

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: † Prof. Marceli Nencki—przez *J. Zawadzkiego*—str. 997. Z rysów charakteru *M. Nenckiego*—napisał *J. Jaworski*.

Prace oryginalne. I. *R. Morozewicz*—Zatrzymanie moczu u dziecka jako powikłanie influenzy—str. 1002. *Dr. F. Flatau i J. Koelichen* — O zapaleniu rdzenia (c. d.)—str. 1004.

Dział sprawozdawczy: I. *Choroby wewnętrzne*: 598. *M. Breitman*—Etyologia i patogeneza przymiotowych cierpień serca—str. 1012. 599. *C. Fraenkel i G. Sobornheim*—W kwestyi tz. zooterapii—str. 1018. 600. *Grunow*—O użyciu zastrzykiwań podskórnych żelatyny w celu powstrzymywania krwotoków—str. 1019. II. 601—603 *Wiadomości pomniejszych* — str. 1020. III. *Notatki bibliograficzne*—str. 1022. IV. *Z Tow. lekarskiego lubelskiego*—str. 1022. V. *Z Tow. lekarskiego warszawskiego*—str. 1027. VI. *Rudolf Virchow*—str. 1033. *Kronika bieżąca* str. 1034. *Zmarli*—str. 1035. *Ogłoszenia*.

Sommaire du Nr. 21. † M. Nencki—par *J. Zawadzki et J. Jaworski*.

Travaux originaux: *R. Morozewicz* — Sur la rétention de l'urine après la grippe. *Dr. E. Flatau et dr. J. Kölichen*: Sur les myélites.



MARCELI NENCKI.

I.

Kiedym w lutym 1898 roku kreślił sylwetkę Marceliego Nenckiego z powodu 25-letniej jego działalności, a w lipcu r. z. streszczał znakomite jego przemówienie w Krakowie, nie sądziłem, że dziś już wypadnie mi kreślić jego nekrolog. Tak krótki przeciąg czasu, a pełen sił, niesłabnącego zapału do pracy, uczony rozstał się z nami. Śmierć nastąpiła tak nieoczekiwanie, iż nikt na razie nie przypuszczał, by to, co jest rzeczywistością, w istocie nią być mogło. Niedawno jeszcze, bo przed paru miesiącami, zdawało się, zdrow zupełnie był w Warszawie, w czerwcu zaledwie złożył Akad. Umiejęj.

w Krakowie wspaiała pracę o pochodzeniu barwników roślinnych i zwierzęcych, w której dowiódł, że hematoporfiryna i filoporfiryna są ciałami identycznymi, a już przestał czuć i myśleć na wieki.

Czyż mam wyliczać na tem miejscu prace i zasługi N e n c k i e g o, czyż mam przypominać dzieje jego życia—nie sądzę, uczyniono to w dniu jego jubileuszu, w dniu 7 lutego 1897 roku, poświęcono rozbirowi prac kilka, wydanych oddzielnie, uwalnia więc to mnie od powtarzania dat i oceny prac jego, tak zresztą różnorodnych i tyle dotyczących kwestyi z chemii czystej i biologicznej, że przechodziło by to siły pojedyncze.

Ograniczę się więc do przypomnienia paru dat z jego życia.

Urodził się 15 stycznia 1847 roku w Boczkach, w powiecie sieradzkim, z rodziny od wieków osiadłej, ziemiańskiej.

Gdy w 17 r. życia ukończył gimnazjum w Piotrkowie, zamierzał początkowo poświęcić się filozofii, którą rozpoczął studyować w Krakowie, niebawem jednak przeniósł się do Jeny, gdzie studyował sanskryt i filologię, porzuca jednak N e n c k i wkrótce studia nad językami i zapisuje się w 1865 r. na wydział lekarski w Berlinie, który kończy w 1870 r. Po za medycyną jednak już na kursach budzi się w N e n c k i m zapał do chemii, którą studyował u B e y e r a, największego z chemików ówczesnych. To też gdy w r. 1871 został asystentem K l e b s a w Bernie, pracami swemi z dziedziny chemii organicznej tak wkrótce zasłynął, że powołano go na katedrę nowo utworzoną dla niego chemii lekarskiej, prócz której od r. 1888 wykładał bakteryologię. W r. 1891 został powołany do instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu i na stanowisku kierownika wydziału chemiczno-bakteryologicznego tu w d. 14 b. m. życia dokonał.

Zmarły był doktorem honoris causa Wszechnicy Jagiellońskiej, członkiem Akademii umiejętności w Krakowie, członkiem honorowym naszego Towarzystwa lekarskiego i redaktorem „Jahresbericht über die Fortschritte der Thierchemie“.

Ostatnią jego pracą była praca nad barwnikami ustrojowymi, pierwszą — o utlenianiu ciał aromatycznych. W przerwie w ciągu lat 30 przeszło sto prac drukiem ogłosił, a każda była nowym przyczynkiem do najżywotniejszych kwestyi. Chemia lekarska zawdzięcza mu poznanie guanaminy i jej pochodnych, kwasu tio-pseudomoczowego, rodaminowego, esterów fenolo-salicylowych (pomiędzy innymi salol wszedł do farmakologii), barwników krwi i produktów rozkładu białka; świeżo wykluta nauka o toksynach—wykrycie toksyny laseczników gruźliczych, prace nad cholera i księgosuszem.

To za ledwie drobna cząstka prac jego i jego uczniów, których stworzył cały zastęp.

Odsyłając czytelnika do oceny prac jego, podjętej w r. 1897 na, tem miejscu, żal tylko wielki wyrazić mogę, że tak wczesnie rozstać się z wielkim uczonym wypadło nauce.

J. Zawadzki.

II.

Z rysów charakteru

Prof. Marcelego Nenckiego.

Indywidualność profesora M. Nenckiego była nawskróś oryginalną, niepospolitą. Wyróżniał się nie tylko sposobem myślenia, wystawianiem się, ale i postępowaniem jako człowiek i uczonec. Odbijał też swymi cechami charakteru i umysłu nie tylko od otoczenia, lecz wybitnie się różnił pod pewnymi względami od reszty współczesnych mu uczonych współczesnych.

Wiemy, że nawet ludzie niezwykli umysłem podlegają ewolucyom prądów i zapatrywań, właściwych szerszemu ogółowi.

Dzisiejszy znakomity chemik, czy biolog, to nie tylko uczonec, zamknięty samotnie w ścianach swej pracowni, niedostępny dla ludzi, i obojętny na ideje, dalszy, niebezpośredni związek z jego pracą mieć mogące. Ten olbrzymi postęp, jakim odznaczały się w XIX stuleciu nauki przyrodnicze w ogólności, a przedewszystkiem chemia, objawił się bardzo wyraźnie i w nauce lekarskiej. Naprzód dostarczeniem mnóstwa nowych faktów, powtóre tem, że metoda ścisłego dochodzenia tam praktykowana, zastosowaną została w zupełności do medycyny. Ztąd—ułatwienia, udogodnienia w samej pracy, ztąd coraz większe zastępy wyszkolonych pracowników, którzy na niwie naukowej, w dziedzinie odkryć, udział brać mają możność.

Dzisiaj chęć i dążność zdobycia nowych faktów, poczynienia nowych odkryć ogarnia już nie pojedyncze, wyjątkowe jednostki, lecz szeroki ogół badaczy. Tym sposobem wytwarza się szlachetne współzawodnictwo, które bywa zazwyczaj dźwignią nauki, niekiedy jednak przynajmniej na pewien czas zahamowaniem tejże. Niepokój myśli ludzkiej, usiłujący wydrzeć tajemnice naturze, stał się pewnego rodzaju cierpieniem badaczy. Złe się dzieć może i dzieje, gdy współczesne gorączkowe życie społeczeństw, żądze nowych zdobyczy, niełatwo dostępnych odkryć w dziedzinie nauki, a przedewszystkiem domagające się praktycznych wyników z badań, niepokój ten zwiększa,

podsyca. Niecierpliwa, a wszechwładna opinia publiczna odbiera badaczowi potrzebny spokój, niewzruszoną przedmiotowość—owe nieodzowne warunki dochodzenia prawdy naukowej.

Przykładu takiego zjawiska dostarcza nam historia wielu odkryć ostatniej doby, a jednym w więcej rażących—to historia tuberkuliny Kocha. Niech w tem, co piszę, nikt nie dopatruje nawet śladu z mej strony chęci umniejszania zasług naukowych wielkiego uczonego berlińskiego. Jedno, a nawet parę niepowodzeń naukowych tej miary badacza, co R. Koch, nie zdołają już dzisiaj przyćmić jego sławy, lub zmniejszyć zasług dawnych.

Zasługi znów dla nauki Marcellego Nenckiego są zbyt wielkie i doniosłe, aby stanowisko jego, jako uczonego, dopiero przez porównanie i zestawienia nabierać miało blasku...

Sława jego błyszczy jak słońce, a zdobyta jest samoistnie i za wysoką cenę.

Jeżeli pewne zestawienie, dzisiaj na tem miejscu, pozwalam sobie zrobić, to czynię to tylko i wyłącznie dla tego, aby podkreślić pewne cechy charakteru naszego uczonego, które go wśród równych mu nauką i sławą korzystnie wyróżniały.

Wielkie i bogate było duchowe i umysłowe uposażenie M. Nenckiego, a spokój istnie akademicki i dokładność drobiazgowa cechowały go zawsze i pod każdym względem. Dzisiaj już wszyscy to wiemy, co podczas historii z kochiną tylko dla szczupłego koła wtajemniczonych nie było tajemem, że badania bakteriologiczno-chemiczne laseczników gruźliczych przeprowadzał na dwa lata przed Kochem A. Hammerschlag w pracowni prof. M. Nenckiego w Bernie, działające zaś substancje w tuberkulinie wydzielił, jako albumozę, Hahn również u M. Nenckiego.

Nencki znał skład i sposób przyrządzania tuberkuliny, lecz do użytku jej nie zalecił, a powód tego określa temi słowy: „jestem zdania, że gdyby Koch posiadał bliższą znajomość chemicznej natury skutecznego składnika swej limfy, a z drugiej strony, gdyby znał prace Bergmanna i Augerera oraz Hildebrandta, chybaby nie był zalecił swej limfy przeciwko gruźlicy“ (*Schweitzer Wochenschrift für Pharmacie* № 29, 1891).

M. Nencki w historii odkrycia tego był na tyle szczęśliwym, iż umiał zachować właściwy mu spokój akademicki i cechującą go w badaniach dokładność drobiazgową. W ogłaszaniu zaś wyników badań, tak w tym, jak i w innych wypadkach, postępował w myśl zasady Horacjusza: odczytuj i przerabiaj ciągle, choćby nawet przez 9 at—*nonum prematur in annum*. Dowodów na to nie mam zamiaru

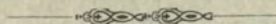
mnożyć, gdyż musiałbym powtórzyć w tem miejscu znane wystąpienie F. Hueppego p. n.: „Doniesienie R. Kocha w świetle krytyki“ (*Berl. Klinische Wochn. № 46, 1891*), w którym autor ten oddaje M. Nenckiemu przynależne uznanie i wskazuje i na jego zasługę w odkryciu. Późniejsza już publikacya Phula, pomocnika Kocha z której wynikało, że doświadczenia na zwierzętach dały zupełną nieskuteczność tuberkuliny w leczeniu spraw gruźliczych w płucach, jeszcze wyraźniej uwydatniły przezorną ostrożność i nieubłaganą przedmiotowość M. Nenckiego w tej tak gorączkowo i namiętnie omawianej przez świat naukowy sprawie.

Takim był M. Nencki w odkryciach wielkiej wagi i doniosłości, nie innym jednak i w zwyczajnych robotach i przedsięwzięciach laboratoryjnych. Doświadczyłem sam tego, zajmując się (1890—1895) w pracowni chemiczno-lekarskiej szpitali warszawskich. Prof. M. Nencki żywo się interesował pracami podejmowanymi tutaj przy udziale swego brata Leona i podczas swych częstych odwiedzin Warszawy, zwykł był po parę godzin w szpitalu Ś-go Ducha przebywać. W końcu lata 1894 r. przybyły profesor zastał nas żywo rozprawiających nad przypadkiem choroby Werlhoffa, który to przypadek podówczas w szpitalu spostrzegano. Dowiedziawszy się o co chodzi, odwiedził z nami chorą i poradził, aby bezzwłocznie zbadać i bakteriologicznie jej krew, a następnie zachęcił do wykonania szczepień na zwierzętach. W ten sposób doszliśmy do niespodziewanego, a ciekawego rozpoznania węglika (*Gaz. Lek. 1894*). W następnym roku prof. M. Nencki zaproponował mnie i bratu swemu Leonowi wypróbowanie otrzymanego przez siebie, nowego przeciwgorączkowego i bólkojącego środka, apolizyny. Prof. M. Nencki niezależnie od naszych badań (*Gazet. Lek. 1895*) polecił doświadczenia ze środkiem na zwierzętach dokonać w instytucie w Petersburgu, a wynik nam przesłał z dopiskiem: „macie tutaj doświadczenia kontrolujące, zestawienie ich z Waszemi zwiększy siłę dowodu“.

Oto niektóre ze znamiennych rysów charakteru wielkiego uczonego.

M. Nencki, wielki i nieporównany w pomysłach, drobiazgowy i pedantyczny w pracy, niedościgniony w wykonaniu, bezwzględnie przedmiotowy i nieubłaganie krytyczny w ogłaszaniu wyników, służyć może i powinien za wzór i drogowskaz, nie tylko wogóle dla badaczy, lecz nawet dla wielkich koryfeuszów nauki.

Józef Jaworski.



I. Zatrzymanie moczu u dziecka, jako powikłanie influenzy

(**Atonia aut paresis vesicae urinariae**).

podał

Roman Morozewicz.

(Rzecz czytana na pos. Tow. Lekarsk. lubelskiego d. 4 Stycznia 1901 r.).

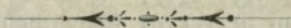
Wśród licznych powikłań, spostrzeganych w przebiegu influenzy lub jako choroby następcze po niej, różni klinicyści przytaczają: 1) różne postaci chorób narządów oddechowych, 2) choroby układu nerwowego, 3) choroby uszu i ocz, 4) krwotoki, 5) choroby serca i naczyń, 6) choroby narządów trawienia, 7) gościec wielostawowy, 8) białkomocz, zapalenie nerek. Choroby te pomieszczam w początku zstępującym co do częstości ich pojawiania się (według t. zw. skali Stricker'a). W dostępnej mi literaturze nie znalazłem żadnej wzmianki o zatrzymaniu moczu jako powikłaniu influenzy. W roku 1896 podczas panowania epidemii influenzy w Żółkiewce i jej okolicach spostrzegałem dwa przypadki zatrzymania moczu u dzieci chorych na influencję. Jeden przeto z nich bliżej i dokładniej przezemnie obserwowany ośmielałem się choć w krótkim opisie podać do wiadomości szanownych kolegów. W lutym wyżej wzmiankowanego roku byłem wezwany do chorej dwuletniej dziewczynki. Rodzice i niania dziecka przeszli przed paru dniami influencję, dziecko jest chore od 3-ich dni, od pierwszego dnia choroby gorączkuje, lecz gorączka, jak opowiadają dosyć inteligentni rodzice, nie była nigdy zbyt wysoka,—2-gi dzień nie oddaje moczu. Przy badaniu dziecka znalazłem: dziecko zupełnie przytomne, dobrze rozwinięte, niewielkie ślady krzywicy, ciepłota ciała 38,3C, oddech przyśpieszony, dziecko bezustannie jęczy, kaszle; stolec codziennie prawidłowy, wymiotów nie miało, w oskrzelach rozsiane zapalenie (bronchitis), śledziona nieco powiększona, P. 102, przy obmacywaniu brzuszka znalazłem: brzuszek dużych rozmiarów; wzdęty, nieco bolesny, nad spojeniem łonowym można wyczuć guz owalny, elastyczny, sięgający po za pępek; podług moich obliczeń dziecko nie oddawało moczu w ciągu 36 godzin, guz ten więc był nadmiernie przepełnionym i rozciągniętym pęcherzem moczowym. Przy pomocy elastycznego cewnika wypuściłem dużą miskę moczu, barwy jasno-żółtej, odczynu kwaśnego, bez zapachu wyraźnie amoniakalnego;

przy badaniu białka nie znalazłem. Po wypuszczeniu moczu wyżej wskazany guz znikł, dziecko się uspokoiło i zasnęło.

Chcąc się przekonać, z jakiej przyczyny powstało tak długo-trwałe zatrzymanie moczu, zbadałem jeszcze raz jaknajdokładniej dziecko; żadnej znanej mi przyczyny zatrzymania moczu nie znalazłem. Jak wiadomo, En g l i s z, który zajmował się szczegółowo kwestią zatrzymania moczu u dzieci, wymienia następujące przyczyny: 1) potworności i braki rozwoju,—nasza chora była zupełnie prawidłowo rozwinięta; 2) wrodzone zwężenie dróg moczowych,—u naszej małej pacjentki zatrzymanie moczu nastąpiło po raz pierwszy; gdyby zależało od jakiegoś zwężenia, takie zatrzymanie moczu miało by miejsce niejednokrotnie, czego rodzice nigdy nie zauważyli; widywałem to dziecko jeszcze w ciągu roku po przebytej chorobie, oddawało mocz podług zapewnień rodziców zawsze prawidłowo; 3) fałdy błony śluzowej dróg moczowych,—przy dostępnem mi badaniu tej przyczyny nie znalazłem; 4) nadmierna ilość kwasu moczowego: piasek i kamienie—szczegółowa analiza moczu nie dała tych składników, jakie zwykle znajdujemy przy wyżej wskazanych chorobach; 5) stany zapalne narządów moczowych i ich otoczenia,—skład moczu, brak śluzu w większej ilości, ropy i białka pozwalały wykluczyć stan zapalny narządów moczowych, ich zaś otoczenie było zupełnie prawidłowe; 6) cysty retencyjne gruczołów śluzowych cewki, przy badaniu nie znalazłem; 8) wypadnięcie błony śluzowej pęcherza—nie było; 9) śpiączka w chorobach zakaźnych, — tego objawu nie było; 10) choroby mózgowia i rdzenia, — żadnych objawów chorób mózgu i rdzenia nie obserwo-wałem.

Wobec wykluczenia wyżej przytoczonych przyczyn zatrzymania moczu, przyszedłem do przekonania, że w danym przypadku mam do czynienia prawdopodobnie z *atonią* lub *parezą* pęcherza moczowego wywołaną działaniem zarazka influenzy. O takiej atonii, lubo wspomina B o k e j, lecz tylko u dzieci starszych (od lat 5—7); to w nader rzadkich przypadkach *ciężko* przebiegających chorób zakaźnych, nasz zaś przypadek influenzy miał wogóle przebieg łagodny (małe podniesienie ciepłoty, brak objawów mózgowych, krótkie trwanie choroby (5 dni), wiek dziecka (2 lata), a wskutek tego, mniemam, wyróżnia się swą etiologią z wyżej przytoczonych przypadków zatrzymania moczu u dzieci. Wychodząc z zasady, że mam do czynienia u chorej z pewnego rodzaju porażeniem *detrusoris urinae*, w celu wzmożenia działania tego mięśnia, zaleciłem jako tonicum Inf. fol. urvae ursie 3,0—75,0 c. tra nucis vomicae gtt. V. Po wypuszczeniu moczu, dziecko nie oddało moczu w ciągu 20 godzin, lecz następnie,

oddawszy mocz dobrowolnie, w ciągu paru dni przyszło do zupełnego Zdrowia. Widywałem to dziecko jeszcze przeszło rok, podług oświadczeń rodziców oddawało mocz zawsze prawidłowo.

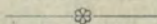


II. O zapaleniu rdzenia

podali

E. Flatau i J. Koelichen.

(Referat zbiorowy, odczytany na posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 21 i 28 Maja 1901 r.).



Ciąg dalszy.

Od tego prawidła ogólnego, dotyczącego charakteru porażień, spotykamy jednak w praktyce częste odstępstwa. Przy nagłym występowaniu porażień, co zdarza się w większości przypadków ostrego poprzecznego zapalenia rdzenia, posiadają one początkowo wszystkie, cechy porażień wiotkich, napięcie mięśni bywa mniejsze od normalnego odruchy ścięgnowe zniesione lub osłabione, niezależnie od tego, czy uszkodzone są odpowiednie włókna w drogach piramidalnych, czy też komórki nerwowe rogów przednich. Później dopiero w mięśniach, których porażenie zależy od uszkodzenia dróg piramidalnych, napięcie powoli wzrasta i staje się większem od normalnego, odruchy ścięgnowe wzmagają się, występują objawy spastyczne (clonus stopy rzepki).

Zauważono również niejednokrotnie, że przy wysoko umiejscowionych w rdzeniu ogniskach zapalnych, porażenie kończyn dolnych, jakkolwiek zależne od uszkodzenia dróg piramidalnych, pozostaje stale wiotkiem. Bastian i Thorburn wypowiedzieli pierwsi zdanie, że dzieje to się w tych przypadkach, w których jest zajęty cały przekrój rdzenia. Fakt ten stwierdzili następnie Bruns, Frankel, Renolds, Hoche, Egger, Habel, Babiński, A. Westphal, Brasch, Flatau i Leśniowski i inni.

W dalszym przebiegu cierpienia objawospastyczne w mięśniach mogą pozostać bez zmiany, nieraz jednak ulegają one wahaniom, m. i. i. o. wicie, słabną lub znikają zupełnie. Zależyc to może od po-

wrotu przerwanej czynności dróg ruchowych i być zapowiedzią rychłego wyzdrowienia, albo też od przejścia sprawy zapalnej na ośrodki ruchowe tych mięśni, co zdarza się zwykle w przypadkach o przebiegu bardzo ciężkim.

Jako skutek wzmożonej pobudliwości mięśni w porażeniu spastycznym, rozwijają się częstokroć w późniejszym okresie cierpienia przykurczenia stałe. Przykurczenia te występują najczęściej w kończynach dolnych w m. m. adductores cruris. Początkowo występują one jedynie przejściowo na skutek różnych podnieć w postaci spazmu w mięśniach (n. p. przy usiłowaniu wprowadzenia kateteru do kanału moczowego), później zaś pozostają stale. Również często powstają przykurczenia w mięśniach zginających staw kolanowy i są one nieraz tak silne, że pięta dotyka pośladków. Rzadziej spostrzegano przykurczenia w m. quadriceps femoris, dolna kończyna pozostaje wtedy stale w położeniu wyprostowanym. Wreszcie przykurczenie rozwinać się może w m. gastrocnemius i powodować pes equinus. O przykurczeniach rozwijających się w mięśniach, które uległy porażeniu wiotkiemu, pomówimy szerzej przy opisie zaburzeń odżywczych.

Pobudliwość elektryczna mięśni, które uległy porażeniu spastycznemu, bywa często wzmożona, później jednak słabnie nieco, o ile mięśnie na skutek braku ruchu uległy zanikowi. W mięśniach zaś, których porażenie jest wiotkiem, pobudliwość elektryczna ulega zmianom ilościowym i jakościowym w dość szybkim czasie, a ostatecznie wystąpić może zupełny odczyn zwyrodnienia.

Zaburzenia w dziedzinie czuciowej, podobnie jak zaburzenia ruchowe zaczynają się często od objawów podrażnienia dróg czuciowych w rdzeniu. W charakterze tych objawów występują różnego rodzaju parastezje i bóle, umiejscowione najczęściej w kończynach dolnych. Występują one zwykle jeszcze przed porażeniami ruchowymi. Chorzy skarżą się najczęściej na uczucie mrowienia, drętwienia, uczucie ciężaru w kończynach, na występujące naprzemian uczucie zimna i gorąca; nieraz doznaje chory uczucia, jak gdyby dotykał się futra, to znów jak gdyby kończyny jego były obrzmiałe i znacznie powiększone. Uczucia te bywają często bardzo długotrwałe i nader dokuczliwe. Bóle są objawem mniej charakterystycznym dla ostrego poprzecznego zapalenia rdzenia, gdyż wywołuje je najczęściej podrażnienie opon rdzenia i tylnych korzeni nerwowych, chociaż w ostatnich latach stwierdzono, że bóle mogą być również pochodzenia ośrodkowego t. j. powstawać na skutek podrażnienia dróg czuciowych w samym rdzeniu. W każdym jednak razie długotrwałe i uporczywe bóle wskazują na udział w cierpieniu opon i korzeni tylnych.

Co do charakteru bólów, to występują one w kończynach najczęściej w postaci rwących i ciągnących i towarzyszą nagłym skurczom mięśni. Względnie częste są również bóle w krzyżu i wogóle w kręgosłupie, bolesność kręgów i mięśni przy uciskaniu, a wreszcie zdarzają się bóle, promieniujące na około tułowia w postaci pasa. Wraz z wystąpieniem porażzeń ruchowych i przedmiotowych zaburzeń uczucia, bóle te i parestezye zwykle znikają, zjawiają się jednak nieraz, znowu w okresie późniejszym cierpienia w miejscach, w których uczucie zostało zupełnie zniesione (anaesthesia dolorosa).

Rozległość, umiejscowienie i wyrazistość zaburzeń przedmiotowych uczucia zależą wogóle od tego, w jakim stopniu został w danym przypadku uszkodzony przekrój rdzenia. Zdarzają się więc przypadki, w których zaburzeń przedmiotowych uczucia albo wcale nie ma, albo są one nader słabe; w innych znowu przypadkach zaburzenia występują wraz z porażeniami i są bardzo wyraźne i rozległe.

Przy zupełnym zniszczeniu całego przekroju rdzenia, górna granica zaburzeń uczuciowych odpowiada górnej granicy porażzeń ruchowych; przypadki podobne zdarzają się jednak rzadko, wobec czego z rozległości zaburzeń uczuciowych trudno wnioskować o wysokości umiejscowienia ognisk zapalnych w rdzeniu.

W większości przypadków zaburzenia uczucia występują dopiero później, niż porażenia ruchowe; rozwijają się one powoli, potęgując się stopniowo od nieznacznego osłabienia uczucia, aż do zupełnego znieczulenia. Najwcześniej i najbardziej znieczulone są zwykle obwodowe odcinki kończyn. Częstokroć na jednej połowie ciała zaburzenia uczucia są rozleglejsze i wybitniejsze niż na drugiej, a nawet w przypadkach rzadkich zdarza się objaw *Brown-Séquarda*.

Rozległość i wyrazistość zaburzeń uczuciowych w zapaleniu poprzecznym rdzenia ulega wogóle w przebiegu cierpienia daleko większym wahaniom, aniżeli rozległość i natężenie porażzeń ruchowych gdyż częściej aniżeli te ostatnie zależą one od przemijających zaburzeń w krwiobiegu, tak że obraz zaburzeń tych zmienia się nieraz w przeciągu jednej doby.

Jakościowe zaburzenia uczuciowe mogą być bardzo rozmaite: w okresie początkowym cierpienia spotykamy nieraz nadezłość (hyperaesthesia) skóry kończyn porażonych, w dalszym przebiegu następuje zwykle osłabienie lub zupełne zniesienie wszystkich rodzajów uczucia. Zdarzają się jednak i częściowe znieczulenia (dyssoeyacya uczucia) t. j. zniesienie wyłącznie uczucia bólu i temperatury, lub uczucia miejsca, ruchów i położenia kończyn (uczucia mięśniowego). Znieczulenia częściowe spotykamy nieraz w początkach cierpienia, jak również przy zdro-

wieniu w okresie cofania się objawów. Zdarzają się wreszcie i takie przypadki, w których na odcinkach obwodowych kończyn znajdujemy zupełne zniesienie czucia, powyżej zaś osłabienie lub znieczulenie częściowe. Z innych zaburzeń czuciowych spotykano w nader rzadkich przypadkach zwolnienie przewodnictwa czuciowego i sumowanie się czucia (N a u n y n).

O zachowaniu się odruchów ścięgowych w myelitis transversa wspominaliśmy już w rozdziale o zaburzeniach ruchowych. Odruchy ścięgnowe znikają w tych mięśniach, których porażenie zależy od uszkodzenia odpowiednich komórek nerwowych przednich rogów istoty szarej rdzenia, w mięśniach zaś, których porażenie zależy od uszkodzenia odpowiednich włókien ruchowych w pęczkach piramidalnych zauważyć się daje po upływie pewnego czasu wzmożenie odruchów ścięgowych. Wspominaliśmy również o zdarzających się nieraz odstępstwach od tej zasady ogólnej (przy wysokiem umiejscowieniu sprawy zapalnej w rdzeniu).

Odruchy skórne nie posiadały dotychczas znaczenia rozpoznawczego, gdyż ich podstawa anatomiczna i warunki powstawania i znikania nie były dokładnie znane. Dopiero w ostatnich czasach badania R e m a k'a, B a b i Ń s k i e g o i S t r ü m p e l l'a rzuciły nieco światła na tę zagadkową jeszcze dziedzinę neuropatologii. S t r ü m p e l l zauważył, że odruchy skórne w myelitis rzadko giną w zupełności, częściej następuje ich osłabienie. Przy tem osłabieniu pobudliwości, odruchy skórne dają się jeszcze wywołać przez przedłużenie działania podniety, czyli przez sumowanie podrażnienia w czasie (*zeitliche Summation des umschriebenen Reflexreizes*). Podobny skutek osiągnąć również można przez zwiększenie obszaru działania podniety, t. j. przez podrażnienie wielu miejsc skóry jednocześnie, zjawisko to nazwał S t r ü m p e l l sumowaniem się podrażnienia w przestrzeni (*örtliche Summation der Reflexreize*). Do podniet najskuteczniejszych w osłabionej pobudliwości odruchowej zalicza S t r ü m p e l l łaskotanie, działanie zimna i ucisk, wywierany nie tylko na skórę, lecz i na mięśnie, ścięgna i okostną. Częstość zjawiskiem w porażonych mięśniach jest również tak zwany przez S t r ü m p e l l'a odruchowy skurecz otwarcia „*reflektorische Oefnungszuckung*“, t. j. skurecz, który następuje w chwili nagłego usuwania podniety np. przy wyjmowaniu wkłutej w skórę igły, przy szybkim zmuiejszeniu wywieranego na skórę ucisku i t. p.

Wyżej wymienione fakty nie mają bezpośredniego znaczenia praktycznego, ważne zato znaczenie dla rozpoznania posiadać może odkryte przez S t r ü m p e l l'a zjawisko, dotyczące zmian w

wielkości obszaru skóry, z którego dany odruch wywołać się daje. Jak wiadomo, każdy odruch skórny wywołać można przez podrażnienie pewnego ściśle określonego obszaru skóry,—obszar ten nazwiemy pasem odruchowym (*Reflexogene Zone*). Otóż z badań Strümpella okazuje się, że sfera ta zmniejsza się lub zwiększa, zależnie od wysokości umiejscowienia zmian patologicznych w rdzeniu. Na kończynach dolnych odruch, polegający na zgięciu w stawie kolanowym wywołać można przez drażnienie skóry, poczynając od stopy aż do fałdy łonowej, z wzrastającą przytem w kierunku wstępującym trudnością. Przy nisko umiejscowionych uszkodzeniach rdzenia pas ten odruchowy zmniejsza się ku górze, przy wysokim zaś umiejscowieniu ognisk w rdzeniu obszar tego pasa zwiększa się w ten sposób, że można go wywołać nawet przez podrażnienie skóry w dolnej części brzucha.

Ważne również znaczenie dla rozpoznania umiejscowień ognisk zapalnych w rdzeniu, posiadać może odruch^{*} udowy Remak'a—*Femoralreflex*. Występuje on przy porażeniu spastycznym mięśni dolnych kończyn i polega na tem, że podrażnienie skóry w górnej części przedniej powierzchni uda wywołuje zginanie ku podszewie 3-ich pierwszych palców stopy i całej stopy oraz napięcie w m. quadriceps. W pojedynczych przypadkach następuje albo wyłączne zginanie stopy i palców, albo jedynie napięcie m. quadriceps. Pierwsze według badań Remak'a powstaje w uszkodzeniach rdzenia, umiejscowionych na przestrzeni od 8-go odcinka grzbietowego do odcinków lędźwiowych, drugie w uszkodzeniach umiejscowionych powyżej.

Do rzędu odruchów skórnych posiadających znaczenie dla rozpoznania należy wreszcie odruch paluchowy Babińskiego—(tyłozgięcie jednego tylko palucha lub wszystkich palców stopy przy drażnieniu skóry podeszwy stopy), którego obecność wskazuje na uszkodzenie dróg piramidalnych.

Wogóle jednak zachowanie się odruchów skórnych w myelitis transversa acuta podlega częstym wahaniom i zmianom, dzięki zachodzącym w rdzeniu zaburzeniom w krwiobiegu. Większe znaczenie kliniczne posiada stan tych odruchów w przewlekłej postaci tego cierpienia.

Zaburzenia w czynności pęcherza moczowego i odbytnicy stanowią częsty objaw w myelitis transversa acuta, gdyż wywoływać je może zarówno uszkodzenie ośrodków rdzeniowych kierujących temi czynnościami, jak i uszkodzenie dróg, za pomocą których ośrodki te są połączone z mózgiem. Zaburzenia w czynności pęcherza występują zwykle już w początkowym okresie cierpienia wraz z porażeniami ruchowemi,

a nawet nieraz wcześniej od nich. Pierwszym wyrazem tych zaburzeń jest zwykle częste i wzmożone parcie w pęcherzu, parcie tak silne, że zmusza chorego do natychmiastowego oddawania moczu; następnie, na skutek osłabienia m. detratoris urinae, oddawanie moczu staje się utrudnionem, wymaga dłuższego czasu i współdziałania mięśni brzusznych. Utrudnienie to, w miarę postępującego porażenia mięśnia wzrasta coraz bardziej, aż w końcu staje się zupełnie niemożliwym; następuje wtedy nadmierne zbieranie się moczu w pęcherzu, powodujące silne bóle, o ile błona śluzowa pęcherza nie uległa znieczuleniu. Częstokroć w takich razach następuje w drodze odruchowej nagły skurcz pęcherza, i cała jego zawartość wydziela się w jednej chwili bez woli chorego. Przy zupełnem porażeniu detratoris urinae i znieczuleniu błony śluzowej pęcherza, mocz wydziela się jedynie kroplami, przemagając opór zżymacza siłą własnego ciśnienia (ischuria paradoxa). Pod koniec cierpienia następuje zwykle osłabienie zżymacza pęcherzowego, przyczem mocz wycieka co chwila, w miarę zbierania się w pęcherzu niewielkiej ilości, a wreszcie przy zupełnem porażeniu zżymacza mocz sączy się bezustannie kroplami (incontinentia urinae). Porządek, w którym zaburzenia te powstają bywa zwykle taki, że w początku cierpienia istnieje zatrzymanie moczu, później zaś nietrzymanie jego. Jednakże przy uszkodzeniu przez sprawę zapalną ośrodków zżymacza w rdzeniu krzyżowym, występuje zaraz na początku cierpienia nietrzymanie moczu.

Zaburzenia w czynności pęcherza w myelitis transversa mogą przez długi czas pozostawać w okresie początkowym, ograniczając się do utrudnienia moczenia, przyczem pęcherz jest opróżniony niezupełnie. Często następuje nawet na pewien czas poprawa w czynności pęcherza.

Zaburzenia w czynności pęcherza stanowią wogóle objaw groźny w myelitis, gdyż zwykle pociągają za sobą zakażenie dróg moczowych, na tle którego rozwijają się sprawy ropne, a mianowicie: cystitis, pyelitis i pyelonephritis.

Zaburzenia w czynności odbytnicy zdarzają się rzadziej. Początkowo występuje zwykle utrudnione oddawanie stolca, a nawet zupełne zatrzymanie jego na skutek porażenia mięśni brzucha i gładkich mięśni kiszki. W okresie późniejszym cierpienia nastąpić może nietrzymanie kału, na skutek porażenia zżymacza stolca (incontinentia alvi), uszkodzenie zaś przez sprawę zapalną ośrodków tego zżymacza w rdzeniu krzyżowym powoduje natzehmiastowe nietrzymanie kału. Zaburzenia odżywcze i naczynioruchowe nie odgrywają w obrazie klinicznym myelitis transversae tak wielkiej roli, jak w niektórych

innych cierpieniach rdzenia np. w tabes dorsalis i syringomyelii. W mięśniach, które uległy porażeniu na skutek uszkodzenia przez sprawę zapalną odpowiednich komórek przednich rogów istoty szarej, następują po pewnym czasie zwyrodnienia i zaniki. Zaniki te powodują często wytwarzanie się przykurczeń, gdyż na miejsce zanikłej tkanki mięśniowej rozrasta się bliznowata tkanka łączna. Mięśnie, których porażenie zależy od uszkodzenia dróg ruchowych w pęczkach piramidalnych, nie ulegają zwykle zanikowi; tracą one nieraz na objętości w późniejszym okresie cierpienia, czy to na skutek ogólnego upadku odżywiania, czy też braku czynności, lub przecięcia odżywczego wpływu mózgowia. Zanik ten jednak nie bywa nigdy znacznym i nie jest połączony ze zwyrodnieniem.

Na skórze kończyn porażonych dają się niekiedy zauważyć zaburzenia odżywcze w postaci zwiększonego nagromadzenia tłuszczu w tkance podskórnej, w postaci rogowacenia i łuszczenia się nabłonka, robiącego nieraz wrażenie ichthyosis; w rzadkich przypadkach rozwija się sklerodermia, skóra staje się grubą, twardą, błyszczącą, nie daje się zebrać w fałdy, porost włosów na skórze porażonej kończyny może się stać obfitym, lub uboższym. Wydzielanie potu i tłuszczu również zachowuje się rozmaicie: w jednych przypadkach skóra bywa nadmiernie suchą, popękana, w innych zaś stale bywa pokryta zimnym potem. Zaburzenia odżywcze w paznogiach powstają rzadko (w postaci zmętnienia i kruszenia się).

Jako wyraz zaburzeń krwioobiegu w kończynach porażonych występują obrzęki, szczególnie w odcinkach obwodowych.

Najważniejszym i najgroźniejszym zaburzeniem odżywczym w myelitisa transversa są odleżyny, których zależność od czynności odżywczej rdzenia przez długi czas podawaną była w wątpliwość, albowiem przypuszczano, że wytwarzanie się odleżyn w zupełności wytłomaczyć się daje przez zanieczyszczenia oraz działanie ucisku na znieczuloną skórę. Obecnie jednak, wobec stwierdzonego niejednokrotnie faktu tworzenia się odleżyn na skórze nieznieczulonej, uznano powszechnie wpływ braku podniety odżywczej ze strony rdzenia. Nie ulega jednak wątpliwości, że odleżyny tworzą się najczęściej i najłatwiej na skórze, pozbawionej czucia, w tych miejscach, które ulegają najsilniejszemu uciskowi oraz przy istniejącem nietrzymaniu moczu i kału pozostają stale zbrukanemi. Wobec tego najczęstszem jest umiejscowienie odleżyn w okolicy kości krzyżowej i w okolicy krętańców, rzadziej spotykamy je na pięcie, na wewnętrznym stronie kolan i w okolicy łopatek. Odleżyny rozwijają się nieraz nader szybko, tak że w przeciągu kilku dni powodują tworzenie się obszer-

nej jamy, sięgającej aż do kości. Są to tak zwane ostre odleżyny zgorzelowe (*decubitus acutus gangraenosus*), które spotykamy przy zapaleniu rdzenia lędźwiowego.

Oprócz właściwych odleżyn widzimy nieraz na skórze w miejscach, w których kończyny porażone stykają się ze sobą, pęcherze napełnione mętnym płynem surowicznym. Pęcherze te pękają po upływie pewnego czasu, pozostawiając na czas długi nie gojące się owrzodzenia. W rzadkich wreszcie przypadkach występują na skórze różnego rodzaju wysypki, czasem w postaci pemphigus lub herpes zoster. Wogóle skóra kończyn porażonych staje się nader podatną dla wszelkich uszkodzeń, na tle których zaszczepia się z łatwością zakażenie ropne, rozszerzające się w takich razach z wielką szybkością w tkance podskórnej.

Ciepłota skóry kończyn bywa zwykle początkowo podniesioną, później zaś spada poniżej normy.

W czynności płciowej zachodzą zaburzenia poważne w okresie początkowym, polegające na zupełnym zniesieniu siły płciowej. Następnie zdolność ta częściowo i stopniowo wraca za wyjątkiem tych przypadków, w których uszkodzone są ośrodki czynności płciowej w rdzeniu krzyżowym. Przy wysokim umiejscowieniu ognisk zapalnych w górnej części rdzenia grzbietowego lub w rdzeniu szyjowym występuje nawet często priapismus.

W zapaleniu rdzenia szyjowego następują często zaburzenia w oddychaniu, na skutek zajęcia jąder n. phrenici oraz zaburzenia w czynności serca na skutek uszkodzenia korzeni rdzeniowych n. vagi. Uszkodzenie centrum ciliospinalne w górnej części rdzenia grzbietowego i dolnej szyjowego powoduje zwężenie źrenicy (*myosis paralytica*), zwężenie szpary ocznej na skutek porażenia drobnych mięśni powiek i zapadnięcie wgląd całej gałki ocznej, na skutek porażenia mięśnia Müller'a.

W ostatnich wreszcie czasach obserwowano parokrotnie zapalenie nerwu wzrokowego (*neuritis optica*) w *myelitis transversa*; podobne obserwacje poczynili: Hoffmann, Erb, Schanz, Dreschfeld, Achard i Guinon, Bielschowsky. Przejęcie sprawy zapalnej z rdzenia na opuszkę zdarza się nader rzadko.

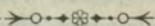
Jako częste powikłanie zapalenie rdzenia występuje wtórne zapalenie opon rdzeniowych. Wielu nawet neuropatologów utrzymuje, że opony rdzeniowe przyjmują większy lub mniejszy udział w cierpieniu rdzenia w każdym przypadku *myelitis transversae*. Cierpienie opon jest często tak nieznaczne i ograniczone, że nie powoduje żadnych zgoła objawów, w niektórych jednak przypadkach występują

bóle w kręgach, bolesność kręgow na ucisk, bóle promieniujące, nadczułość skóry i sztywność kręgosłupa.

Zdarzają się również przypadki, w których zapaleniu rdzenia towarzyszy zapalenie nerwów obwodowych, mogące powstać jednocześnie z myelitis transversa pod wpływem tego samego czynnika etyologicznego. Zapalenie nerwów obwodowych może być jednak i pierwotnem ogniskiem cierpienia, do którego jako cierpienie wtórne przyłącza się zapalenie rdzenia (myelitis e neuritide ascendente). W przypadkach podobnych obraz kliniczny myelitis transversae zaciemnia się i gmatwa przez występowanie objawów zapalenia nerwów: bolesności pni nerwowych na ucisk, zaburzeń czucia i zaników mięśniowych, związanych topograficznie z pniami nerwowymi i niezależnych od umiejscowienia sprawy zapalnej w rdzeniu.

W stanie ogólnym chorych w myelitis transversa możemy nie znajdować zaburzeń znacznych w okresie początkowym. Gorączka nie we wszystkich przypadkach towarzyszy wybuchowi cierpienia. Po pewnym jednak czasie występuje zwykle brak apetytu, częstokroć bezsenność i ogólny upadek odżywiania wraz z upadkiem sił. W przypadkach cięższych, w których jako powikłanie występują: zapalenie ropne pęcherza, miedniczek nerkowych i nerek oraz zakażenie ogólne, spowodowane przez odleżyny, stan ogólny chorych zawsze ulega znacznym zaburzeniom, daje się zauważyć osłabienie i wycieńczenie, występuje gorączka dochodząca nieraz do znacznej wysokości. Jako powikłanie śmiertelne w myelitis transversa acuta wymienić należy zapalenie płuc.

D. n.



III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

598. M. Breiman. **Etylogia i patogeneza przymiotowych cierpień serca.** (Żurnal dermatologii i syfilidologii, 1901, № 1, 2, 3 i 4).
(*Wolny przekład*).

Cierpienia serca na tle syfilisu należą do najmniej zbadanych cierpień układu krwionośnego, co przypisać należy temu, iż syfilidologowie mało z nimi mają do czynienia, a terapeuci nie zwracają na nie należytej uwagi. Z tego powodu rozpoznanie przymiotu serca najczęściej stawiane bywa na stole sekeyjnym. Pierwsze spostrzeże-

nia, dotyczące przymiotu narządów wewnętrznych wogóle, a serca w szczególności, poczyniono podczas epidemii tej choroby w końcu XV wieku (Leoniceus, Paracelsus). W wieku XVI o przymiocie serca pisali: Boernhave, Morgagni, Paré, Lancisi, Albertini, którzy dopatrywali się związku przyczynowego między tętniakami dużych naczyń w części z przymiotem, a w części z merykuryzmem. Belhomme i Martin mówią, iż Sénac, twórca kliniki chorób sercowych, uważał za rzecz możliwą powstawanie rozszerzenia serca na tle przymiotu. Od czasu Johna Hunter'a (1788) datuje się upadek nauki o przymiocie narządów wewnętrznych. Hunter twierdził, iż *nie* spostrzegał przymiotowego cierpienia mózgu, serca, żołądka, wątroby, nerek i innych narządów (choć takie przypadki były opisane); dla współczesnych zaś, jeżeli Hunter czegoś nie spostrzegał, znaczyło, iż takie cierpienia nie istnieją. Przeciwno rozumowaniu Hunter'a wystąpił Bell. W wieku IX Corvisart starał się wykazać związek, zachodzący między chorobami serca i przymiotem; w tym samym kierunku pracowali: Laennec, Ricord, Lebert i Virchow.

Oppert w roku 1868 mógł już zebrać z literatury 8 przypadków ziarniniaków (gumatów) serca, Lang (1889) — 44 przypadki, Mraček (1893) 102 przypadki, (w których liczbie 80 z badaniem pośmiertnym). W naszych czasach ilość obserwacji znacznie przekracza 200 przypadków. *Etyologia* przymiotu serca nie może być znaną, dopóki nie wiemy jeszcze nic o istocie jadu przymiotowego; chociaż z tego, że w drugorzędnym okresie zmniejsza się ilość czerwonych ciałek krwi, a zwiększa ilość białych (Grassi, Wilbonszewicz Zielesniew), można wnioskować, iż układ naczyniowy w przymiocie ulega podrażnieniu. Już a priori możemy przypuszczać, iż zakażenie dostaje się do serca drogą naczyń krwionośnych. Bardzo jest prawdopodobnem, że przymiotowe cierpienia serca rozwijają się łatwiej na tem podłożu, na którym inna choroba pozostawiła swe ślady, w czem ważną rolę odgrywają też i bodźce chemiczne, mechaniczne i termiczne; wszelkie nadużycia, przeciążenie pracą fizyczną i umysłową, zbyt energiczne leczenie rtęcią i jodem. Jeżeli syfilityk stłucze sobie goleń, to w tem miejscu nieraz rozwija się ciężkie zapalenie okostny. Jako przykład może służyć żołnierz-trebacz, pacjent C. Rosenthal'a. Miał on przez kilka miesięcy na końcu języka plamkę, która powstała od dotykania końcem języka munsztuka trąby i znikła przy leczeniu swoistem. O dziedziczności przymiotowych cierpień serca nie można nic pewnego powiedzieć. Co do wieku, to najczęściej zdarzają się one między 28. a 37 rokiem; u mężczyzn częściej, niż u kobiet (3 : 1); przebieg bywa od kilku dni do 18 lat. Nie mamy jeszcze pewnych danych, jak często w ogólnym przymiocie występuje swoiste cierpienie serca; wiadomo tylko, że natężenie syfilisu ogólnego i syfilisu serca nie stoją w prostej zależności od siebie, i że najczęściej przymiot serca występuje w okresie trzeciorzędnym.

Co do umiejscowienia w sercu, to przymiot najczęściej zajmuje mięsień, rzadziej zaś błony sercowe

I. *Myocarditis luetica* występuje w następujących postaciach: 1) *myocarditis gummosa*, 2) *myocarditis fibro-sclerosa*, 3) *myocarditis gummoso-fibrosa*.

1) *Myocarditis gummosa*. Ziarniniaki mogą umiejscawiać się we wszystkich oddziałach mięśnia sercowego, chociaż częściej w ścianie lewej, niż prawej komory, częściej w podstawie lewej komory, niż w wierzchołku; czasami ziarniniaki występują na mm. papillares, trabeculae carneae i mm. pectinati; tyjko zastawki zwykle zostają nieknięte. Ziarniniaki leżą pojedynczo, lub też grupami, są wielkości ziarenka soczewicy do kuli bilardowej. Budową swą ziarniniaki serca nie różnią się od ziarniniaków innych narządów. Przymiot serca zwykle przebiega skrycie i na sekeyi znajdujemy już zmiany wsteczne w ziarniniakach: 1) jeżeli przeważa proces wytwórczy, guzy są miękkie, galaretowate, płynne lub ulegają zserowaceni; 2) jeżeli zaś zaczyna przeważać liczba włókien łącznotkankowych, tworzy się blizna. Naokoło ziarniniaków również powstają zmiany wskutek ucisku: włókna mięśniowe zanikają, lub też zostają dotknięte sprawą syfilityczną i podlegają jednocześnie z ziarniniakami zmianom wstecznym, dla tego też tylko większe ziarniniaki odgraniczone bywają od zdrowej tkanki produktami zapalenia, a małe stopniowo przechodzą w zdrową tkankę. Zdala od ziarniniaków może występować zwyrodnienie ziarniste lub tłuszczowe mięśnia w zależności od krążącego w krwiobiegju jadu przymiotowego.

2) *Myocarditis luetica fibro-sclerosa* najczęściej umiejscawia się w lewej komorze, w pobliżu wierzchołka, na przedniej powierzchni, lub też na tylnej w pobliżu przedsionka, t. j. w miejscach, gdzie osierdzie zawiera mało tłuszczu, gdzie przechodzą duże naczyńia i zwykle bywa ograniczona. Włóknikowe zapalenie mięśnia czy występuje razem z ziarniniakami, czy też samodzielnie, charakteryzuje się tem, iż miejscce włókien mięśniowych zajmują twarde blaszki i sznurki ścięgnięte, które we wszystkie strony dają wyrostki, blizny mięśnia bywają połączone ze zgrubieniami osierdzia i wsierdzia. Włóknikowe zapalenie powstaje pierwotnie w tkance łącznej międzywłóknikowej lub okołonaczyniowej, dla tego też ta postać nosi nazwę śródmiaższowej. Sprawa pod drobnowidzem nie różni się wcale od zwykłego zapalenia łączno-tkankowego. Zatkanie mnóstwa drobnych naczyń prowadzi do anemii i martwicy tkanki mięśniowej, chociaż gra tu rolę i ucisk nowowytworzonej tkanki, tak iż ostatecznie tworzą się blizny ścięgnięte błyszczące. Jeżeli ścianki serca mocno osłabną wskutek sprawy włóknikowej, to jamy sercowe rozszerzają się, a ścianki (przy sprzyjających warunkach) mogą uleść przerostowi i wystarczać do wykonywania pracy. W innych przypadkach włóknikowa część ścianki, jako nie wytrzymała ciśnienia, poddaje się naporowi i tworzy się częściowy tętniak serca, co się zdarza w okolicy wierzchołka, gdzie ciśnienie bywa największe. Tętniaki takie mogą prowadzić do przedziurawienia i nagłej śmierci, jak np. w przypadkach N a l l y' e g' o, Green'a i Kröni g'a. Jak odróżnić włóknikowe zapalenie mięśnia sercowego przymiotowe, — od takiegoż zapalenia innego pochodzenia? W tym celu należy badać pod drobnowidzem skrawki z różnych od-

ciników serca (utrzuwać część preparatu w wysoku, część w płynie Müllera), ponieważ we włóknikowym zapaleniu mięśnia pochodzenia nieprzymiotowego, naczynia znacznie mniej są zajęte; przy endarteriitis nie swoistej adventitia albo wcale nie przyjmuje udziału, albo też tylko mały; endarteritis luetica często ogranicza się tylko do gałązek tętnicy wieńcowej; nie trzeba jednak zapominać i o objawach przymiotu i w innych narządach. Podczas gdy ziarniniaki łatwo dają się odróżnić od gruźlicy serca, to zapalenie włóknikowe należy różniczkować: 1) od teźże gruźlicy, 2) od gośćcowego i ropnego zapalenia mięśnia, 3) od myocarditis na tle zimnicy, 4) na tle alkoholizmu, 5) lub na tle miażdżycy tętnicy wieńcowej. Co do pierwszego punktu, M r a c e k stawia kwestję tak: gruźlica serca zdarza się częściej niż przymiot; w przymiocie w większym stopniu występuje nowotworzenie tkanki, nacieczenie i cierpienie tętnic; komórki olbrzymie w przymiocie bywają w mniejszej liczbie i nie układają się w sposób tak charakterystyczny, jak w gruźlicy. Gośćcowe i ropne zapalenia mięśnia umiejscawiają się głównie około otworów naczyń, lub są rozsiane w postaci punkcików, gośćcowe zajmują również i zastawki, czego nie bywa w zapaleniach przymiotowych, w których to zajęte są tylko ograniczone miejsca ścianek i przegrody z wtórnymi zmianami śród-błonka. W zimniczem zapaleniu mięśnia w różnych narządach (w wątrobie, śledzionie, naczyniach włosowatych mózgu) znajdujemy ciemnobrunatny barwnik; takiż barwnik znajduje się i w naczyniach drobnych serca; w przymiocie tego nie znajdujemy. W zatruciu chronicznem wysokiem: 1) cierpienie naczyń jest zupełnie inne, 2) prócz zapalenia włóknikowego bywa też nacieczenie i zwyrodnienie tłuszczowe i 3) spotyka się zmiany swoiste w innych narządach: marskość wątroby, ogólne otłuszczenie i t. p. Wreszcie przewlekłe zapalenie mięśnia na tle miażdżycy tętnicy wieńcowej nie wywołuje znaczniejszego procesu wytwórczego: spotykamy niewiele komórek okrągłych w błonie wewnętrznej (intima) tętnicy, niezajęta jest adventitia i media, a prócz tego jest endarteriitis chronica w aorcie.

Jeżeli mamy do czynienia z mieszaną postacią myocarditis fibrosa et gummosa, trudno jest określić, która sprawa jest tu pierwotną, a która wtórną.

II. *Endocarditis syphilitica.*

Rozróżniają tu dwie postaci: a) endocarditis parietalis et b) endocarditis valvularis.

Pierwsza postać jest tak charakterystyczna, że łatwo ją zawsze poznać. Zapalenie wsierdzia bywa natury włóknikowej, umiejscawia się w tej samej okolicy, gdzie i zapalenie mięśnia i nieznacznie przechodzi w tkankę zdrową. W pierwszych okresach widać pod drobnowidzem nacieczenie drobnokomórkowe; później wybujała tkanka łączna przeistacza się we włókienkową, ubogą w jądra. Endocarditis valvularis występuje tylko wtórnice, gdy sprawa ze ścianek ujścia tętnic lub innych miejsc przechodzi na zastawki; te ostatnie grubieją, kurczą się, stają się niedomykalnymi i na tem sprawa się kończy. Jednak, w razie jakiegoś zakażenia może nastąpić obostrzenie; owrzodzenie

i przedziurawienie zastawek (przypadek Lanceraux). Lecz kawalki zgrubiałego na tle przymiotu wsierdzia nie mogą spowodować zatorów; prędzej na występujących wewnątrz serca ziarniniakach lub w ograniczonych tętniakach tworzą się skrzepy, które powodują zatory.

III. Cierpienia naczyń.

Wiadomą jest rzeczą, że przymiot zajmuje naczynia (vasculitis syph.), głównie tętnice i wywołuje zwięzienie ich światła (Endarteriitis obliterans) przedewszystkiem w mózgu; lecz i w sercu często bardzo naczynia nie pozostają nie zajęte, mianowicie drobne rozgałęzienia tętnic wieńcowych w mięśniu i większe gałęzie tychże tętnic poza mięśniem. Większe gałęzie bywają porażone przy charłactwie wszelkiego pochodzenia, a więc i przymiotowego, ale widziano przypadki (W o ł o s z y n), w których charłactwa nie było, a jednak wystąpiło cierpienie naczyń wskutek krążącego we krwi jadu przymiotowego. O swoim zajęciu aorty wspominają już P a r é, L a n c i s i, M o r g a g n i, W e l c h. W aoreie tuż nad zastawkami występuje na przestrzeni 2—5 cm. guzowate zgrubienie intimae, wystające nad powierzchnią, z perlowym połyskiem, w postaci już to wysepek, już to rozlane; zgrubienie takie może powodować zamknięcie wylotu tętnicy wieńcowej (zwykle lewej). Dalej ku górze zmian nie widać, niekiedy tylko w łuku aorty można zauważyć nieznaczne zgrubienia intimae. Obraz drobnowidzowy wskazuje na sprawę twórczą, która zaczyna się od intima, dalej przechodzi na adventitiam (periarteriitis), ostatecznie obejmuje całą ściankę naczynia (panaortitis). Później w zajętem miejscu następuje zwyrodnienie szkliste i skldroza tkanki łącznej; martwicy i zwyrodnienia tłuszczowego nie udało się zauważyć nawet przy pomocy specjalnych odczynników. Jeżeli w aoreie na pierwszy plan występuje sprawa twórcza w intima, to mamy endoaortitis, jeżeli zaś przeważa utrata elastyczności, to tworzą się tętniaki, które są bardzo skłonne do przedziurawienia. Chociaż powstawanie tętniaków R o s e n b a c h kładzie na karb nadużycia rtęci i jodu, to jednak można by mu odpowiedzieć, iż i tętniaki innego pochodzenia zmniejszają się pod wpływem jodku potasu, a swoiste w początkach mogą być nawet zupełnie za pomocą tych środków usunięte. Co się tyczy związku między przymiotem a miażdżycą tętnic, to można powiedzieć, iż na tle przymiotu często rozwija się zapalenie błony wewnętrznej tętnic (endoarteriitis luetica), które co do charakteru nie różni się wcale od zapalenia innego pochodzenia; nadwątła ono ścianki naczyń, wskutek czego we wcześniejszym wieku może wystąpić miażdżycza (arteriosclerosis).

IV. *Pericarditis syphilitica* występuje tylko wtórnie, przeważnie nad ziarniniakami mięśnia, czasami tylko sprawa przechodzi z górnej powierzchni wątroby (przypadki W a g n e r'a i G e r h a r d'ta) Rozróżniają dwie postacie: pericarditis fibrosa i pericarditis gummosa. Zapalenie osierdzia włóknikowe bywa ograniczone, najczęściej u podstawy serca. Początkowo mamy tu nacieczenie drobnokomórkowe, tworzenie się tkanki łącznej dokoła naczyń; osierdzie wtedy jest mętne

matowe, pulchne, zgrubiałe; w jamie osierdzia znajdujemy mniejszą lub większą ilość żółtawego lub żółto-czerwonego płynu. Następnie tkanka łączna ubożeje w naczynia i tworzy się blizna. Czasami jednak powstają częściowe zrosty między listkami osierdzia, a w dwóch przypadkach spostrzegano zupełne zarośnięcie jamy osierdziowej. Pericarditis gummosa widziano w kilku przypadkach, lecz tylko jeden (Lanceraux) jest zupełnie pewny. Ziarniniak wywołuje wtórne zapalenie włóknikowe z wyżej opisanymi zmianami i skutkami.

V. Cierpienie zwojów i nerwów sercowych.

Zwoje serca, jako tworzy nerwowe, niezmiernie są wrażliwe na wszelkie wpływy szkodliwe, a więc i na przymiot i oddziaływają na nie zmianami już to mięszszowemi, już to śródmięszszowemi. Pierwsze polegają na zwyrodnieniu białkowym, tłuszczowem, barwnikowem, na zmianach w jądrach; drugie zaś na nacieczeniu otoczek w komórkach nerwowych, co prowadzi niekiedy do zwięzienia światła otoczki. Okrągłe wrzecionowate komórki, wypełniające podłoże (stroma) zwojów nerwowych, mogą ulegć zmianom właściwym tkance łącznej, t. j. przejść w tkankę bliznowatą. We włóknach nerwowych zachodzą te same zmiany, tylko w mniejszym stopniu. Zmiany w mięszszu występują częściowo wskutek działania jadu swoistego, częściowo wtórnie pod wpływem ucisku naczyń przy nacieczeniu, co bywa w sprawach patologicznych, towarzyszących przymiotowi (zapalenie nerek, arteriosclerosis i skleroza tętnic wieńcowych i t. d.).

Ważniejsze wnioski autora:

1) Dla przymiotu serca nie istnieją oznaki patognostyczne, lecz możliwe jest rozpoznanie i niekiedy dokładne umiejscowienie sprawy chorobowej;

2) Ważnem jest wczesne rozpoznanie, gdyż może ono uratować życie choremu;

3) Zajęcie serca następuje, prawdopodobnie, przez system krwionośny;

4) Przymiotowe cierpienia serca podlegają ogólnemu prawu, iż najłatwiej poddaje się działaniu toksyny przymiotowej ta część ustroju, na którą działają lub działały przedtem szkodliwe wpływy;

5) Należy przypuszczać, iż w układzie krwionośnym rozwój i umiejscowienie sprawy chorobowej znajduje się w zależności od mechanicznych warunków krwioobrotu;

6) Nie istnieje proporcjonalność między natężeniem zakażenia przymiotowego z jednej strony, a rozwojem i przebiegiem cierpień przymiotowych serca z drugiej;

7) Poprzedzające leczenie swoiste oddziaływa w sposób dobroczynny na swoiste cierpienia serca i niekiedy może zabezpieczyć od niego;

8) Przymiot serca zdarza się między 20—40 rokiem (maximum od 28—37); częściej u mężczyzn, niż u kobiet;

9) Przymiot przyspiesza rozwój miażdżycy tętnic;

10) Zmiany anatomiczne występują zwykle w okresie trzeciorzędym po upływie mniej więcej 10 lat od zarażenia się przymiotem;

11) Zastawki zwykle pozostają nietknięte, najczęściej cierpi mięsień, częściej lewa połowa serca, niż prawa;

12) Włóknikowe zmiany ściany serca mogą wywołać zgrubie-

nie; przy zmniejszeniu elastyczności występuje rozszerzenie jam sercowych;

13) Zapalenie tętnic wieńcowych pod względem częstości zajmuje pierwsze miejsce po zapaleniu tętnic mózgowych;

14) Tętniaki w przymocie występują zwykle w wielkiej liczbie.

15) Nie istnieje swoista miażdżycza tętnic pochodzenia przymiotowego.

Stanisław Urban.

599. Prof. C. Fränkel i Pr. docent G. Sobernheim. **W kwestyi t. zw. Zomoterapii.** (Berl. Klin. W. 28).

Pod nazwą Zomoterapii opisali Richet i Héricourt nową metodę leczenia suchot za pomocą karmienia surowem mięsem, opierając się na spostrzeżeniach, że psy karmione surowem mięsem okazywały odporność na zaszczepioną im gruźlicę, podczas gdy psy żywione w zwykły sposób ulegały jej. Spostrzegano też wpływ uodporniający: zwierzęta żywione surowem mięsem i, następnie poddane zaszczepieniu gruźlicy nie ulegały jej, chociaż żywione były następnie w sposób zwykły.

Richet i Héricourt twierdzili, że nie gra tu roli samo tylko obfite żywienie, gdyż większe o wiele ilości mięsa gotowanego nie są w stanie dać tych wyników. Surowe mięso ma, jakoby, oddziaływać modyfikująco na odżywianie tkanek i czynić je odpornymi na działanie laseczników gruźliczych. W następnych pracach wymienieni autorzy ograniczyli ilość mięsa surowego do 10—12 gram. na kilo wagi zwierzęcia i twierdzili, że jeszcze skuteczniej niż mięso surowe działać ma świeżo zeń wyciśnięty sok.

Wyniki takie zachęciły autorów do polecenia metody swej w suchotach u ludzi, radzą podawać dziennie 600—700 grm. surowego mięsa, albo też sok wyciśnięty z 1000—1500 grm. Ogłoszone w następstwie wyniki stosowania zomoterapii w praktyce przez rozmaitych badaczy brzmią różnie, nieraz sprzecznie z twierdzeniem R. i H.

Wobec tego, a także wobec nieznacznej liczby doświadczeń na psach, jakie były przedsięwzięte dla rozstrzygnięcia tak ważnej kwestyi, Fränkel i Sobernheim postanowili przerobić i sprawdzić doświadczenia badaczy francuzkich.

Zarazek gruźliczy wprowadzano w ilościach określonych, postępując według metody Vagedes'a—w stosunku do wagi zwierzęcia, co ma niezaprzeczoną wyższość nad prostem wprowadzeniem do ustroju zwierzęcia ilości niewiadomych jadu. Przeprowadzono 3 szeregi doświadczeń: 2 na psach (10 osobników) i jeden na szczurach (4 sztuki). Jednym zwierzętom podawano naprzód mięso surowe, następnie zaszczepiono im gruźlicę i trzymano w dalszym ciągu na mięsie surowem, inne zaś po zaszczepieniu otrzymywały pożywienie mieszane.

Pewna liczba zwierząt, żywionych z początku chlebem, dopiero po zaszczepieniu gruźlicy dostawała mięso surowe. Zarazek gruźlicy wprowadzano do krwi w ilości 4 mgr. (suchej kultury rozrartej z wo-

dą) na kilogram żywej wagi. Zwierzęta do doświadczeń były wybierane tak, aby rasą i wagą jaknajbardziej zbliżały się do siebie i tem bardziej ułatwiały kontrolę wyników. U wszystkich zwierząt w ciągu 4—6 tygodni rozwinęła się gruźlica z zejściem śmiertelnem. Co dziwne (w doświadczeniu 3) najprędzej, bo w 28 dni, zdechł pies, który przed i po zaszczerpieniu gruźlicy pozostawał na surowem mięsie; najdłużej zaś trzymał się pies, który z początku był na mięsie, a potem na chlebie.

Wobec tego autorzy ograniczają się twierdzeniem, że tak zw. zomoterapia nie znajduje oparcia w doświadczeniach na zwierzętach. Sprzeczność z wynikami Richet i Héricourt autorzy objaśniają tem, że badacze francuzcy brali zapewne zbyt słabożywotne hodowle laseczników gzuźliczych, którym mogły oprzeć się ustroje dobrze odżywianych zwierząt, niezależnie od rodzaju pożywienia.

O. Hewelke.

600. Dr. Grunow. **O użyciu zastrzykiwań podskórnych żelatyny w celu powstrzymania krwotoków.** (Ueber Anwendung subcutaner

Gelatine-Injectionen zur Blutstillung). (Berl. Kl. Woch. 32).

Spostrzeżenia autora, zebrane w klinice w Kiel, dotyczą przypadków z krwotokami wewnętrznymi. Zastrzykiwano najczęściej w przednią powierzchnię uda, rzadziej na brzuchu i na klatce piersiowej. Do zastrzykiwań używano 2 procentowego roztworu w fizyologicznym roztworze soli kuchennej, w ilości 100 do 200 c. sz., zwykle w 3 miejscach, ponieważ zbytne rozciągnięcie potęgowało i tak już silny ból, towarzyszący zawsze zastrzykiwaniu.

Jako przyrząd służyła flaszka zatkana korkiem z dwoma otworami, przez jeden szła rurka z watą hygroskopijną, przez którą wdmuchiowano powietrze, w celu wytłaczania płynu; przez drugi przeprowadzona była rurka szklana do dna, zakończona na zewnątrz rurką gumową i igłą 1 (mm. grubości i 10 ct. długości). Przyrząd taki pozwalała na zupełną dezynfekcję; szpryce wszelkiego rodzaju narażają na możliwość ropienia.

Materyał kliniczny był następujący:

- 1) Krwawienie z płuc—6 przypadków suchot i jeden zgorzeli płuc.
- 2) Krwawienie z kiszek—6 przypadków duru brzuszego, 1 choroby Werthofa, 1 ostrej leukemii z krwawieniami z nosa i skórnemi.
- 3) Krwawienie z żołądka—5 ulcera ventriculi, 1 rak, 1 Haemophilia.
- 4) Krwawienia z miedniczek nerkowych 2 przypadki.
- 5) Krwawienia z pęcherza—2.
- 6) Jeden przypadek krwawienia z aneuryzmatu.

Wnioski autora o wpływie zastrzykiwań żelatyny są wogóle przychylnie, chociaż radzi jednocześnie stosować i inne środki powstrzymujące krwawienie. Odnosnie krwawień z płuc, a stosuje się to i wo-

góle do innych przypadków, autor czyni skuteczność wpływu zależną od zdolności krzepnięcia krwi wogóle, od ilości i szybkości wypływania krwi, od charakteru naczynia krwawiącego (tętnica, żyła), od wielkości otworu nadżartego, ciśnienia krwi, wreszcie od szerokości oskrzela, zawartości oskrzela, wrażliwości (Toleranz) błony śluzowej oskrzela na ciała obce, od pełnokrwistości osoby krwawiącej. Ztąd też obok zastrzyknięcia żelatyny uważa za odpowiednie: morfinę dla zmniejszenia odruchu kaszlowego, *secale cornutum*, dla zwięzienia światła naczynia.

Krwawienia żołądkowe, które autor obserwował, przerywały się bardzo szybko, ponieważ jednocześnie nastąpiło i opróżnienie żołądka z obfitej bardzo zawartości, która, drażniąc, mogła była podtrzymywać krwawienie, przeto autor bardzo powściągliwie odzywa się o wpływie stosowanych w tych razach zastrzykiwaniach żelatyny, sądzi bowiem, że odpowiednie dyetetyczne zachowanie (opróżnienie kiszek i żołądka) przy krwawieniu z żołądka jak i z kiszek (tyfus) już samo może bardzo wiele zdziałać. Przy krwawieniach nerkowych autor sądzi z tworzenia się znacznych skrzepów, odtwarzających swą postacią moczowody, o dodatnim wpływie żelatyny.

Zdaniem jego wpływ ten uwydatnia się najbardziej tam, gdzie krew po wyjściu z naczynia może się zatrzymywać czas jakiś i znaleźć warunki naturalne sprzyjające krzepnięciu—np. w małych oskrzelach, w miedniczkach.

Jako stałe zjawisko uboczne notowano: 1) ból na miejscu zastrzykiwania, zależny od napięcia tkanek, do pewnego stopnia i od kwaśności roztworu, trwający nieraz przeszło dobę. Czas wehłaniania się zależy od większej lub mniejszej swoistości tkanek, a zwłaszcza tkanki podskórnej; po silnych utratkach krwi wehłanianie idzie szybko.

2) Gorączka występuje bez wyjątku, niekiedy z wtrząsającym dreszczem, waha się od 38—39°, niekiedy do 40°. Przyczyną jest tu samo wprowadzenie żelatyny, a nie zatrucie uboczne. W jednym przypadku powstały przejściowe guzy nacieczeniowe, każące przypuszczać możliwość zatorów. Ostatecznie autor nie uważa tych zjawisk za przeciwwskazanie i sądzi, że zastrzykiwania w ilościach do 4 grm. żelatyny dziennie, przez czas trwania krwawień i parę dni po zatrzymaniu się (w upartych przypadkach) są w stanie oddać dobre usługi. Niekiedy skutek ten okazuje się dopiero przy jednoczesnym stosowaniu innych środków, uznanych za pośrednie lub bezpośrednie haemostatica.

O. Hewelke.

II. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

601. Przyczynek do sprawy zabijania szczurów za pomocą lasecznika Danysz (Zur Frage der Rattenvertilgung mittels des Danysz-acillus). Dr. Bronstein z Moskwy wykonał na klinice prof.

Blumenthala w temże mięście szereg doświadczeń nad działaniem lasecznika, wykrytego przez naszego rodaka w instytucie Pasteur'a.

Lasecznik Danysz a należy do grupy b. coli, wyróżniając się od innych tejże grupy laseczników dość silnie rozwiniętą zdolnością wytwarzania kwasów, którą rozpoznać można metodą Mańkowskiego (hodowla agarowa lasecznika Danysz a zabarwia mieszaninę fulksyny z indygokarminem na czerwono, gdy inne rodzaje b. coli barwią mieszaninę tę na zielono).

Przy doświadczeniach przekonał się autor przedewszystkiem o nieszkodliwości lasecznika dla zwierząt, w pracowni popospolicie używanych, oraz dla zwierząt domowych. Głównie zaś poddano doświadczeniom około 60 szczurów rozmaitej rasy. Niektórym dawano lasecznik w pokarmie, a mianowicie kawałki chleba napojone hodowłą rozmiękczoną w wodzie solonej; zdychały one po upływie 2—35 dni, przeważnie zaś w 4—8 dni po nakarmieniu; sekcyja wykazywała obrzmienie śledziony i przekrwienie jelita, z krwi wyhodowywano laseczniki Danysz a, z soków narządów—jeszcze w większej ilości; wyhodowane z soku śledziony były najzjadliwsze. Nie udawało się wyhodowywanie lasecznika w razie śmierci szczura w 2-im lub 3-im dniu po zadaniu pokarmu. Karmiono też zwierzęta częściami zwłok szczurów otrutych, lecz zdychały one wówczas o wiele później. Przy kolejnem przeprowadzeniu laseczników przez szereg zwierząt żywotność laseczników stopniowo słabła. Tłumaczy się to wptywem kwasów, co zresztą i faktycznie stwierdził autor, używając agaru mocno alkalicznego i rozmiękczając hodowle w roztworze sody zamiast wody słonej; zwierzęta wówczas zdychały w jednakowym terminie i jadowitość hodowli otrzymanych była jednakową.

Młode szczury są daleko wrażliwsze od starych na lasecznik Danysz a, rasa pewne znaczenie też posiada, tak iż niektóre hodowle działają mocniej na białe, inne na szare szczury.

Ostateczny wniosek brzmi, że lasecznik Danysz a wistocie zabija szczury.

I. P.

602. Langenbagen w Plombier badał 600 przypadków **enterocolitis membranacea**. Objawami tego cierpienia, nieznanego przed 10 laty, są: obecność śluzu i błon w stolcu, nieprawidłowe stolce, różne objawy niestrawności, niekiedy kamienie kiszkowe. Z punktu widzenia anatomicznego jest to nieżył przewlekły kiszki grubej. Charakterystyczne są objawy nerwowe, występujące w tej chorobie, od lekkiej aż do ciężkiej neurastenii oraz usposobienie artrytyczne, stwierdzone w 560 przypadkach. Autor zaleca w tem cierpieniu dyetę surową, enteroklyzmy z wody gorącej codziennie, lub z oliwy, lekkie środki czyszczące i leczenie w kąpielach (Plombier), (La Presse méd. 28).

Przyp. sprawozdawcy. Na cierpienie, to pozostające w ścisłym związku z chorobą Glénarda zwróciłem uwagę w Kronice w 1894 r., jestem przeciwnikiem stosowania w tem cierpieniu jakichkolwiek bądź środków czyszczących, zalecam natomiast opaski hydropatyczne, lawatywy z oleju lnianego oraz dyetę zawsze z dobrym wynikiem.

J. Z.

603. Girard opisuje przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego, w którym w wyrostku znaleziono bruzdogłowca, przypomina skutkiem tego teorię Miecznikowa o roli robaków w tej chorobie i zaleca badanie kału w każdym jej przypadku, podawanie środków przeciworobaczkowych i unikanie u osób skłonnych do zapalenia jaryzn owoców, jagód, wody surowej i t. p. (Ann. de Inst. Pasteur. 7).

J. Z.

III. Notatki bibliograficzne.

Znany już zaszczytnie z poprzednich prac naukowych krakowskiej Akademii umiejętności, przedstawionych i przez nią drukiem ogłoszonych, profesor Władysław Szymonowicz we Lwowie wydał przed niedawnym czasem w języku niemieckim dzieło pod tytułem: *Lehrbuch der Histologie und der mikroskopischen Anatomie mit besonderer Berücksichtigung des menschlichen Körpers einschliesslich der mikroskopischen Technik. Mit 169 Original-Illustrationen im Text und 81 desgleichen auf 52 theils farbigen Tafeln. Würzburg. A. Stubers Verlag.*

Jest to dzieło oryginalne, przedstawiające w formie nader jasnej i zwieżlej dzisiejszy stan histologii i anatomii mikroskopijnej, opatrzone rysunkami bądź w tekście, bądź na osobnych tablicach wykonanymi w sposób prawdziwie artystyczny, można śmiało powiedzieć, jeszcze niebywały. Krytyka niemiecka, francuzka i angielska przyjęły pracę naszego ziomka z ogromnem uznaniem, które i my podzielimy w zupełności.

Dr. H. Higier. Uwagi w sprawie myastheniae paroxysmalis angioscleroticae. Odb. z *Gaz. Lekarskiej*.

IV. Z Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Dn. 19 Listopada 1900 r.

1) K. Jaczewski przedstawił chorego, lat 29, z Pawłowa, z *twardzielą nosa*.

2) St. Dobrucki przedstawił chorą E. H. 12-letnią z Bilgoraja; chora słabo rozwinięta, pochodzi z rodziny gruźliczej. Nigdy nie chorowała. Mało rozwinięta fizycznie, blada, bardzo szczupła. W ciągu ostatniego roku miała dwa razy po 3 dni zatrzymanie stolca z silnymi bólami. Obecnie 8 dni zaparcie, wymioty. Przybyła do szpitala żydowskiego. Dość duży upadek sił, pot słaby, wymioty trochę ustąpiły, brzuch wzdęty, niebolesny, w okolicy kiszki ślepej nieco jakby wyżej wyczuwa się guz podobny do powiększonej kiszki ślepej. Wobec przypuszczenia chronicznej stenozy, a najprawdopodobniej tub. coeci wobec ogromnego zmęczenia chorej po dalekiej podróży, zdecydowano operację odłożyć do dnia następnego.

Oper. Cięcie jest do coecum, ślepa kiszka znaleziona pusta i zupełnie zdrowa, również appendix. Przez ranę wyszła pętla cienkich kiszek mocno przekrwiona, rozszerzona pełna, z bardzo przekrwioną kreską. Ranę zaszyto, zrobiono cięcie środkowe, poczem bardzo łatwo natrafiono na *przeszkodę*, było nią,—*przebiegnięciem pętli cienkich kiszek* w szczelinie omentum, gdzie kiszka zupełnie przyrosła do dość grubego sznura grubości 1 ctm w przecięciu, pochodzącego ze zmienionej sieci. Po przecięciu sznura, oddzieleniu kiszki, nałożenie kilku szwów *Lemberta* na otrzewną, która się przerwała przy preparowaniu. Jamę brzuszną zaszyto 2 piętr. szwem *Crins de Flor* na wszystkie warstwy oprócz skóry, na tę ostatnią kuśnierski przekładowy szew jedwabny. Przebieg idealny, stolec 3 dnia. Prima na całej przestrzeni. Chora wypisała się zupełnie zdrowa.

3) *St. Dobrucki* przedstawił chorą *J. K.* za *Spiczyna*, 22 lat, która zawsze była zdrowa, w lipcu 1889 roku zachorowała na zapalenie płuc, przyczem wywiązało się ropne zapalenie opłucny, z czem chora była u niego. Na operację nie zgodziła się i pojechała do domu. Obecnie, we wrześniu 1900 roku zgłosiła się powtórnie. Stan ogólny niezły, lewa połowa klatki piersiowej zupełnie zapadnięta, znaczne skrzywienie kręgosłupa wypukłością na prawo. Pod 2 żebrem ze strony lewej na linii przymostkowej przetoka, z której przy kaszlu wydziela się ropa. Przy opukiwaniu stępienie na całej przestrzeni lewej połowy, oddech zupełnie nigdzie nie słyszalny, z wyjątkiem samego wierzchołka z tyłu. Zgłębnik włożony w przetokę przechodzi przez całą klatkę piersiową i opiera się o żebra z tyłu. Mamy więc do czynienia ze starym otokiem ropnym, z ogromnem ściągnięciem płuca. Zdecydował się przeto *D.* zrobić torakoplastykę *Schedego*. Przy uśpieniu chlorof. zrobiłem cięcie klasyczne, rezekcję podokostnową od 2 do 9 żebra włącznie, na przestrzeni od przyczepę chrząstki do tuberculum costae, potem wycięcie wszystkich pozostałych części włącznie z opłucną bardzo zgrubiałą. Krwawienie niezbyt duże. Tampnacyna całej jamy, płat skórno-mięsny obszyto naokoło z wyjątkiem dolnego, którym to *D.* wyprowadził gazę.

Dziś *D.* chorą po 6 tygodniach przedstawia—niezagojoną pozostała tylko mała ranka u dołu. Kręgosłup zupełnie się wyrównał, ściągnięcia klatki piersiowej prawie nie widać, płuco na całej przestrzeni oddycha, czyli że się stało, jak mówi *Schede*, że płat skórno-mięsny przysrasta bezpośrednio do płuca, ruchy zaś mięśni stopniowo rozszerzają płuca.

Stan ogólny chorej naturalnie znakomicie się poprawił.

Dn. 4 Grudnia 1900 r.

1) *St. Dobrucki* przedstawił chorą.

M. J. lat 38, została *pchnięta nożem w brzuch*, poczem nastąpiło dość obfite krwawienie i collaps. Przywieziono chorą w 2 godziny po wypadku do szpitala: rana kluta szerokości 2 ctm., poprzeczna, równoległa do łuku żebrowego i lewego pod nim na linii sutkowej lewej, krwawi sporo. Pod *schleichem* rozszerzenie rany ku dołowi, okazuje się, że draży do jamy otrzewnej, żołądek ani poprzecznicza nie

tknięte, krwawienie pochodzi z otrzewny ościennej—tampon Mikulicza, zupełne wyzdrowienie.

2) M. Biernacki mówił o *patologii zapalenia nerek* i przedstawił chorego z ostrą drgawkową mocznicą, wyleczonego przez wenesekycę.

3) Al. Jaworowski, przypominając spostrzeżenia dawniej ogłoszone Malinowskiego, Chrostowskiego, Woibergera (Gaz. Lek. 1882 i 3) i swoje własne, komunikowane dawniej w Tow. Lek., przytacza 4 nowe przypadki *wikłających się wysypek, mianowicie odry i szkarlatyny*:

Pierwszy w rodzinie zachorował chłopczyk 10 lat na ciężką bardzo szkarlatynę. Z pozostałych trojga dzieci oddzielonych, w kilka dni zachorowała młodsza córeczka na wyraźną odrę (objawy kataralne, conjunctivitis, wysypka plamista na twarzy i szyi), we dwa dni u niej występuje na całym ciele płonica. Następnie zapada 3-ie i 4-e dziecko na szkarlatynę o lżejszem natężeniu.

Gdy u 1-go chłopczyka skóra po płonicy zaczęła blednąć i łuszczyć się, zjawiają się objawy kataralne, gorączka i występuje odra (wysypka plamista z pierwszym umiejscowieniem na twarzy). Toż samo u 3-go i 4-go dziecka. To ostatnie, dwu letnie, miało odrę najcięższą ze wszystkich—z groźnymi objawami ze strony płuc i z zajęciem sensorium. Pierwszy chory najstarszy chłopczyk w końcu 3-go tygodnia przy braku zmian w moczu poprzedniego dnia nagle dostał napadu mocznicowego z eklampsyą, trwającą około 6-ciu godzin z następczem zaniewidzeniem kilkogodzinnem.

Wyrównanie zupełne w ciągu kilku dni. U najmłodszego chłopczyka w parę tygodni po odrze wystąpiła raz jeszcze wysypka zupełnie podobna do odry.

Dn. 18 Grudnia 1900 r.

1) A. Majewski przedstawił M. J. l. 31, robotnika. Latem 1899 r. chorował na *krwawą biegunkę*; powtarzała mu się ona w przeciągu 3 miesięcy—trzy razy, trwała po tygodniu; od tego czasu zaczął chudnąć, miewał wymioty; stolce bywały nieprawidłowe, po rozwolnieniach przychodziło zatwardzenie, przytem ciągle bywały silne bólesci; w końcu roku 1899 poczuł w brzuchu twardy guz, z lewej strony przy linii środkowej w nadbrzuszu położony. Do szpitala św. Wincentego zapisał się w Lutym. Przybył z objawami wewnętrznego zamknięcia światła kiszek, były wymioty kałowe, brak zupełny stolca i wiatrów; twarz zapadnięta z wpadniętymi, pochylonemi oczami, brzuch był silnie wzdęty; w dolnych częściach i w górnej z prawej strony o wypuku bębnowym. Z lewej strony przy pępku i ponad nim wyczuwał się guz wielkości głowy noworodka, umiarkowanie twardy, mało ruchomy, przy oddechach unoszący się wraz ze skórą, przy dotknięciu umiarkowanie bolesny, o tonie wypukowym stłumionym.

Wobec przeciągających się objawów całkowitego zamknięcia światła kiszek M. przystąpił przy łaskawym współudziale kol. szpitalnych i kol. Jaworowskiego w dn. 14 Lutego do laparotomii. Cięcie w linii środkowej nad pępkiem, długości 10 ctm. wprowadziło nas do jamy wielkości pomarańczy, odgraniczonej naokoło kielbasowa-

tym wałem, mocno zrośniętym z powłokami brzuszniemi; jama nie miała żadnej łączności z pozostałą otrzewną, kielbasowaty wał stanowiło silne wzdęte jelito; dno jamy przykrywało krezkę. Mocno wzdęte jelito podłużnie nacięto, gazy i część kału wypuszczono nazewnątrz, poczem na jelito nałożono szew (Lemberta), następnie zwięzwszy otwór zewnętrzny paru szwami, założono do jamy worek Mikulicza; chory w 6 godzin po operacyi oddał stolec, od tego czasu miewał stolce prawidłowe, worek Mikulicza po kilku dniach zastąpiono tamponami; przy ciągłym tamponowaniu jama poczęła ziarninować i w przeciągu 1½ miesiąca ziarnina wypełniła ją po brzegi, poczem rana zabiłżniła się twardą gwiaździstą głęboką blizną. Obecnie—w ½ roku po zagojeniu chory jest zdrow zupełnie, utył ogromnie; od kilku miesięcy pracuje jako robotnik w cukrowni; blizna jest twarda i trzyma dobrze, kiszkom nigdzie nie ustępuje.

2) A. Majewski i przedstawił chorego, wyleczonego z *gruźliczego zapalenia stawu kolanowego* zapomocą wstrzyknięć wewnątrzstawowych 10% mieszanki jodoformowej.

3) Kaczyński przedstawił obecne poglądy na *paralysis progressiva*, ilustrując je opisem odnośnych przypadków, spostrzeganych w domu zdrowia dr. Olechnowicza w Lublinie.

Dn. 4 Stycznia 1901 r.

1) K. Morozewicz (Lubartów) opisał *zatrzymanie moczu u dziecka* jako powikłanie influenzy. Rzecz drukowana w Kronice Lekarskiej numeru dzisiejszego.

Dn. 18 Stycznia 1901 r.

1) A. Majewski przedstawił chorego, lat 17, z Lublina, któremu przed miesiącem zrobił obustronną *resekcję wola mięsaszowego*, wykonaną sposobem Mikulicza, przy znieczuleniu skóry metodą Schleicha.

2) M. Biernacki odczytał rzecz „o *nauczaniu lekarskiem*“ przeznaczoną do druku w „Krytyce Lekarskiej“.

Dn. 4 Lutego 1901 r.

1) St. Dobrucki przedstawił chorą po *zabiegu kostnowytwórczym* na stopie sposobem Pirogowa.

2) St. Dobrucki przedstawił chorą, u której zastarzałe zwichnięcie w stawie łokciowym zostało częściowo niekrwawo odprowadzone w sposób, pozwalający użytkować z ręki.

3) A. Majewski przedstawił chorego, lat 23-ch, po *resekcyi stawu łokciowego*, wykonanej z powodu zastarzałego zwichnięcia bocznego zewnętrznego, połączonego z oderwaniem kłykcia wewnętrznego.

4) Tołwiński pokazuje i objaśnia szereg tablic i rysunków, służących dla wyjaśnienia jego pracy statystycznej o *wzroście i wymiarach klatki piersiowej* u ludności powiatu lubartowskiego.

Dn. 18 Lutego 1901 r.

1) I. Cynberg przedstawia przypadek choroby Parkinsona.

Chora liczy lat 44, cieszyła się zawsze najlepszym zdrowiem, dziedzicznie nie jest obarczona żadną chorobą, z zawodu piekarka. Obecna jej choroba datuje od lat dwóch, a mianowicie: przeszła wówczas jakieś wzruszenie moralne, po którym wkrótce zauważyła drżenie w lewej ręce. Drżenie to pozostało do dnia dzisiejszego. Przed 6-ciomą tygodniami przeszła powtórnie jakieś wzruszenie moralne, po którym wkrótce wystąpiło drżenie w pozostałych trzech kończynach. Drżenie to, jak chora sama twierdzi, i jak zresztą obiektywnie konstatować można, wzmagą się w chwili, gdy ktoś z otoczenia lub nawet sama chora zwróci na siebie uwagę. Drżenie to poniekąd oddaje się i głowie. Przy badaniu obiektywnym w wewnętrznych narządach żadnych zmian wykryć nie można. Twarz bezmyślna i ma wyraz maski. Czuć bólu i ciepła wszędzie zachowane. Mięśnie, a szczególnie zginacze znajdują się w stanie dość znacznego napięcia, skutkiem czego głowa i tułów pochylone są ku przodowi, wszystkie cztery zaś kończyny również są zawsze w stanie fleksyi. Wogóle, system mięśniowy jest dobrze rozwinięty, z wyjątkiem mięśni dłoni, które znajdują się w stanie atroficznym. Stać, i chodzić może chora, lecz z wielką trudnością. Przy usiłowaniu wyprowadzenia chorej z równowagi, chora zawsze cofa się w tył, to jest ma dążność do retropulsyi. Anteropulsyi wogóle u tej chorej wywołać nie można, co stanowi jedną osobliwość, różniącą ten przypadek od typowych przypadków choroby Parkinsona, drugą osobliwość stanowi względnie młody wiek chorej.

Dn. 5 Marca 1901.

1) St. Dobrucki przedstawia chorą po „*hernia inguinalis obliqua libera*“, operowaną sposobem doszczętnym.

2) Cz. Czerwinski przedstawia chorą M. W., u której przed tygodniem wyciął doszczętnie *raka lechtaczkowego*. Obecnie rana zagojona przez rychłozrost.

Krótki opis przypadku jest następujący:

M. W. 58-mio letnia rodziła szczęśliwie 8 razy, od 5-ciu lat nie miewa peryodów, przed 2-ma laty zauważyła na zewnętrznych organach płciowych niewielką narośl, która w przeciągu paru ostatnich miesięcy znacznie się powiększyła i zaczęła wydzielać cuchnącą ciecz. Przy oględzinach znaleziono na miejscu lechtaczki bardzo twarde guz, wielkości cytryny, o nierównej, owrzodzonej powierzchni; guz dochodzi prawie do zewnętrznego otworu cewki moczowej, u podstawy swojej ruchomy. Gruczoły pachwinowe nie wyczuwają się. Wewnętrzne organy płciowe nie chorobliwego nie przedstawiają. Ogólny stan chorej względnie dobry.

Przy operacji (w uśpieniu chloroformowym) cięcie skórne poprowadzono tak, że zaczynało się ono na środkowej linii wysoko na spojeniu łonowym, owalnie z obu stron obejmowało podstawę lechtaczki, przeszło ukośnie przez obie małe wargi sromne w ich górnej części

i u dołu poprzecznie prawie nad samym otworem cewki moczowej. Krwawienia przy operacji nie było prawie żadnego, a guz od podstawy udało się wyłuszczyć na tępo. Ranę zaszyto węzełkowym szwem jedwabnym, aby uniknąć zniekształcenia; linia szwu wypadła, w postaci λ .

Pierwotny rak łechtaczki (i w ogólności zewnętrznych organów płciowych kobiecych) należy do rzadkości, gdyż, podług statystyki Gurlt'a, 7479 kobiet chorych na raka organów płciowych, tylko w 72 (a więc 1%) przypadkach znaleziono raka sromu, najczęstszą postacią bywa rakowiec, co miało miejsce i w danym przypadku, a co w zestawieniu z brakiem objawów ze strony gruczołów pachwinowych i łatwością wyłuszczenia guza, pozwala postawić rokowanie niezłe, co zresztą wykaże dalsza obserwacja chorej.

V. Z towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 25 czerwca 1901 r.

1) Koelichen przedstawił chorą z *syryngomyelią*. Choroba zaczęła się przed 7-u laty od zmian odżywczych na końcach palców rąk i nóg. Po pewnym czasie drobne mięśnie dłoni poczęły słabnąć i stopniowo zanikać, jednocześnie zaś wystąpiły w kończynach górnych i w górnej połowie tułowia parestezye oraz w różnych miejscach na skórze zmiany odżywcze (owrzodzenia powierzchowne). W danej chwili stwierdzić można następujące zaburzenia:

Sfera ruchowa: porażenie zupełne drobnych mięśni dłoni, niedowład mięśni przedramienia (przeważnie wyprostnych). Niedowład mięśni dolnych kończyn.

Sfera czuciowa: termoanestezja na dłoniach oraz na ograniczonej przestrzeni na lewej piersi, osłabienie czucia ciepłkowego na przedramionach i ramionach. Odruchy ścięgnowe na kończynach górnych wzmożone; na dolnych znacznie wzmożone odruchy kolanowe, drżenie kloniczne rzepki (Patellarclonus), brak odruchów ze ścięgna Achillesa. Odruchy skórne słabe.

Zmiany odżywcze: zanik drobnych mięśni dłoni z odczynem zwyrodnienia oraz wysypka (drobne pryszczyki na czole lub wielkie pęcherze, wypełnione płynem surowicznym). Pęcherze tworzą się głównie na piersiach, pozostawiając po pęknięciu głębokie, obszerne i bardzo bolesne owrzodzenia. Na lewej piersi widoczne są blizny pod postacią wielkich, czerwonych, wystających ponad poziom skóry wałów (keloid).

Pozatem: od czasu do czasu retentio urinae, stale zaś istnieje trudność w oddawaniu moczu, dalej kyphosis w obrębie górnych kręgow grzbietowych i bolesność kręgosłupa w tem miejscu, zwężenie prawej szpary ocznej i prawej źrenicy (zajęcie centrum cilio-spinalne);

w czynności nerwów opuszkowych nieznaczne zaburzenie (utrudnione polykanie i powtarzające się co pewien czas napady duszności). Nerwy czaszkowe: osłabienie słuchu, utrata węchu i smaku oraz osłabienie wzroku.

Badanie dna oka wykazało nieznaczny zanik na obwodzie brodawki nerwu wzrokowego w lewym oku.

Objaw Romberga przy braku bezładu w kończynach dolnych. Z objawów mózgowych ogólnych występowały przez pewien czas napady pseudopadaczkowe oraz napady silnego bólu i zawroty głowy z mdłościami i wymiotami.

Tętno podczas tych napadów staje się rzadszem i bardziej napiętem.

Rozpoznanie w tym przypadku, według K., brzmi: typowa postać syringomyelii, umiejscowionej w dolnym odcinku rdzenia szyjowego i w górnym odcinku grzbietowego. Zasluguje ten przypadek na uwagę ze względu na rzadką postać zaburzeń odżywczych, występujących pod postacią pemphigus, ze względu na bolesność zmian odżywczych, wreszcie ze względu na rzadkie przy syringomyelii zajęcie wszystkich nerwów czuciowych głowy.

2) Sołowiejczyk przedstawił młodego mężczyznę *po operacji* dokonanej na *prostnicy*, która znajdowała się w stanie znacznego wypadnięcia. Po dokonaniu operacji (colopexia), chory wypisał się ze szpitala zupełnie zdrowym.

3) Brudziński Józef wygłosił rzecz: „*O odczynie Umikowa w mleku kobiecym i jego znaczeniu dla określania wieku pokarmu*“.

Reakcyą Umikowa nazywamy fioletowo-różowe zabarwienie, jakie występuje w mleku kobiecym po dodaniu do 5 cm. sz. mleka 2½ cm. sześć. 10% amoniaku przy ogrzewaniu do 60° C. Mleko krowie tego odczynu nie daje. Według Umikowa, natężenie odczynu zależy od wieku pokarmu i tym sposobem można odróżniać mleko różnych okresów laktacji. Prelegent przeprowadził badania nad tą kwestyą w Domu wychowawczym na oddziale i w laboratorium dra Andersa i doszedł do następujących wniosków. Reakcyą Umikowa w mleku krowiem nie występuje. W mleku kobiecym występuje nie podczas całego okresu laktacyjnego, a najczęściej pomiędzy 4-ym, a 8-ym miesiącem. U jednej mamki na 25 badanych nie występowała wcale pomimo badania kilkakrotnego. Mleko tej mamki było tłuste i służyło niemowlętom. Był to pokarm 7-o miesięczny. Natężenie omawianego odczynu bywa nieraz silniejszym u mamek z młodym pokarmem (2—3 miesięcz., parę razy 3-tygodniowy); niż u starszych, co nie zgadza się z twierdzeniem Umikowa. U niektórych karmielek mleko przed karmieniem nie dawało odczynu, albo bardzo słaby, gdy po karmieniu odczyn występował bardzo wyraźnie. Według prelegenta, reakcyą Umikowa nie pozwala określać z pewną dokładnością wielu pokarmu, i nie może być mowy o jakiejś, chociażby względnie dokładnej, skali kolorymetrycznej nawet kwartalnej (natężenie reakcyi zmienia się u jednej i tej samej mamki nie tylko z miesiąca na miesiąc, ale nawet z tygodnia na tydzień). Venturieri

Broccii Czerny wypowiedzieli się co do tego odczynu w tym samym sensie, co prelegent.

W dyskusyi Polikier potwierdza wnioski prelegenta na podstawie własnych badań, które wykazały, że, rzeczywiście, pomiędzy natężeniem odczynu U m i k o w a, a okresem laktacyi związek daje się z trudem uchwycić.

Miklaszewski zaznacza, że przy ocenianiu wartości odczynu U m i k o w a zwracać należy uwagę na bardzo wiele czynników, a między innymi na ilość wyssanego mleka; analogiczne fakty spostrzegano u zwierząt, gdzie t. zw. niedodajanie i wydojanie wpływa na skład mleka. Do badań, jakie przeprowadzał prelegent nie nadają się mamki, karmiące dwoje i więcej dzieci, jak to bywa w domu wychowawczym. Dla określania wieku pokarmu lepiej daleko, niż odczyn U m i k o w a, nadaje się sposób określania ilości tłuszczu, cukru i wielkości kulek tłuszczu.

Korybut-Daszkievicz wypowiada zdanie, że ilość tłuszczu w mleku kobiecym zależy więcej od indywidualnych właściwości karmicielki, aniżeli od wieku pokarmu.

Roszkowski omawia stronę techniczną badania omawianego odczynu, powołując się na władze doświadczenia.

Brudziński w odpowiedzi Miklaszewskiemu zaznacza, że ilość tłuszczu pod drobnowidzem nie daje prawa do wyprowadzania wniosków co do wieku pokarmu. Roszkowskiemu zaś odpowiada, że odmienne wyniki, jakie otrzymał, złożyć należy na karb tego, że R. był zależnym od materiału, mógł wykonywać badanie u danej karmicielki tylko raz jeden, gdy prelegent był w stanie dla porównania natężenia odczynu układać dowolnie doświadczenia.

Posiedzenie z d. 3 Września 1901 r.

1) O d e r f e l d przedstawił 25-letniego mężczyznę, który przybył do szpitala ze skargami na ból w jamie brzusznej, którego przyczyną był znajdujący się tamże *guz wielkości głowy dorosłego człowieka*. Przy oględzinach i palpacyi przekonano się, że guz ów składa się jakby z oddzielnych części i że sięga na 3 palce powyżej pępka, a u dołu dochodzi do spojenia łonowego, z którym wydawał się jakby zrosnięty, gdyż wykazywał w tem miejscu zupełną nieruchomość; w górnej części natomiast można go było na kilka ctm. przesunąć, był przytem elastyczny i wykazywał chęłbotanie. Przed 7-u laty dokonana punkcya wykazała płyn przezroczysty. O. rozpoznał bąblowca. Operacya potwierdziła rozpoznanie co do natury guza i wyjaśniła, że wychodził z cavum Retzii i górną swą częścią sterczał w jamie brzusznej, leżąc poza otrzewną. Rana brzuszna po operacyi zagoiła się per primam, a z jamy bąblowca pozostała nieznaczna powierzchnia ziarninująca, która obecnie również się goi. Stan ogólny chorego znacznie się poprawił.

Drugi przypadek, przedstawiony przez O., dotyczył chorej, przybyłej z *otwartym ropniem w dolnym kącie prawego ucha*. Na dnie jamy, z której sączyła się posoka, widać było kłęb gasienie muchy.

O. oddzielił ucho od podstawy, wyciął całe gniazdo gąsienie i ucho następnie przyszył. Jama zagoiła się dobrze.

2) Grudziński Z. wygłosił rzecz p. t. „Światło, jako środek leczniczy“.

Odczyt podzielił autor na 3 części. Pierwsza część odczytu poświęconą została omówieniu niektórych fizycznych właściwości światła. Każdy rodzaj promieni świetlnych posiada odrębne fizyczne, chemiczne i fizyologiczne własności. Najważniejszymi pod tym ostatnim względem są t. zw. promienie chemiczne czyli krótkofaliste, t. j. niebieskie, fioletowe i pozafioletowe. Najwięcej w te właśnie promienie obfituje światło słoneczne i elektryczno-łukowe. Światło barwne jest światłem prostym, niezłożonym, gdyż składa się z jednego tylko gatunku promieni.

W drugiej części odczytu prelegent mówi o fizyologicznych własnościach światła. Światło wywiera przedewszystkiem drogą odruchową znaczny wpływ na ustrój nerwowy człowieka, jako jedna ze stałych podmiotów dla prawidłowego życia ustroju. Dalej światło działa bezpośrednio na tkanki, mianowicie na tkankę mięśniową, a następnie na skórę, wywołując na niej swoisty odczyn zapalny. Morfologiczny i chemiczny skład krwi podlega również wpływowi światła. Światło wpływa, również drogą odruchową, na krążenie krwi, oddychanie, przemianę materii. Wreszcie mówi prelegent w tej części odczytu o wynikach badań nad zabójczym działaniem światła na bakterie, gdzie również główną rolę grają promienie słoneczne.

Trzecia i ostatnia część odczytu poświęcona jest opisom najważniejszych metod fototerapeutycznych.

Prelegent opisuje najpierw kąpiele słoneczne, używane już od r. 1855, jako środek hartujący wogóle i posiadający specjalne znaczenie lecznicze w niektórych chorobach nerwowych i przemiany materii, wspomina również o próbach stosowania przyzeglającej siły skoncentrowanych promieni słonecznych przy leczeniu niektórych chorób skórnych i chirurgicznych. Wszystkie te metody obejmuje jedna nazwa Helioterapii.

Z metod t. zw. elektro-photo-terapii (leczniczego użycia światła elektrycznego) na uwagę zasługują przedewszystkiem kąpiele w świetle elektrycznym żarowym i łukowym. Pierwsze (żarowe) stosowane są jako doskonały środek napotny, drugie (łukowe) posiadają, według niektórych uczonych, duże znaczenie w leczeniu chorób nerwowych. Prócz kąpiele ogólnych stosują światło elektryczne i w zabiegach miejscowych (metoda Finsena w leczeniu wilka, t. zw. opromienianie „Bestrahlung“, kąpiel świetlna skombinowana). Metoda Finsena ma tę wyższość nad innymi, że przy niej działają wyłącznie promienie chemiczne.

Z metod leczenia przy pomocy światła barwnego (chromoterapia) zasługują na uwagę: leczenie barwami niektórych chorób umysłowych, jak melancholii (barwą czerwoną), manii (barwą niebieską); dalej barwne kąpiele świetlne, wreszcie miejscowe użycie światła barwnego (barwa czerwona w leczeniu wysypki ospowej lub odrowej, pryszczycy, barwa niebieska w leczeniu ran i owrzodzeń skóry). Na

zakończenie mówi prelegent o leczeniach stosowaniu promieni Rentgena (szczególnie w chorobach skórnych).

W dyskusji Perkowski zaznacza, że przed 26 laty opisał był już w Gazecie lekarskiej kilka przypadków, wykazujących działanie promieni świetlnych na organizm.

Ciągliński sądzi, że dobroczynny wpływ światła w bardzo wielu razach przypisać należy sugestyi. Ze wszystkich metod leczenia światłem C. przypisuje pewne znaczenie kąpielom świetlnym i uznaje dobroczynny wpływ na ustrój promieni barwnych.

Tchórznicki zaznacza, że na Litwie oddawna znachorzy stosują w reumatyzmie kąpiele słoneczne, jako środek leczniczy.

Biro osobiście przekonał się o dobrym wpływie kąpiele słonecznych w zakładzie hydropatycznym w Bystrej.

Grudziński w odpowiedzi zaznacza, że nie wdawał się w krytyczne ocenianie omawianej sprawy wobec braku osobistego doświadczenia, miał zaś jedynie na celu obiektywne jej przedstawienie.

Posiedzenie kliniczne z d. 17 września 1901.

A. Mincer wygłosił rzecz p. t. „*Kilka uwag o ważniejszych zagadnieniach urologicznych.*“

Prelegent rozpoczyna odczyt od omawiania spraw patologicznych zachodzących w cewce moczowej, zastanawiając się obszerniej nad rzeżączką i przerostem gruczołu krokowego. W kwestyi leczenia rzeżączki prelegent wypowiada się przychylnie o metodzie Janet'a i podnosi znaczenie działania mechanicznego. W kwestyi prostatyzmu poza przytoczeniem różnych teorii, mających na celu objaśnić tę sprawę patologiczną, M. mówi o badaniach Motza, które uprawniają wniosek, że t. z. „prostatyzm bez prostaty“ jest niczem innym, jak tylko odmianą kliniczną prostatyzmu, a nie odrębną postacią chorobową, gdyż istota sprawy, tj. anormalne bujanie tkanki nabłonkowej, pozostaje tą samą. Niedomogę pęcherza przy prostatyzmie objaśniać należy w ten sposób, że powstaje ona na drodze odruchowej dzięki łączności nerwów gruczołu krokowego i pęcherza, a nie na skutek mechanicznej przeszkody, jak sądzą inni. Z zabiegów chirurgicznych, mających na celu leczenie prostatyzmu, prelegent omawia obszernie metodę prof. Rydygiera (wewnątrztorbkowe wyłączenie przerosniętego gruczołu).

Z cierpienia pęcherza autor zastanawia się nasamprzód nad nowotworami złośliwymi i wypowiada zdanie Poussona i Motza, które udało się prelegentowi stwierdzić osobiście, że energiczna interwencja chirurgiczna w tem cierpieniu wcale nie jest pożądana. Przy brodawczakach pęcherza metoda Ritzegego daje dobre wyniki. Co do operowania kamieni pęcherza najwłaściwszym i najbezpieczniejszym dla chorego zabiegiem jest operacja Civiale'a. W dalszym ciągu prelegent przytacza kilka powszechnie przyjętych poglądów w kwestyi zakażeń moczowych, jako to, że zapalenia pęcherza nie zależą od swoistego zarazka, lecz od bac. coli, staphylococcus, streptococcus, gonococcus, bac. Kocha, że w cierpieniach tych poszukiwania bakteriologiczne powinny mieć na uwadze nie tylko tlenowce, ale i beztyle.

nowce, że dla rozpoznania zapalenia pęcherza niezbędną jest obecność w moczu ciałek ropnych i t. d.

W końcu odczytu prelegent omawia ważniejsze działy chirurgii moczowodów i nerek. Teorya Guyon'a o pochodzeniu gruźlicy dróg moczowych została przez nowsze badania anatomopatologiczne odrzuconą; wykazały one, że sprawa gruźlicza wyjątkowo tylko rozpoczyna się w pęcherzu, a prawie zawsze w nerkach, rzadziej od narządów płciowych mężczyzn.

Najnowszą zdobyczą urologii są operacje plastyczne na miedniczkach nerkowych i moczowodach, mające na celu wypuszczenie zatrzymującego się w nerkach płynu.

W dyskusyi wzięli udział Faytt, Perkowski i Mutermilch.

Posiedzenie z d. 24 Września 1901.

Neugebauer przedstawił *plód pozamaciczny obumarły w 7-ym miesiącu ciąży* usunięty przy pomocy kelyotomii (była to ciąża wtórna abdominalna).

Ołtuszewski wygłosił rzecz p. t. *„Zwyrodnienie psychiczne i jego stanowisko do różnych kategorii zбочeń mowy* Ludzi zwyrodniałych (t. j. chorych obarczonych dziedziczością patologiczną, przekazywaną potomstwu), dzieli autor na 3 kategorie: 1) zwyrodniałych niższych (idyota, głuptas, zacofany, epileptyk); 2) zwyrodniających się (przeważna ilość przypadków neurastenii, histeryi, choroby Basedowa, Thomsen'a, paralysis progressiva, porażenia mózgowo dziecięce); 3) nie zrównoważonych. Po omówieniu głównych przyczyn zwyrodnienia (nędza, szkodliwe dla zdrowia zawody, dziedziczność patologiczna, cierpienia ustrojowe i t. d.) i wymienieniu ważniejszych objawów zwyrodnienia, przechodzi prelegent do wyjaśnienia stosunku zwyrodnienia do różnych kategorii zбочeń mowy. Co się tyczy etyologii niemoty, bełkotania, wadliwego wymawiania i mowy nosowej, to z 722, badanych przez prelegenta przypadków, w 221 przypadkach przyczyną tych zбочeń był niedorozwój, w pozostałych zaś 501 stwierdzić się dały głuchota (ewent. niemota) pozakorowa, zaliczane przez wielu autorów do objawów zwyrodnienia, skąd też wyprowadza wniosek, że w większości przypadków zбочeń mowy wyżej wymienionych zwyrodnienie pod względem etyologicznym odgrywa rolę pierwszorzędną. To samo da się powiedzieć o etyologii jąkania i trzepotania. Takie zбочenia spotykamy najczęściej u nie zrównoważonych, a niemotę, bełkotanie i mowę nosową przeważnie u niedorozwiniętych umysłowo. O. sądzi na podstawie wywodów powyższych, że zбочenia mowy zaliczyć należy do jednych z ważniejszych objawów zwyrodnienia. Logopatologia powinna więc, zdaniem prelegenta, być włączoną do neuropatologii i psychopatologii.

M. Bornsztajn.

RUDOLF VIRCHOW

(Życiorys jubileuszowy).

Z powodu 80-letnich urodzin Virchowa, które obchodzono uroczystie w Berlinie d. 13-go b. m., pragniemy przypomnieć czytelnikom „Kroniki“ kilka ważniejszych dat z życia tego znakomitego męża.

Urodzony d. 13 października 1821 r. w małym miasteczku na Pomorzu jako syn kupca, Rudolf Ludwik Karol Virchow ukończył gimnazjum w Köslinie i w 1839 r. wstąpił do instytutu medyko-chirurgicznego Fryderyka Wilhelma w Berlinie, gdzie kształcił się w nauce lekarskiej pod kierunkiem znakomych naówczas profesorów, z których wymienić wypada przede wszystkim wielkiego fizjologa Johanna Müllera i klinicystę Schönlaina. Jako 22-letni młodzieniec po obronie rozprawy p. t. „De rheumate praesertim corneae“, otrzymał stopień doktora. W rok później został asystentem prosektora Froriepa w berlińskim szpitalu Charité, a w 1846 r. jego następcą. Na tem stanowisku w przeciągu kilku lat dokonał pierwszych swoich epokowych prac o zakrzepie krwi, o sprawie zatorowej i o białaczce; jednocześnie prawie zakłada własne, do dzisiejszego dnia wychodzące pismo „Archiv für pathologische Anatomie“. W 1848 r. zostaje przez władzę delegowanym dla zbadania szerzącej się naówczas na Górnym Śląsku epidemii tyfusowej i ogłasza rezultaty swoich dociekań, występując przy tej sposobności w obronie odrębności narodowej szlązaków i przeciw jej niemezeniu.

W tym samym roku, korzystając z powszechnej fermentacji umysłów, Virchow stara się przy pomocy założonego przezeń pisma specjalnego „Die medizinische Reform“ zreformować urządzenie, mające związek z medycyną, a więc nauczanie akademickie, szpitalnictwo i t. d., i na skutek tego opozycyjnego stanowiska wobec rządu zmuszonym jest opuścić prosekturę. W rok później jednak powołują go znowu tym razem już na profesora, zwyczajnego anatomii patologicznej w Würzburgu. Tu życie jego wstępuje w okres niezwykle intensywnej i w rezultatach swych epokowej działalności naukowej. Dzięki jego inicjatywie powstaje w Würzburgu „Fizyko-medyczne Towarzystwo“, które rozpoczyna wydawnictwo własnego organu p. n. „Würzburger Verhandlungen“, gdzie Virchow w przeciągu 6-u lat pobytu swego w tem mieście umieszcza czterdzieści kilka prac pomniejszych z najrozmaitszych dziedzin patologii. Tu również napisana została „Patologia komórkowa“, która, jak wiadomo, dokonała zupełnego przewrotu w zasadniczych pojęciach medycyny.

Praca ta ukazała się pierwszy raz w druku w 7-ym tomie jego Archiwu w r. 1855. W Würzburgu również rozpoczyna Virchow swe badania nad kretynizmem, które stanowią wstęp do dalszych niezwykle cennych poszukiwań na polu antropologii. W r. 1856 Vir-

ch o w przyjmuje proponowaną mu katedrę anatomii patologicznej w Berlinie, którą właściwie wtedy dopiero utworzono, z tym warunkiem, ażeby mu wybudowano osobny instytut anatomo-patologiczny. Ządaniu temu uczyniono zadosyć, i oto Virchow zostaje pierwszym samodzielny profesorem i dyrektorem instytutu anatomii patologicznej w Berlinie i na tem stanowisku pozostaje do chwili obecnej.

Z prac Virchowa, jakie ukazały się po powrocie jego do Berlina, wymienić wypada na pierwszym miejscu wielkie dzieło o guzach patologicznych (1863—1867), gdzie zreformował do gruntu całą dotychczasową naukę o tym przedmiocie, dalej prace o technice sekcycyjnej, w której wyłożył, dziś powszechnie przyjęte, zasady (1884), dalej badania nad blednicą i włośnicą (trichinosis); jednocześnie ukazywały się prace Virchowa z dziedziny higieny, wydane razem w r. 1879 p. t. „Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentlichen Medizin und der Seuchenlehre“, i wreszcie cały szereg prac antropologicznych. Jeżeli postaramy się na podstawie tego króciutkiego życiorysu uprzytomnić sobie cały ogrom działalności Virchowa i jego zasług, jeżeli pomyślimy, że poza pracą ściśle naukową piastuje Virchow aż do chwili obecnej cały szereg urzędów publicznych, czy jako prezes różnych Towarzystw naukowych niemieckich, czy jako poseł na sejm pruski, i wszędzie wykazuje niepoślednią energię i samodzielność myśli, będziemy zmuszeni uznać w nim człowieka genialnego i, mimo dziś tak zaostrzonej nienawiści narodowościowej, połączyć nasze głosy z chórem uznania i uwielbienia, jaki rozbrzmiewa dla niego ze wszystkich stron świata.

Maurycy Bornstein.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 1 Listopada 1901 r.

—r— Zaznaczyliśmy już, że w chwili obecnej w Warszawie posiadamy 3 t. zw. posterunki lekarskie. Nic przeciw instytucjom tego rodzaju nie mamy, choć potrzeba ich istotna wobec istnienia Pogotowia ratunkowego wydaje się nam problematyczną, zwrócić natomiast musimy uwagę kierowników stacyi przy ul. Bednarskiej na wysoce niestosowną formę reklamy, jakiej dla swej stacyi używają: monstrualna latarnia na skwerze Krakowskiego Przedmieścia jest nie tylko wysoce nieestetyczna, ale razi niezmiernie każdego. Jest to może dobry sposób sprzedawania swego towaru rzućca się w oczy przechodniom, ale nie w stosunkach lekarskich, w których ten sposób reklamy jest nowością zgoła nie pożądaną i szkodliwą, obniża bowiem wobec publiczności powagę, jaką stan nasz dotąd się cieszył i cieszyć powinien.

Mamy nadzieję, że koledzy, biorący udział w dyżurach przy ul. Bednarskiej, uznają słuszność tej uwagi i latarnię ze skweru usuną.

—z— Dowiadujemy się, że prof. J. Kosiński odmówił objęcia proponowanej mu kliniki wydziałowej chirurgicznej w szpitalu ś-go Ducha.

—z— Towarzystwo opieki nad nerwowymi nabywa zabudowania i 3 morgi gruntu pod Warszawą za 15000 rb., płatnych w długim terminie i urządza tam zakład dla chorych spokojnych.

—o h— W № 40-ym „Kraju“ czytamy, co następuje:

„Czy lekarz wezwany do chorego, ma prawo wymówić się pod pozorem, iż jest zajęty czynnościami służbowymi, to pytanie było niedawno rozstrząsane przez Senat, który wydał decyzję przeczącą. Niejaka kobieta lekarka, wezwana do chorego, nie udała się do niego, gdyż, jak twierdziła, było to w godzinach służbowych. Izba sądowa skazała ją za to na 10 rb. kary; oskarżona odwołała się do Senatu, lecz Senat skargi kasacyjnej nie uwzględnił“.

Przypuszczamy, że czynnością służbową musiało być w danym razie jakieś zajęcie biurowe lub takie, przy którym nie było wykonawstwa ściśle lekarskiego, — zajęć z chorymi. Zapewne orzeczenie senatu nie wypadło by w duchu jak wyżej, gdyby szło np. o odciążenie ordynatora z wizyty na oddziale.

— Austriackie ministerium oświaty zatwierdziło uchwałę wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, mianującą docentami dra Franciszka Kryształowicza dla dermatologii i syfilidologii, a dra Adama Bochenka dla anatomii opisowej.

Z M A R L I.

Dnia 24 z. m. w Ludziskach, w W. Ks. Poznańskim, zmarł dr. med. Joachim Bartoszewicz; urodzony w roku 1834-m w Sandomierzu, w r. 1856-m otrzymał stopień doktora medycyny ak. Petersburskiej.

Od r. 1864 zamieszkał w Warszawie, gdzie poświęcił się praktyce prywatnej, a nadto przez czas dłuższy był lekarzem instytutu głuchoniemych i ociemniałych. Kilka rozpraw naukowych nieboszczyk ogłosił w *Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego*.

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

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

wyszedł z druku i jest do nabycia

KALENDARZ

informacyjno-encyklopedyczny

„NA POGOTOWIE 
 **RATUNKOWE“**

Kalendarz ten między innymi zawiera: **notatki z dyspozycją obiadów, kalendarzem historycznym, wskazówkami dla rolników, kapitalistów, dział geograficzny z mapami 5 części świata, mapę nieba, graficznie zestawioną tablicę graficzną historii, ustawę stemplową, szkoły miejscowe i zamiejscowe według najświeższych źródeł, instytucje filantropijne, naukowe, finansowe, sportowe, artystyczne, plany teatrów, 500 biografij literatów, artystów i dziennikarzy, dokładny dział adresowy oraz taryfę domów w Warszawie etc. etc.**

Cena egzemplarza oprawnego w płótno angielskie

rb. 1 kop. **20** bez przesyłki.