami o dalszych losach podanych—jako wyleczonych chorych—dotąd w bardzo ograniczonym stopniu było uwzględniane.

Z tych wszystkich powodów życzliwie witamy projekt kol. Sędziaka i mamy nadzieję, że poparcie kolegów, mających odnośne doświadczenie, umożliwi mu cel powyższy na podstawie tak bogatego materiału skutecznie na tyle, że jego wyniki będą miały wielką praktyczną wartość.

Co się zaś tyczy specjalnej legitymacyi kol. Sędziaka, że się tego zadania podjął, wypada nam tylko przypomnieć czytelnikom Centralblatu, że tenże w roku zeszłym na międzynarodowym konkursie przez Tow. lek. w Tuluzie ogłoszonym, za najlepszą pracę o rozpoznawaniu i leczeniu nowotworów złośliwych otrzymał medal złoty i 1000 franków (por. Cent. VIII, p. 410 i IV p. 114. — *Red.*)“.

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Lipcu 1894 r.

1. *Z. Bychowski*. O chorobie Parkinsona (Med. 25, 27, 28, 29).
2. *A. Wojnicz*. Przypadek wrodzonego wycięcia pęcherza moczowego (Med. 27).
3. *W. Stepiński*. Przypadek wyleczenia bliznowatego zwężenia odźwiernika na drodze operacyjnej (Med. 28).
4. *W. Biegański*. Samoistne przykurczenie palców (Med. 29).
5. *H. Higier*. Zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego u noworodków i dzieci (Med. 30).
6. *J. Jaworski*. Moczówka cukrowa u półtorarocznego dziecka (Gaz. Lek. 27).
7. *A. Chełmoński*. Badania kliniczne nad działaniem bodźców zewnętrznych miejscowych (Gaz. Lek. 27).
8. *Spira*. O patologii i leczeniu niezytu przewlekłego ucha średniego (Gaz. Lek. 27, 28, 29, 30).
9. *Fr. Kijewski*. O rozszczepieniu krtani (Gaz. Lek. 28, 29, 30).
10. *K. Ciagliński*. Przyp. wrodzonego zwężenia aorty (Gaz. Lekarska 28).
11. *F. Rączewski*. Przyczynę do symptomatologii drgawek porodowych (Gaz. Lek. 28).
12. *A. Kuczyński*. Tani i prosty aspirator (Gaz. Lek. 29).
13. *J. Czajkowski*. Kilka uwag z powodu t. zw. Gorączki gruczołowej (Gaz. Lek. 30).
14. *J. Ulanowski*. Przyczynę do terapii cholery azyatyckiej (Przeg. Lek. 25).
15. *Dr. Watraszewski*. O działaniu rtęci w przymocie czasowo ubiegłym (Prz. Lek. 27, 28).
16. *Z. Pełczar*. Osteomalacya z uwzględnieniem leczenia jej kąpielami słonymi (Prz. Lek. 27, 28).
17. *A. Rosner*. O powikłaniu ciąży guzami jajnika (Prz. Lek. 27, 29 nieskończ.).
18. *O. Bujwid*. O przymiotach dobrej wody oraz metodach badania ze stanowiska współczesnej higieny (Przeg. Lek. 29 niesk.).
19. *A. Lange*. Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej (Prz. Lek. 28, 29, 30 nieskończ.).
20. *Schmidt*. Przypadek otrucia kwasem karbolowym (Przeg. Lekar. 30).
21. *T. Drobnik*. Dalsze doświadczenia nad leczeniem podrażnień dziecięcych za pomocą przeniesienia czynności mięśni (Now. Lek. N. VI).
22. *B. Wicherkiewicz*. O zapaleniu błoniastem spojówki (N. Lek. VI).

23. Dr. *W. Sobierański*. O leczeniu cholery (Now. Lek. 5, 6, nieskoń).

3. *Stępiński Wacław*. **Przypadek wyleczenia bliznowatego zwężenia odźwiernika na drodze operacyjnej.** 35 l. chory przed laty 9-u uległ zgnieceniu brzucha, w następstwie czego rozwinęły się powoli objawy niewątpliwego zwężenia odźwiernika.

Przy operacji znaleziono w najbliższym sąsiedztwie odźwiernika liczne zrosty, odźwiernik wskutek tego mało ruchomy; w przedniej zaś ścianie tegoż gwiazdowata blizna, która to właśnie była powodem zwężenia, nieprzepuszczającego nawet palca. Sposobem Heinekego-Mikulicza Raum zwężone miejsce rozciął podłużnie, zeszył zaś następnie w poprzek, czem osiągnięto znaczne rozszerzenie. Przebieg pooperacyjny idealny, wyleczenie zupełne.

W naszej literaturze jest to pierwszy przypadek pyloroplastyki, której znanych jest w ogóle 35 przypadków (z przyp. *Stępińskiego* włącznie), z tych 7 śmiertelnych. *D.*

8. *Spira*. **O patologii i leczeniu nieżyty przewlekłego ucha. Średniego.** Obszerna praca kompilacyjna. Rozpatrzywszy pokrótce etiologię nieżyty przewlekłego ucha średniego oraz zmiany anatomiczne i anatomo-patologiczne autor przechodzi do symptomatologii tego cierpienia. Bardzo ważnym jest rozpoznanie jednoczesnego zajęcia trąbki Eustachiusza. Dalej podaje szczegółowo metody badania słuchu i zastanawia się również dłużej nad drugim objawem, zarówno obok upośledzenia słuchu ważnym przy tem cierpieniu t. j. szmerami. W rozdziale o rozpoznaniu—słuszny nacisk kładzie na próby Webera i Rinne'go. Wspomniawszy, że rokowanie przy tem cierpieniu quo ad valetudinem completam jest niepomyślne—szczegółowo rozbiiera autor metody i środki lecznicze przy tem cierpieniu. Słusznie zwraca uwagę na ważność leczenia zmian w jamach nosowych i nosogardzielowej, dalej wykazuje dodatnie i ujemne strony katetyzacji i próby Politzera—wstrzykiwaniu środków farmaceutycznych bezpośrednio do jamy bębenkowej za pomocą kateteru, jako to pilokarpiny ($2^0/0$) lub par jodowych. W końcu mówi o leczeniu objawowym, oraz operacyjnym. *J. S.*

10. Dr. *K. Ciągliński*. **Przypadek wrodzonego zwężenia aorty** Na klinice prof. Gerhardta leżał 4-roletni chłopiec, w którego powyższe rozpoznanie postawiono na podstawie następujących danych: powiększone wymiary serca, szmer na wszystkich punktach serca i z tyłu z lewej strony kręgosłupa, pulsacja łuku aorty i tętnic szyjowych nie pozwalały wątpić o cierpieniu organicznym serca.

Największe natężenie szmeru u aorty, wielkie tętno w kończynach górnych i pulsacja tętnic szyjowych w obec małego tętna na kończynach dolnych wskazywały na przeszkodę w krążeniu, które miejsce się musi w aorcie między wyjściem głównych pni dla górnej części tułowia i takichże pni dla dolnej, jednym słowem wskazywały na tę specyjalną formę zwężenia aorty, którą się obserwuje poniżej odejścia art. subclaviae sin. na miejscu przewodu tętniczego Botala.

Cierpienie to długie lata przebiega skrycie (oboczny krwobieg); rozpoznanie we wczesnych okresach stawia się przypadkowo, gdy chory zwraca się do lekarza z całkiem innych powodów.

W późniejszym życiu serce obciążone większą pracą i aorta rozszerzona powyżej miejsca zwężenia łatwiej podlegają zmianom zapalnym; często chorzy umierają nagle skutkiem porażenia serca lub pęknięcia tętniaka aorty.

Grzankowski.

11. Dr. T. Rapczewski. **Przyczynę do symptomatologii drgawek porodowych.** U ciężarnej w 7 miesiącu wystąpiły drgawki, które były poprzedzane ślepotą, pojawiającą się na kilka godzin lub minut przed napadem i ustępujące wkrótce po napadzie.

Stan taki trwał 3 dni, drgawki ustały i chora wróciła do zwykłych zajęć. Po 2 $\frac{1}{2}$ tygodniach wystąpiła ślepotą której towarzyszył silny ból głowy, nudności, wymioty; drgawek w tym razie nie było.

Po kilkugodzinnem trwaniu ślepotą znikła, a w 2 dni potem chora urodziła dziecko żywe w 8 miesięcy stan poporodowy bez powikłań. Kol. R. ogłasza spostrzegany przypadek ze względu na to, że ślepotą przy drgawkach spotyka się bardzo rzadko. Olshausen widział 3 przypadki analogiczne i uważa ową ślepotę za rodzaj aury przed napadem drgawek.

Grzankowski.

12. A. Kuczyński. **Tani i prosty aspirator.** (G. L. N. 29 str. 759). Przyrząd pomysłu A. K. jest rzeczywiście nader prostej budowy i w zupełności zastępuje drogi przyrząd Potain'a lub Dieulafoy. Istotną część przyrządu stanowi rurka, tkwiąca w korku butelki, w której rozrzedza się powietrze za pomocą zwykłej szprycy, połączonej z nią za pomocą cewki gumowej. Koniec dolny owej rurki jest ślepo zakończonej, a nad nim w ścianie rurki znajduje się otworek zasłonięty od środka tejsze blaszką kauczukową; drugi takiż otworek w ścianie tejże rurki znajduje się po nad korkiem butelki a od zewnątrz zamyka go blaszka kauczukowa, resp. krótka rurka gumowa. Przy takiej konstrukcyi, rzecz jasna, przez wyciąganie tłoka szprycy, rozrzedza powietrze w butelce, przy ruchu zaś tłoka w odwrotnym kierunku, powietrze, zawarte w szprycy, górnym otworem rurki zostaje wypchnięte na zewnątrz. W ten sposób rozrzedzenie powietrza w butelce można doprowadzić od $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{8}$ atmosfery. Przyrząd taki można łatwo zrobić sobie samemu, stosownie do wskazówek, podanych przez autora.

W. Świątecki.

13. Józef Czajkowski. **Kilka uwag z powodu t. z. gorączki gruczołowej.** Etiologia i patogenesa gorączki gruczołowej, oraz stanowisko jej w klasyfikacyi chorób dotąd rozstrzygnięte nie zostały.

Podczas gdy jedni (E. Pfeiffer, Heubner) uważają ją za chorobę samoistną zakaźną, inni znowu odmawiają jej tej samoistości, przyjmując ją za jedną z postaci tej lub owej choroby zakaźnej. Autor w ostatnich czasach spostrzegał koło 30 przypadków gorączki gruczołowej, 9 z tych przypadków w pracy swej opisuje. W 3 przypadkach znalazł autor we krwi chorych, a raz jeden w mięszu gruczołu chłonnego laseczniki, które za identyczne z lasecznikami grypy

uważa. Ze spostrzeżeń i badań swych wysnuwa autor wnioski: że tak zwana gorączka gruczolowa, jako odręba postać chorobowa nie istnieje, że najprawdopodobniej jest to tylko jedna z licznych postaci grypy, ze szczególnem umiejscowieniem choroby przeważnie w gruczolach chłonnych i że przyczyną ją wywołującą jest według wszelkiego prawdopodobieństwa lasecznik grypy.

H. K.

14. J. Ulanowski. **Przyczynek do terapii cholery azyjskiej.** Autor podaje sposób leczenia, jaki stosował u cholerycznych w 1867 i 1892 w czasie epidemii w Lublinie, i terapii tej przypisuje bardzo dobre wyniki, albowiem nawet kobiety ciężarne zdrowiały i ciąża szczęśliwie dobiegała do końca. Tymczasem w przebiegu tych epidemii w Rosyi i w Królestwie statystyka wykazuje dużą śmiertelność, a szczególnie wysoką u ciężarnych.

W początku choroby podawał autor chorym mieszankę: Rp. Infus. rad. rhei 4.0—210.0; Acid. muriat. dil. 2.5; Syr. menth. pip. 30.0 MDS. Co godz. łyżkę stołową.

Okolicę żołądka pokrywał watą zmoczoną rozczyntem Mentolu w alkoholu (4:120), zmieniając ją co parę godz.; tymże rozczyntem lekko nacierał chorym mięśnie podległe kurczom.

Po ustąpieniu ryżowatego wejrzenia stolców aż do wyzdrowienia podawał swoim chorym co 2 godziny po łyżce stołowej mikstury: Rp. Infus. rad. acor. calami 6.0—210.0; Acid. muriat. dil. 2.5; Syr. menth. pip. 30.0.

Prócz tego chorzy dostawali rum, koniak, wódkę miętową, kawę czarną zimną, herbatę i odwar mięty w małych ilościach co parę godzin. Za pokarm ozdrowieńcy spożywali żółtka ubite z cukrem i z małą ilością rumu (od 4—6 żółtek dziennie).

Weale nie stosował autor: kąpieli, iniekcji, nacierania lodem, enteroklizm ani kalomelu, stosowanych dziś powszechnie, uważając je za wprost szkodliwe. Statystyki swoich chorych autor nie przytacza.

Dr. W. Świętecki.

15. Watraszewski. **O działaniu ręki w przymiocie pozornie ubiegłym.** Z chwilą, gdy przymiot odbył swe główne fazy w ustroju, następuje zazwyczaj okres dłuższego spokoju.

Objasnić sobie możemy to albo w ten sposób, że zarazek zupełnie opuścił ustrój, albo też, że część zarazka pozostała się, ale wskutek naturalnego odczynu, jaki daje zdrowa tkanka na obcy żywiol, nastąpiło otorbienie, uwięzienie zarazka i dla tego owe odosobnione ogniska chorobowe na pewien czas lub też na zawsze mogą w zupełnym pozostać spokoju.

Pod wpływem jednak bodźców zewnętrznych, działających już to wprost już to pośrednio (urazy, wrzody weneryczne, pryszczycyca, rhagades traumaticae repetatae, furunculus etc.) zarazek uwalnia się z otaczających go więzów i jest zdolnym do wywołania zmian chorobowych właściwego sobie charakteru tam, gdzie się znajdzie, albo w każdym innym miejscu, w którym stosunki miejscowe są dla niego przyjaźniej-

sze. Otóż do takich bodźców należą, zdaniem autora, kuracje ręcione powtarzane peryodycznie w nieodpowiednim czasie.

Zastosowanie ręcici w tych przypadkach niszczy przeszkody ograniczające ogniska chorobowe od przyjmowania udziału w sprawach życiowych ustroju, a to wskutek powinowactwa chemicznego ręcici do białkanów ustrojowych, co jest rzeczą dostatecznie stwierdzoną.

O ile więc kuracje ręcione są dzielnym środkiem przy leczeniu objawów przymiotu, o tyle jako metoda zapobiegawcza nie mają żadnej racjonalnej podstawy tembardziej, że w braku pewnych danych, rządzić się tu musimy empiryją, która co raz mniej znajduje zwolenników. Przymiot układu nerwowego jest w ostatnich latach tak częsty, że pominąwszy inne okoliczności, cechujące nasz „wiek nerwowy“, możemy postawić sobie pytanie zupełnie słuszne, ażali nie przyczyną tego metoda zapobiegawcza, tak szeroko w ostatnich czasach stosowana.

Edmund Kurella.

21. T. Drobnik. **Dalsze doświadczenia nad leczeniem porażen dziecięcych, za pomocą przeniesienia czynności mięśni.** (N. Lek. Nr. 7 str. 323). Metoda autora polega na zszyciu ścięgna mięśnia zdrowego, odpowiednio wybranego, z przyczepem mięśnia porażonego.

Do jednego przypadku, opisanego w Gaz. Lek. w r zeszłym, obecnie dodaje autor opis leczenia swoją metodą 7 nowych przypadków porażen dziecięcych na dolnych i górnych kończynach. We wszystkich przypadkach wynik był zupełnie zadawalniający. Jako leczenie pooperacyjne zaleca się mięsienie.

Wł. Świętecki.

22. Wicherkiewicz Bol. **O zapaleniu błoniastem spojówki.** Opierając się na ścisłej obserwacji odnośnych przypadków, autor dochodzi do przekonania, że conjunctivitis crouposa i conjunctivitis diphtheritica są to dwie postaci chorób łącznicy powiek, różniące się nie tylko pod względem etiologicznym, ale i pod względem klinicznym. Zapalenie błoniaste spojówki przebiega wśród objawów groźnych: silne obrzmienie i zaczerwienienie powiek i silne przekrwienie łącznicy. Wydzielina śluzowa zwykle nie jest obfitą natomiast wewnętrzna powierzchnia powiek, załamki łącznicowe, a nawet spojówki gałki ocznej pokryte są błoną blado-szarego koloru, grubą na $\frac{1}{4}$ mm. Błona ta łatwo daje się zdjąć, pozostawiając powierzchnię gładką, mocno przekrwioną, lecz nie zawsze krwawiącą. Według W. zapalenie błoniaste, czyli krup spojówki jest sprawą odmienną od krupu gardła, z którym ma tylko wspólne miano; W. byłby prędzej zdania, że krup spojówki jest ostrzejszą postacią nieżyty powiek.

Zapalenie błoniaste łącznicy występuje przeważnie na wiosnę, u dzieci w wieku lat 2—3 i zwykle przebiega w postaci epidemii. Przechodząc do sposobów leczenia, autor jest zdania, że, w początkowych okresach zapalenia błoniastego spojówki, środki łagodzące więcej skutkują, aniżeli środki żrące, lub odkażające. Najbardziej zadawalniające wyniki W. otrzymywał przy stosowaniu zimnych okładów z rozczyynu octanu ołowiu i przy częstych przemywaniach worka łącznicowego słabym rozczynek kwasu borowego. Dopiero, kiedy przejdzie

okres wytwarzania się błon, a nastąpi obfita wydzielina, W. radzi stosować $\frac{1}{2}\%$ rozczyń salestrzanu srebra; z chwilą jednak, gdy wydzielina zacznie się zmniejszać, potrzeba znowu przejść do stosowania środków łagodzących.

W. Garliński.

NEKROLOGIJA.

— Temi dniami zmarł w Warszawie weteran naszej nauki, jeden z najstarszych lekarzy polskich **dr. Henryk Podowski**, urodzony w 1804 r. Zmarły kończył uniwersytet warszawski i niezadługo objął naczelne kierownictwo szpitala Ś-go Łazarza, któremu do niedawna przewodniczył, łącząc zawsze głęboką wiedzę z wielkiem długoletniem doświadczeniem. Wkrótce po objęciu wymienionej posady zmarły zasłynął jako badacz w obranej dziedzinie, a sława jego sięgała po za granice naszego kraju. Prac jego wyliczać nie będziemy, znajdują je ciekawie w słowniku lekarzy polskich. Do ostatnich chwil życia mimo tyloletniej pracy, zmarły zachował świeżość i przytomność umysłu, do ostatnich chwil niemal praktykował w Warszawie.

Czyż mamy wspominać, że jemu szpital Ś-go Łazarza zawdzięcza swój rozwój, że z pod jego kierownictwa wyszła znaczna część dzisiejszych syfilidologów, że całą duszą ukochał swój przedmiot, że wreszcie był jednym z najzaczniejszych członków społeczeństwa i ojców rodzin—zbyteczne to chyba bo spiżowa jego postać znana była całej Warszawie i zbyt długo świeciła swemi przymiotami.

To też żegnamy dzielnego pracownika, co naszym dziadom i pradiadom był jeszcze współczesny, życzeniem wiecznego spokoju, na który swem życiem pracowitem zasłużył.

J. Z.

— **Bojasiński Michał Dr. med.**, lekarz powiatu błoskiego i właściciel zakładu wodoleczniczego w Grodzisku. Zmarły pisywał liczne artykuły, które umieszczał przeważnie w Medycynie. Zmarł w Krynicy.

— W Wiedniu zmarł w 84 roku życia znany anatom prof. **Józef Hyrtl**. Był on ostatnim z koryfeuszów szkoły wiedeńskiej, szczytującej się imionami Rokitansky'ego, Skody i Oppolzera. Co ci badacze zdziałali w anatomii patologicznej i klinice, to Hyrtl zdziałał dla morfologii zdrowego ustroju. Imię jego jest znané wszystkim, a tak ściśle związane z anatomiją człowieka, że nie ma zakątka świata, gdzieby go studjujący medycynę nie czytali i nie zachwycali się jego świetnym wykładem, zawartym w Lehrbuch der Anatomie. Hyrtl umiał nawet tak suchy przedmiot jak anatomiją wyłożyć zajmująco, natchnąć, że się tak wyrażę, sekowane martwe części życiem i zachęcić do dalszych badań i dociekań. Toż samo w większym może stopniu dotyczy jego „Lehrbuch der vergleichenden Anatomie“, która zarówno jak i pierwsza doczekały się licznych wydań i tłumaczeń na wszystkie niemal języki. Oryginalność i ścisłość wykładu idzie razem

z wykwintnym i kwiecistym stylem, jakim nie wielu profesorów niemieckich poszczycić się zdoła.

Hyrzl urodził się w 1811 roku w Eisenstad na Węgrzech, uniwersytet skończył w Wiedniu; w 1837 roku został powołany na profesora anatomii w uniw. Praskim, a od roku 1845 w Wiedeńskim. Zmarły ustanowił liczne stypendyja dla studentów z olbrzymiego majątku, jaki przyniosły mu jego prace.

Nadesłano do Redakcyi.

A. Grossglik: Przyczynki do fizjologii zrazów czołowych. Odb. z Medycyny.

Prof. Dr B. Wicherkiewicz: Wspomnienia o XI kongresie lekarskim w Rzymie. Odb. z Now. Lek.

Tenże: O zapaleniu błoniastem spojówki. Odb. z Now. Lek.

Kuczyński A: Tani i prosty aspirator. Odb. z Gaz. Lek.

R. Drews: Ueber Salophen und seine Anwendung in der Kinderpraxis. Odb. z Allg. Med. Central. Zeitunh.

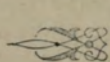
Dr. de Buck: Sulfonal, trional et tétronal. Odb. z La Flandre médicale.

W. Biegański: Logika medycyny czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich. Wyd. z zapom. kasy Mianowskiego Warszawa 1894 r.

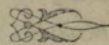
Do niniejszego zeszytu dołącza się rysunek do artykułu D-ra E. Bregmana p. t. „Obecny stan rzeczy o władze rdzenia.“

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.



Ogłoszenia.



Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych.

Ulica Wspólna Nr. 42.

Sprzedaż win z winnic Cesarskich Apanaży.

WINA WYBOROWE
DELIKATESY,
ŚNIADANIA, KOLACJE,
Gabinety rodzinne
róg Widok i Marszałkow.
Telefonu Nr. 100

Emitage

w Warszawie.

WINIARNIA

OSTRYGI

OSTRYGI



OSTRYGI

Towary Kolonialne i Delikatesy

„**POD BACHUSEM**”

(Warszawa, Telefonu Nr. 100)

WINA ZAGRANICZNE,

KONIAKI, LIKIERY, RUMY,

Ze składu Hurtowego win

MAURZYCY SEYDEL i S^{ka}

w WARSZAWIE.



GŁÓWNY SKŁAD

WIN GRUZIŃSKICH

z winnic Księcia Z. A. DŻORDŻADZE

w Kachety—Tyflis.

Czystość tych win stwierdzoną została analizą
profesora Struve.

Czystość win stwierdzoną zostaje analizami Magistra Nauk Przyr. N. Milicera oraz D-ra Aleksandra M. Weinberga.