

# MEDYCINA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.** O rumieniu powracającym podobnym do płonicy (*Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans*). Podał d-r Julian Kramsztyk. — O wynikach przecinania zwięźń cewki moczowej sposobem Maisonneuve'a. Podał L. Zembrzusi. (Dokończenie). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 111. Wzmocnienie drugiego tonu aorty w kącie lewej łopatki, jako wczesna oznaka ogólnego stwardnienia tętnic (*arteriosclerosis*). 112. Stosunki między pomieszaniem zmysłów a obrażeniami narządów miednicy. — **STRESZCZENIA ZBIOROWE.** Encephalitis purulenta. Ułożył A. Wizel. (Dokończenie). — Sprawozdanie z IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (21—24 lipca r. b.). Napisał St. Łagowski. (Ciąg dalszy). — **DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Kramsztyk — Sur une forme récidivante d'érythème rappellant l'éruption scarlatineuse. 2) D-r L. Zembrzusi — Sur les résultats de l'uréthrotomie d'après la méthode de Maisonneuve.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Kramsztyk — Ueber eine scharlachähnliche Gestalt des recidivirenden Erythems. 2) D-r L. Zembrzusi — Ueber die Resultate der Urethrotomie nach Maisonneuve.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

## O rumieniu powracającym podobnym do płonicy

(*Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans*).

Podał

D-r JULJAN KRAMSZTYK.

Odczytane na IX-tym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Każdemu lekarzowi, częściej z chorobami dzieci do czynienia mającemu, wiadomo jest, że obok typowych postaci ostrych wysypek, jak płonica, odra i mniej typowa różyczka, ogólnie już obecnie za samodzielną postać chorobową przyjęta, spotykają się niekiedy mniej lub więcej ograniczone, a nawet i rozległe wysypki, których nietylko z początku, ale nawet i po kilkodniowym trwaniu nie można stanowczo do jednej z powyższych chorób odnieść. Różnaity wygląd wysypki na różnych miejscach skóry, brak objawów ogólnych i miejscowych, jakie zaawsze danej sprawie towarzyszyć zwykły i t. p., nieraz doświadczonemu nawet lekarzowi wielkie trudności w rozpoznawaniu sprawiają. Dopiero dalszy przebieg choroby, następcze łuszczenie, zajęcie nerek lub



uszu, pojawienie się wkrótce drugiego przypadku tejże choroby w rodzinie i t. p. umożliwiając właściwe rozpoznanie choroby. Dotyczy to przeważnie płonicy. Z drugiej strony, istnieje choroba ostra, w której nietylko wysypka bardzo charakterystyczna, ale i objawy ogólne i miejscowe tak łudząco bywają podobne do płoniczych, że nietylko z początku choroby, ale nawet i do końca pierwszego jej napadu, że się tak wyrażę, uważać ją można za szkarlatynę. Dopiero drugi, a zwłaszcza następne nawroty choroby zmuszają nas do zmiany pierwotnego rozpoznania. Mam tu na myśli chorobę w tytule wymienioną, której nazwa przez francuzów wprowadzona „*érythème desquamatif exfoliant scarlatiniforme récidivant*” bardzo dokładnie sprawę charakteryzuje. Rzecz szczególna, że w podręcznikach, ani w rocznikach, chorobom dzieci poświęconych, do ostatnich czasów z opisem choroby tej się nie spotykamy, natomiast w czasopismach specjalnych chorób skórnych dosyć liczne o chorobie tej wzmianki znajdujemy.

Dziwne jest również, że kiedy postać ta chorobowa w literaturze francuskiej od kilkunastu lat jest znana, w niemieckiej ledwie w ostatnich kilku latach opis pojedynczych przypadków znajdujemy. U nas również, o ile mi wiadomo, nikt podobnych wysypek nie opisywał.

W r. 1876 na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego szpitalnego w Paryżu FEREOU<sup>1)</sup> przedstawił chorego, dotkniętego kilkakrotnie wysypką tego rodzaju, a w r. 1895 na posiedzeniu towarzystwa dermatologów francuskich BERNIER i HALLOPEAU<sup>2)</sup> przedstawili tegoż chorego, u którego wysypka (*érythème exfoliant*) w ciągu tego czasu powróciła po raz dwudziesty. Dotąd powracała ona w odstępach czasu nieregularnych, prawie zawsze bez widocznej przyczyny. Raz tylko zdawało się, że przyczyną była niestrawność po spożyciu ostryg. Ostatnio wszakże przyczynę wystąpienia wysypki można było stanowczo zupełnie określić, albowiem dwukrotnie w odstępie sześciotygodniowym ukazała się ona w tejże postaci z towarzyszeniem gorączki i następczem obfitem łuszczeniem raz po użyciu trzech pigułek sublimatu po 0,01, drugi raz po trzech pigułkach jodku rtęci (po 0,03). Taka różnorodność przyczyn, powodujących wystąpienie wysypki, jak toksyny, w pokarmie zawarte, i preparaty rtęciowe, które wywołują jednakowe zaburzenia naczynio-ruchowe, będące zdaniem tych autorów najbliższą przyczyną wysypki, skłania ich do przypuszczenia, że wspólną przyczyną rumieni tego rodzaju jest szczególna skłonność osobnicza, nietolerancja nie względem danej przyczyny lub danego czynnika, ale względem całej seryi najrozmaitszych czynników. Rozróżniają oni z jednej strony pewne wysypki u osobników szczególnie usposobionych o charakterze zawsze jednakowym i tylko pod wpływem danych czynników występujące, jak wysypki pęcherzycowe po użyciu jodków i bromków potasu, charakterystyczne wysypki, wywołane przez antypirynę i t. p., z drugiej strony postaci chorobowe, których przedstawicielami są wysypki, obecnie nas zajmujące, zawsze jednego typu, ale występujące pod wpływem czynników najrozmaitszych.

W roku 1883<sup>3)</sup> opisał BROCCO przypadek z oddziału prof. FOURNIER'a, dotyczący 40-letniego kuśnierza, u którego wysypka czerwoną wystąpiła na ca-

<sup>1)</sup> Bulletin Soc. Med. des Hopitaux 1876.

<sup>2)</sup> Annales de dermatologie et de syphiligraphie 3 Serie. T. VI, str. 649.

<sup>3)</sup> Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tom IV, Nr. 6. Str. 333.



łem ciele, trwała około 4 tygodni i zakończyła się również ogólnem suchem łuszczeniem. Autor sądzi, że chorobę tę odnieść należy do postaci opisanej przez FÉREOL'a i BESNIER'a pod nazwą *erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans*, jakkolwiek w danym przypadku ograniczyło się to do chwili przedstawienia chorego na jednym napadzie choroby. Z powodu wielkiej trudności, jaka w danej chwili panuje w sprawie podobnych wysypek, zwłaszcza co do ich klasyfikacyi, autor ogranicza się na podaniu szczegółowej historii choroby. Choroba rozpoczęła się dreszczykami, bólem głowy, krwawieniem z nosa, czwartego dnia choroby wystąpiła rozlana na całym ciele odrazu prawie wysypka czerwona szkarłatna, która trwała kilka dni i ustąpiła z wolna, przy towarzyszeniu nadzwyczaj obfitego łuszczenia całej skóry.

W tym samym zeszycie tegoż pisma <sup>4)</sup> RICHARDIÈRE opisuje nierównie ciekawszy, bo oddawna powracający, a podobny zupełnie do poprzedniego przypadek wysypki u człowieka 37-letniego, której towarzyszył ból głowy, lekka gorączka, zaczerwienienie gardzieli, tak że należałoby istotnie rozpoznać płonicę, gdyby nie to, że choroba u pacjenta występuje po raz ósmy w odstępach czasu prawie dwuletnich. Po ustąpieniu wysypki z towarzyszeniem również obfitego bardzo ogólnego łuszczenia, jeszcze podczas pobytu chorego w szpitalu po upływie nowych dwóch tygodni nastąpił nawrót choroby o zupełnie podobnym przebiegu. W danym przypadku szczególny jest bardzo jeden jeszcze objaw choroby. Podczas każdego napadu, pod koniec choroby przyjmowały udział w sprawie paznogie, zwłaszcza wielkich palców rąk i nóg, które unosiły się i odpadały, a na ich miejsce siedm razy tworzyły się nowe. Był to zresztą najdokuczliwszy, jakkolwiek niebolesny, objaw w przebiegu całej choroby. Podczas spostrzeganego napadu autor widział znowu utratę paznogi po raz ósmy i wyrastanie nowych na ich miejsce.

Oprócz powyższych szczegółowo opisanych przypadków znajdujemy jeszcze w literaturze francuskiej przypadki, opisane przez GONGELET'a, PERRER'a <sup>5)</sup> i kilka innych w r. 1887 i 1888 <sup>6)</sup>, w niemieckiej przypadek JADASSOHN'a <sup>7)</sup> i TÖRÖK'a <sup>8)</sup> wszystkie o podobnym przebiegu i wszystkie dotyczące ludzi starszych. Spostrzeżenia te, podane przez dermatologów, widocznie przez nich samych uważane są za niezwykle i niedostatecznie poznane, albowiem na zjeździe międzynarodowym dermatologów i syfidologów, jaki miał miejsce w Paryżu w r. 1889 <sup>9)</sup>, na porządku dziennym umieszczono między innemi kwestyę stosunku wzajemnego wysypek skórnych:  *pityriasis rubra* (typ HEBRY), *erythema scarlatiniforme desquamativum* i *dermatitis exfoliativa generalis primitiva*. Referenci uważają każdą z tych chorób za oddzielną zupełnie postać chorobową, wyodrębniają stanowczo od wysypek podobnych, powstających pod wpływem użycia środków lekarskich lub pewnych pokarmów. Jeden z referentów, PETRINI przytacza również historię choroby u 22-letniego bednarza, u którego spostrzegał w ciągu jednego roku trzy napady choroby, przebiegającej podobnie, jak w przypadkach wyżej przytoczonych

<sup>4)</sup> Ibidem. Str. 338.

<sup>5)</sup> Lyon Medical, 1885. 19 juillet. ---

<sup>6)</sup> Annales de Dermat. et de Syphil. 1887.

<sup>7)</sup> Arch. f. Dermat und Syphilis. 1891 i 1893.

<sup>8)</sup> Arch. f. Dermat und Syphilis. 1896 Bd. 36.

<sup>9)</sup> Comptes rendus du Congrès international.



i przedstawił preparat anatomiczny z kawałka skóry, wyciętej podczas napadu choroby. Obok zmian zapalnych autor znalazł w skórze badanej warstwę gęstą komórek eleidyny, której w warunkach normalnych nie znajdujemy, a która przedostaje się miejscami do warstwy rogowej, przeważnie łuszczącej się tak, że warstwa MALPIGHI'ego miejscami jest zupełnie obnażona. Ponieważ eleidyna odgrywa pewną rolę w rogowaceniu, należy tu przypuścić działalność jej niezwykłą, nadmiernie silną w związku z powtarzającym się łuszczeniem, właściwem tej sprawie chorobowej. W liszaju (*eczema*) i innych sprawach, połączonych z łuszczeniem, naodwrot znajdujemy zanik warstwy ziarninowej (*granulosum*) i eleidyny. Tak przebieg kliniczny, jak i zmiany anatomiczne przedstawiają tyle szczególnych objawów, że, zdaniem PETRINI'ego, sprawie tej należy w dziale chorób skórnych osobne wyznaczyć miejsce. Rumień, wywołany przez środki lekarskie i niektóre pokarmy, inaczej się zupełnie przedstawia, w *pityriasis rubra* zmiany anatomiczne są zupełnie różne.

W dyskusyi, rozwiniętej nad tym tematem, BROcq przyznaje również, że obok typowych wysypek skórnych istnieje osobna kategoria wysypek, niedostatecznie zbadanych, charakteryzujących się rozlaną czerwonością skóry z mniej lub więcej obfitem łuszczeniem naskórka, a zaliczanych zwykle do *pityriasis rubra* w pojęciu HEBRY. BROcq wyodrębnia kilka postaci, które należy uznać za samodzielne typy chorobowe i do tych zalicza powyżej opisaną postać *érythème scarlatiniiforme desquamatif ou dermatite exfoliative aiguë benigne*. Jestto niby rumień (*pseudo-éxanthème*), poczyna się nagle z towarzyszeniem gorączki i wysypki rozlanej, czerwonej, jednostajnie szybko po całym ciele się rozszerzającej. Łuszczenie obfite, suche, blaszkowate rozpoczyna się jeszcze przed ustąpieniem wysypki. Wyleczenie następuje w ciągu 2—6 tygodni. Włosy i paznokcie mogą być zajęte, niekiedy wypadają, ale nie jest to objaw stały. W razie nawrotów choroby następne jej napady są coraz krótsze i łagodniejsze. UNNA<sup>10)</sup> wysypkę tę zamieszcza między stanami zapalnymi skóry pochodzenia zakaźnego, w rzędzie suchych katarów skóry, obok łuszczyca i *pityriasis*.

Jeżeli dermatologom przychodzi z trudnością wyznaczyć właściwe miejsce dla choroby, o której mowa, w szeregu właściwym, to pedyatry daleko mniej z tą kwestyą zadają sobie trudu. Już podczas powyżej przytoczonej dyskusyi JAMESON z Edinburga utrzymywał, że wysypkę tę spotyka się bardzo często u dzieci, prawie nigdy u dorosłych, tymczasem lekarze, wiele z chorobami dzieci mający do czynienia, wcale o niej nie wzmiankują. Pochodzi to bezwątpienia z nadzwyczajnego podobieństwa choroby tej do płonicy, tak że przy pierwszym napadzie choroby wcale na myśl nie przychodzi, że nie z tą chorobą ma się do czynienia.

Częstokroć choroba ogranicza się na jednym napadzie, albo też napad drugi przychodzi tak późno po pierwszym, że zapomina się o związku między dwoma tymi napadami, i wtedy nie ma możności rozpoznania właściwego choroby, która, jak to wyżej wspomniałem, przy obecnym stanie naszych wiadomości jedynie na zasadzie kilkakrotnego powracania od szkarlatyny odróżniona być może.

Zdaje mi się, że to jest przyczyna, dla której pedyatry tak mało o chorobie tej wspominają i wcale jej w praktyce nie rozpoznają. Właściwe stano-

<sup>10)</sup> Die Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin. 1894. Str. 271.



wisko w sprawie tej zajmuje, zdaniem mojem, jedynie Emil SCHWARZ<sup>1)</sup> z Wiednia, który na zasadzie typowego przebiegu choroby, istnienia okresu zwiastunów i następczego umiejscowienia, zajęcia błon śluzowych, gruczołów szyjowych i nerek skłonny jest do umieszczenia jej w szeregu ostrych wysypek.

Przypadek, spostrzegany przez SCHWARZ'a, dotyczy 11-letniego chłopca, który w półtora roku po przebytej wyraźnej bardzo szkarlatynie z zajęciem nerek zachorował na chorobę gorączkową, 10 dni trwającą, z wysypką bardzo obfitą, podobną do szkarlatyny, zajęciem kataralnem błony śluzowej nosa, obrzmieniem gruczołów szyjowych, bardzo obfitem, blaszkowatym łuszczeniem, które jeszcze podczas istnienia wysypki się rozpoczęło, i zapaleniem nerek. Jakkolwiek choroba ograniczyła się na tym jednym napadzie, autor stanowczo uważa ją za rumień łuszczący się, do szkarlatyny podobny.

Jakkolwiek istotnie przyznać należy, że przypadek, opisany przez SCHWARZ'a, uważać można za *erythema scarlatiniforme*, tem nie mniej brak mu jednej z najbardziej charakterystycznych cech chorobowych, t. j. nawrotów choroby.

(D. n.).

---

## O wynikach przecinania zwężeń cewki moczowej sposobem Maisonneuve'a.

Podał

**L. ZEMBRZUSKI.**

---

(Dokończenie. — Zob. Nr. 39).

Jeżeli zwrócimy się do piśmiennictwa obcego, to pośród prac, dotyczących wyboru pomiędzy uretrotomią wewnętrzną i zewnętrzną, mało znajdziemy zgodności w zdaniach różnych autorów. Jak już wspomniałem poprzednio, niemieccy chirurdzy posilkują się w leczeniu zwężeń cewki przeważnie cięciem zewnętrznem.

W podręczniku HUETER-LOSSEN'a, przetłomaczonym na język polski, znajduję nawet następujące zdanie katogoryczne: „cięcie cewki wewnętrzne jest operacją bez wartości!“ (str. 855).

Z innych autorów POSNER, MYLES, ISRAEL oświadczają się również przeciw uretrotomii wewnętrznej. MYLES, który spostrzegął w jednym ze swych przypadków, operowanych sposobem MAISONNEUVE'a, krwotok śmiertelny, w innym zaś zejście niepomysłne z powodu ropnicy, przyznaje rację bytu jedynie cięciu cewki zewnętrznemu. ISRAEL poleca wprawdzie wykonywanie uretrotomii wewnętrznej, lecz tylko wówczas, gdy zwężenie umiejscowione jest w części prącia wiszącej (*p. pendula*), lub też gdy pewne okoliczności ze strony pacyenta zmuszają lekarza do śpieszniejszego przeprowadzenia opera-

---

<sup>1)</sup> Ueber Erythema scarlatiniforme desquamativum. von d-r Emil Schwarz in Wien. Wiener Medicinische Blatter. 1895 Nr. 29 i 30.



cyi. Lekarze francuscy i amerykańscy trzymają się odmiennego punktu zapatrywania, i, gdy tylko zwężenie przepuszcza świeczkę nitkowatą, przystępują do uretrotomii sposobem MAISONNEUVE'a. GUYON, POUSSON, VAUTRIN przytaczają bardzo dobre bezpośrednie i późniejsze wyniki usuwania zwężeń cewki za pomocą cięcia wewnętrznego. ANDRIE, SCHLIFKA, HERRISON i inni przytaczają po kilkadziesiąt, a FREYER sto przeszło przypadków stosowania uretrotomii wewnętrznej sposobem MAISONNEUVE'a i w żadnym powikłań poważniejszych nie spostrzegali.

Zwolennicy uretrotomii zewnętrznej dowodzenia swe opierają nie tylko na zasadzie powikłań różnych, mogących towarzyszyć cięciu wewnętrznemu (jak to przekonał się, powikłania te nie są wyłączone i po uretrotomii zewnętrznej), lecz także na zarzutach następujących:

- 1) uretrotomię wewnętrzną wykonywać trzeba niejako na ślepo bez możliwości widzenia, czy przecinamy bliznę, czy też zdrową błonę śluzową;
- 2) po uretrotomii wewnętrznej często bardzo występują nawroty cierpienia.

Pierwszy zarzut ma za sobą wiele słuszności. W istocie, uretrotomię wewnętrzną wykonywamy bez kontroli oka, a jedynie posiłkujemy się zmysłem czucia *resp.* dotyku, na którym nie zawsze polegać można. Pozwalam sobie jednak zwrócić uwagę, że w chirurgii posiadamy wiele zabiegów, w których posiłkujemy się jedynie zmysłem dotyku przy użyciu narzędzi, i w których kontrola ze strony wzroku z konieczności wyłączona być musi. Do takich zabiegów zaliczyłbym kruszenie kamieni pęcherzowych, skrobanie jamy macicznej, sondowanie i rozszerzanie przelyku w zwężeniach tego narządu i t. p. O doniosłości rękoczynów powyższych nikt wątpić nie myśli, a chirurgia współczesna posiłkuje się nimi często.

Z drugiej jednak strony, postęp szybki techniki chirurgicznej wprowadza stale te lub inne ulepszenia, mające na celu ułatwienie w wielu razach postępowania leczniczego. Nie zapomniano też pod tym względem i o uretrotomii wewnętrznej.

Do pożądaných i cenných zdobyczy w tym kierunku odnieść też wypada pewne wyniki długoletniego doświadczenia, dyktujące niemal pewne stałe przepisy, od których chirurg nigdy odstępować nie powinien. Przepisy takie, dotyczące sposobu posiłkowania się uretrotomem MAISONNEUVE'a w celu możliwego uniknięcia powikłań niepożądanych, są na tyle znane i obowiązujące każdego chirurga, że rozwozić się nad nimi uważam, co najmniej, za zbyteczne. Wspomnę natomiast w krótkości o paru nowszych pomysłach i modyfikacjach w narzędziach i sposobach postępowania, mających jakoby doniosłością swą wynagradzać ów brak kontroli wzrokowej podczas uretrotomii wewnętrznej. Z narzędzi tego rodzaju zasługuje na uwagę uretrotom OBERLÄNDER'a. Skomplikowany przyrząd ten przypomina kształtem swym i rozmiarami zwykły uretroskop (22—25 Nr. skali CHARRIÈRE'a) i składa się z dwóch części: z oświetlającej cewkę czyli endoskopu i z noża właściwego. Uretrotom ten przez zastosowanie oświetlenia endoskopowego daje możliwość przecięcia tkanki bliznowatej *resp.* zwężenia w miejscu określonym. Jednakże budowa i wymiary narzędzia pozwalają na przecinanie zwężeń niezbyt rozległych i umiejscowionych jedynie w części prącia wiszącej, co ogromnie ogranicza posiłkowanie się przyrządem.

Amerykanin O. BULHOES przyznaje pierwszeństwo ze wszystkich uretrotomów narzędziu MAISONNEUVE'a, przypisuje mu jednak jedną wadę. Miano-



wicie, zdaniem B., zdarzyć się może często, że przed dojściem do zwężenia z łatwością zranić można nożem M. błonę śluzową zdrowej części cewki. Zranienie takie, zdaniem autora, bywa najczęstszą przyczyną spostrzeganych w następstwie ciężkich stanów gorączkowych. W celu uniknięcia tego poważnego powikłania BULHOES poleca uretrotom własnego pomysłu. Całe postępowanie B. polega na tem, że pod kierunkiem świeczki nitkowatej wprowadzić należy przewodnik tylko do zwężenia. Przewodnik BULHOES'a zbliżony jest do przewodnika w przyrządzie MAISONNEUVE'a, a odznacza się tem, że posiada rowek u nasady głęboki, a w miarę zbliżania się do końca coraz płytszy, tak, ażeby nóż, wprowadzony przez niego, wydobywał się na wierzch dopiero przy końcu narzędzia. W ten sposób nóż doprowadzony bywa po rowku również tylko do zwężenia. Wówczas za pomocą śrubki przykręcamy go do przewodnika i razem z tym ostatnim wprowadzamy cały przyrząd do pęcherza podług zasad prawidłowej kateteryzacji. Podczas wprowadzania narzędzia następuje jednocześnie przecięcie blizny. O wynikach, które BULHOES otrzymał po użyciu uretrotomu swego pomysłu, nie wiele da się powiedzieć ze względu na to, że sam B. przyznaje się, że zastosował nowe narzędzie zaledwie w kilku przypadkach, aczkolwiek z wynikiem pomyślnym. Mojem zdaniem, uretrotom BULHOES'a, usuwając jedną wadę, właściwą jakoby uretrotomowi MAISONNEUVE'a, na jej miejsce wprowadza parę innych. Mianowicie, wprowadzając uretrotom przez zwężenie do pęcherza, niepodobna trzymać się górnej ściany cewki tak dalece ściśle po środku, jak tego dokonać można, posiłkując się uretrotomem MAISONNEUVE'a. Prócz tego, samo wprowadzenie przewodnika razem z nożem przez zwężenie nieraz bardzo znaczne w cewce tylnej może napotkać na trudności nieprzewyciężone.

Wreszcie w postępowaniu podług B. sama powierzchnia cięcia przybrać może do pewnego stopnia kształt nierówny, a zatem utrudniający leczenie następce. Nie wspominając już nawet o uretrotomach CIVIAL'a, THOMPSON'a, IVANCHICH'a, LINHART'a i innych, ogólnie zarzuconych, wszelkie ulepszenia przyrządu MAISONNEUVE'a w praktyce dotąd rozpowszechnienia nie zyskały.

Pozostaje mi poświęcić nieco miejsca nawrotom po uretrotomii wewnętrznej sposobem MAISONNEUVE'a. Nawroty te, to również argument ulubiony, na który powołują się często przeciwnicy cięcia cewki wewnętrznej. Czy tak jest w istocie? Pomimo woli przypomnieć muszę znowu to, co na wstępie mej pracy wypowiedziałem, a mianowicie, że ostateczne wyniki, a zatem i nawroty cierpienia od sposobu cięcia cewki zależą nie mogą. Zależą zaś one w zwężeniach cewki jedynie od leczenia następczego, które konieczne jest, czy to po uretrotomii wewnętrznej, czy po zewnętrznej. Zdaje mi się bowiem, że nikt z chirurgów nie wypuści z rąk swych chorego po przecięciu cewki zewnętrzną, nie zastosowawszy u niego wcześniej lub później szeregu rozszerzeń systematycznych.

Przewaga uretrotomii zewnętrznej nad wewnętrzną pod względem trwałości wyników jest tylko pozorna. Zdaniem ROSE'a, doniosłość uretrotomii zewnętrznej polega na tem, że blizna pomiędzy brzegami przeciętej cewki tworzy się w kierunku odśrodkowym czyli ku skórze krocza i że w ten sposób rozciąga ku dołowi ściany cewki, zapobiegając jej zwężeniu wtórnemu. Tak głosi teoria, czy jednak rzeczywistość odpowiada twierdzeniu powyższemu, wątpić wypada. Poleganie bowiem zupełne na sprawności tworzącej się blizny byłoby chyba lekkomyślnością ze strony lekarza, i pozostawiania cewki po uretrotomii zewnętrznej bez następczego rozszerzenia w miarę po-



trzeby nie radziłbym nikomu. Cięcie zewnętrzne w rozległych zwężeniach cewki musi być również rozległe, a jak wiadomo, niejednokrotnie wypada usunąć nawet część znaczną zwężenia bliznowatego. Wobec tego ośmielam się przypuszczać, że podczas sprawy gojenia się rany pooperacyjnej nowa blizna może się tworzyć tak dobrze z boków ku górze i ku wewnątrz, jak i w kierunku na zewnątrz. A zatem i po uretrotomii zewnętrznej, jeśli wynik pragniemy mieć trwałe, musimy przystąpić do rozszerzeń następczych, a jak doradzają WOSSIDLO, BOECKEL, SMITH, już w 2 - 3 tygodnie po zabiegu. Słowem, dalsze wyniki po uretrotomiach wogóle zależą w znacznej części od sumienności lekarza i dobrej woli pacyenta.

Na jeden szczegół pozwalam sobie zwrócić uwagę w tej sprawie, a mianowicie odpowiedzieć na pytanie, dla czego na pozór uretrotomia zewnętrzna daje trwalsze wyniki, niż uretrotomia wewnętrzna. Mojem zdaniem, dzieje się to z powodów następujących: chorzy po uretrotomii zewnętrznej znajdują się w rękach chirurga z konieczności znacznie dłużej, niejednokrotnie trzy i cztery miesiące lub więcej. Wymaga tego bowiem dłuższe gojenie się rany pooperacyjnej, i, zawdzięczając właśnie okoliczności powyższej, leczenie za pomocą systematycznych rozszerzeń odbywa się w samej rzeczy i pod okiem lekarza. Przeciwnie, po uretrotomii wewnętrznej zwykliśmy wypuszczać chorego z naszej opieki już po 10 - 14 dniach, o ile nie nastąpiły powikłania. W takich razach składamy leczenie w ręce samych chorych, polecając im wprowadzanie świeczek w pewnych odstępach czasu. Tak dzieje się w większości przypadków, i w tem właściwie tkwi zasadniczy błąd postępowania. Chory, uczuwszy ulgę po uretrotomii wewnętrznej w dość krótkim stosunkowo przeciągu czasu, pozostawiony sobie samemu, zaniedbuje leczenie następcze, i oto po pewnym czasie zaczyna się cała sprawa *ab ovo plus* jeszcze wyrzekania na chirurga, który źle wykonał operację. Z tego powodu chorzy po cięciu cewki wewnętrznem znikają nam z oczu w ogólności, i chyba przypadkowo dowiedzieć się możemy, jaki los zgotował sobie sam chory po naszej operacji. Powtarzam „zgotował“, ponieważ wynik ten zależy bardzo często od dobrej woli chorego. Trudno bowiem z wielu nieraz względów zatrzymać w szpitalu lub w domu zdrowia albo skazywać na leżenie w łóżku osobnika, który przebył pomyślnie uretrotomię wewnętrzną i który czuje się wkrótce potem zupełnie zdrowym i zdolnym do pracy, i to zatrzymać po to jedynie, ażeby mu co parę lub co kilka dni wprowadzać świeczkę do cewki. Od lekarza zależy jedynie wpłynąć na chorego i przekonać go odpowiednio co do ważności leczenia następczego, a jednocześnie przedstawić mu skutki w razie zaniedbania dalszego leczenia. To ostatnie powinien pacjent najlepiej odbyć u lekarza sposobem ambulatoryjnym, lub też w ostateczności zając się sam w domu wprowadzaniem zgłębników elastycznych. Niestety, niepodobna określić, jak długo trwać powinno leczenie następcze, tembardziej, że indywidualizm, jak wszędzie, tak i w tym razie odgrywa ważną rolę. Starano się też różnie zaradzić brakom powyższym w postępowaniu leczniczem po cięciu cewki wewnętrznem. Gdy jedni starają się pewnymi zabiegami skrócić, o ile możliwości, okres leczenia następczego, inni stanowczo sprzeciwiają się oddawaniu jakichkolwiek świeczek do rąk samym chorym. GUYON w celu energiczniejszego leczenia proponuje, począwszy w parę dni po zabiegu, wprowadzanie świeczek metalowych (świeczek GUYON'a), kształtem zbliżonych do świeczek ogólnie znanych BENIQUE'go. Ażeby użycie narzędzi uczynić możliwie łatwym i nieszkodliwym, GUYON wprowadza najpierw



do pęcherza świeczkę nitkowatą, a następnie przykręca do niej swą świeczkę metalową odpowiedniej skali. Zabieg ten GUYON powtarza co 1-2 dni, powiększając stopniowo numery świeczek.

D-r SZTEJNER, który miał możność kilkakrotnego posiłkowania się sposobem powyższym, jest ze swych wyników, o ile mi wiadomo, bardzo zadowolony. GUIRARD znowu radzi przeprowadzać rozszerzania po cięciu cewki wewnętrznem świeczkami elastycznymi lub metalowemi, a mianowicie rozpoczyna on od razu od Nr. 20 (sk. CHARRIÈRE'a) i dochodzi do Nr. 28 i Nr. 30, dodając przytem: „il faut appliquer ce traitement aussi souvent, qu'il est nécessaire, mais le plus rare possible“. Ażeby uczynić zadość żądaniu powyższemu, należy wykonywać próby co do przerw w czasie pomiędzy jednym wprowadzeniem świeczki, a następnem. Jeśli po pewnej przerwie czasu zauważymy, że z łatwością daje się wprowadzić numer świeczki, użyty poprzednio, to wyższego numeru nie wprowadzamy i, próbując, czekamy, czy i dopóki nie wyczujemy większej trudności przy wprowadzaniu świeczki, wówczas stosujemy numer wyższy i t. d. Postępowaniu GUIRARD'a należy przyznać wiele słuszności, wymaga ono jednak nieraz długiego czasu i cierpliwości ze strony pacyenta oraz stałej obserwacji ze strony lekarza.

Widzimy zatem, jak dalece ważne jest leczenie następcze, bez którego i uretrotomia zewnętrzna obyć się nie może, i ja przynajmniej nie mogę się dopatrzeć tej przewagi donośnej uretrotomii zewnętrznej nad wewnętrzną. Na pozór zdawałoby się, że uretrotomia zewnętrzna, odbywająca się pod kontrolą wzroku i bezpośrednio dotyku przedstawia zadanie niezmiernie ułatwione. Tymczasem tak nie jest, i cięcie cewki zewnętrzne bywa nieraz zabiegiem bardzo ciężkim, a w rękach mniej wprawnych nawet niebezpiecznym. Rozumie się, że mam tu na myśli te przypadki, w których przewodnik do pęcherza wprowadzony być nie może, i gdzie zabiegu dokonywać trzeba z nadzwyczajną ostrożnością i cierpliwością, wymagających nieraz olbrzymiego doświadczenia chirurgicznego.

CLAUSLAND przytacza własne spostrzeżenie, dotyczące przypadku, w którym po dwóch godzinach bezowocnych poszukiwań nad odnalezieniem końca cewki dośrodkowego, należało wykonać wreszcie cięcie nadłonowe i zastosować t. zw. *catheterismus posterior*. Zwracając się znowu do uretrotomii wewnętrznej, wypada zauważyć, że jednak bywają przypadki, w których wprowadzenie świeczki nitkowanej natrafia na trudności nieprzewyciężone. Przypadki takie spostrzegali pomiędzy innymi także prof. KOSIŃSKI i d-r STANKIEWICZ. Tak np. prof. KOSIŃSKI wspomina o pewnym osobniku ze zwężeniem cewki, u którego 7 razy przystępował do uretrotomii wewnętrznej, lecz za każdym razem świeczki nie udało mu się przeprowadzić i dopiero za 8-y raz wykonanie całego zabiegu uwieńczone było skutkiem pomyślnym. Podobny przypadek miałem sposobność spostrzegać osobiście w lecznicy d-ra SOLMANA. Parokrotnie przystępowaliśmy do uretrotomii wewnętrznej, lecz za każdym razem świeczka nitkowata, uwieszony w zwężeniu, do pęcherza wprowadzona być nie mogła. Wobec tego pozostawiliśmy świeczkę w cewce *resp.* w zwężeniu na komornem przez 24 godziny, poczem wprowadziliśmy ją względnie łatwo do pęcherza, i uretrotomia wykonana była pomyślnie.

PASSET i FEDERER doradzają w przypadkach analogicznych postępowanie następujące: o ile tylko nie wystąpiły objawy zatrzymania moczu zupeł-



nego, należy polecić choremu oddanie moczu, samemu zaś zacisnąć cewkę w pobliżu jej wylotu zewnętrznego. Strumień moczu, przepływający przez zwężenie, na tyle rozszerza to ostatnie swem ciśnieniem, że przeprowadzenie zaraz następnie świeczki znakomicie ułatwione być może.

Wszyscy z Szanownych Kolegów, którzy byli łaskawi nadesłać mi swe spostrzeżenia odnośnie, oświadczyli się za uretrotomię wewnętrzną sposobem MAISONNEUVE'a w zwężeniach cewki, o ile tylko przez zwężenia te przechodzą jeszcze świeczki nitkowate, lub jeśli brak powikłań w postaci ropni, nacieczeń, przetok i t. p. Przytem kolega ZALESKI oddaje pierwszeństwo uretrotomii zewnętrznej w tych przypadkach zwężeń cewki, w których wystąpiły nawroty po dokonanej poprzednio uretrotomii wewnętrznej.

Istnieje jeszcze jeden wzgląd, dla którego stosowanie uretrotomii zewnętrznej ograniczyłbym do *minimum*, a tym jest mianowicie zbyt częste „wygojenie z przetoką“, trwającą lata całe lub w zupełności nieuleczalną. Jak wiadomo, po uretrotomii zewnętrznej chorzy zmuszeni są pozostawać w łóżku najmniej parę tygodni, leczenie rany ciągnie się również tygodnie, a nieraz miesiące całe, a jeśli dodamy do tego jeszcze w następstwie powstanie przetoki, nie pozwalającej nieraz choremu wrócić do swych zajęć i wyczerpującej go fizycznie i moralnie, to otrzymamy wynik wcale nie zachęcający.

Zadaniem naszym jest możliwie szybko i drogą najpewniejszą przywrócić zdrowie choremu, który zwraca się do nas z zaufaniem i z wiarą w doniosłość i skuteczność wiedzy i sztuki lekarskiej. Miejmy na widoku i ten wzgląd ogólnospołeczny, że często bardzo mamy do czynienia z chorym, którego stanowisko lub też środki materyalne nie pozwalają na zbyt długo trwające leczenie, a byt rodziny chorego zależeć może od względnie szybkiego powrotu jego do zdrowia. Z dwóch zabiegów operacyjnych, uretrotomii wewnętrznej i zewnętrznej, prowadzących do jednego i tego samego celu, zdaniem mojem i większości chirurgów, pierwszemu stanowczo przewagę przyznać należy.

Warszawa, w sierpniu 1900 roku.

---

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

---

III. F. FRIEDMANN. **Wzmocnienie drugiego tonu aorty w kącie lewej łopatki, jako wczesna oznaka ogólnego stwardnienia tętnic (*arteriosclerosis*).** Jeżeli w stwardnieniu tętnic naczynia obwodowe, dostępne dla badania bezpośredniego za pomocą oględzin i dotyku, są wogóle umiejscowieniem mniej lub więcej widocznych zmian, to jednak wcale nie zawsze tak jest, szczególnie w początkach tego cierpienia. W podobnym przypadku rozpoznanie stwardnienia naczyń może być oparte tylko na istnieniu pewnych zaburzeń krążenia, z których najczęstsze jest wzmocnienie się ciśnienia tętniczego, uwydatniające się wzmocnieniem drugiego tonu aorty, który jednocześnie staje się metalicznym, dźwięcznym. Oznaki tej szuka się zwykle w miejscu wysłuchiwania ujścia aorty, t. j. u podstawy serca, koło prawego brzegu mostka i na powierzchni drugiej przestrzeni międzyżebrowej lub trzeciego żebra.

Omawiana jednak zmiana tonu nie ma w sobie nic charakterystycznego; spotyka się ona również w pewnych cierpieniach, które, nie mając nic wspólne-



go ze stwardnieniem tętnic, sprowadzają, jak i ono, zwiększenie ciśnienia tętniczego wskutek przerostu lub nadmiernej działalności czynnościowej lewej komory. A jednak można uniknąć tutaj omyłki, ponieważ według pewnych autorów, odgłos drugiego tonu aorty w stwardnieniu tętnic dosięga swego *maximum* nie u podstawy serca—jak to się dzieje, gdy wzmożenie ciśnienia tętniczego ma inne pochodzenie — lecz może być słyszany zupełnie też wyraźnie na powierzchni tętnic szyjowych i w dole nadkoleczastym.

Otóż autor miał sposobność ocenienia rozpoznawczego znaczenia tego objawu. Autor mógł się, w samej rzeczy, przekonać, badając licznych chorych, że u osobników ze stwardnieniem tętnic wzmocnienie drugiego tonu aorty dosięga zawsze swego największego natężenia w miejscu, położonem koło kąta łopatki i na linii, idącej od tego kąta do wyrostka kolczastego siódmego kręgu piersiowego.

Aby badanie było przekonujące, trzeba iżby podczas osłuchiwania chorego trzymał ramiona skrzyżowane na piersiach w celu zwiększenia przestrzeni międzyłopatkowej i aby oddychał spokojnie i równo, ponieważ przerwy w oddechaniu (szczególnie na wysokości wydechu) przeszkadzają słyszeniu tonu aorty.

Autor znalazł jeszcze, iż u osobników zdrowych i do lat 40 lub 45 tonu aorty, słyszane z tyłu, dosięgają swego *maximum* na powierzchni kolca lewej łopatki, gdy później, z postępem wieku, to siedlisko wysłuchiwania obniża się coraz bardziej, nie dochodząc jednak nigdy do kąta łopatki, przynajmniej, gdy nie idzie o ogólne stwardnienie tętnic.

Autor stwierdził istnienie tej oznaki nie tylko w stwardnieniu tętnic posuniętem, lecz jeszcze w okresie pierwotnym tego cierpienia i nawet u osobników ze stwardnieniem tętnic stosunkowo młodych (od 32 do 34 lat); przeciwnie, nie mógł on tej oznaki nigdy odszukać u osobników nawet wiekowych, ale zdających się być wolnymi od wszelkiego obrażenia naczyń. Dla tego też objaw, zaznaczany przez autora, zdaje się, stanowi wczesną oznakę ogólnego stwardnienia tętnic. (*La semaine médicale* Nr. 28. 1900). *St. Roslan.*

112. A. T. HOBBS. **Stosunki między pomieszaniem zmysłów a obrażeniami narządów miednicy.** Pamiętając, iż MANTON mówił: „Nie operowałem nigdy waryatki, aby nie stwierdzić jakiegoś polepszenia w jej stanie umysłowym i niewątpliwej ulgi w jej stanie podmiotowym“, autor wziął się, od 1895 r. do badania z punktu widzenia ginekologicznego chorych w schronieniu, którem zarządza.

Na ogólną liczbę 800 kobiet wybrał on 220 takich, które poprzednio rodziły i były jeszcze młode; u 188 z nich stwierdził jedno lub wiele obrażeń narządów miednicy: u 132 znalazł niezupełne zwinięcie się macicy lub zapalenie śluzówki macicznej, u 18 bolesne miesiączkowanie lub krwotoki miesiączkowe, u 62 rozzerwania szyi, u 5 polipy szyi macicznej, u 66 zboczenia macicy, u 16 mięśniaki u 2 guzy złośliwe, u 33 cierpienia przydatków i u 37 obrażenia pochwy, poczynając od prostego pęknięcia krocza do przetoki pęcherzowo-pochwowej.

Skoro kobiety te są chore, to czy mamy prawo nie leczyć ich, pod pozorem że są one waryatkami? Na pytanie to autor odpowiedział zrobieniem 173 operacji rozmaitej doniosłości.

W następstwie tych zabiegów stwierdził on zawsze znaczne polepszenie ogólnego stanu zdrowia; czynności umysłowe albo powróciły bezpośrednio, albo polepszenie było powolniejsze i postępujące. Tak np. zabiegi na przydatkach dały mu 63% wyzdrowień; operacje na szyi lub trzonie macicy 46%; poprawienie zboczeń macicznych 26%; usunięcie guzów 30%; wreszcie operacje plastyczne na



pochwie 20%. Wogóle na 100 operowanych kobiet 42 wyzdrowiały ze swego cierpienia umysłowego, 24 doznały polepszenia, 32 pozostały w stanie poprzednim i dwie zmarły.

Z faktów tych autor wnosi, że choroby narządów rodnych są ważnym czynnikiem umysłowego stanu kobiet, i że w wielu przypadkach leczenie tych cierpień przyspiesza wyzdrowienie z współcześnie istniejącej choroby umysłowej. Jeżeli się weźmie pod uwagę, że na 114 chorych, które wyzdrowiały, 52 były wrystkami co najmniej od lat dwóch, to wolno sądzić, iż duża ich liczba nie odzyskałaby nigdy prawidłowego stanu umysłu bez zabiegu chirurgicznego. Faktem, zdającym się tego dowodzić, jest to, iż przez czas 4 lat, w ciągu których chore były leczone pod względem ginekologicznym, liczba wyjść ze schroniska przedstawiała 52% ogólnej liczby przyjęć, gdy przez czas 4 lat poprzednich było tam trzy razy więcej wstąpień, niż wyjść ze schroniska.

Nie można przypuszczać, według autora, aby operacja sama przez się i następcze starania były pierwszorzędnym i głównym czynnikiem polepszenia stanu umysłowego, gdyż widział on, że 23 razy doszczętne leczenie przepukliny nie dało żadnego wyniku z punktu widzenia umysłowego, tak samo nie mógł on nigdy stwierdzić, po znieczuleniu, zmian zaburzeń umysłowych.

W końcu autor ustala stosunek wyzdowień operacyjnych z zaburzeń umysłowych stosownie do przyrody obrażeń miednicy; stwierdza on w ten sposób, że zabiegi z powodu cierpień maciczno-jajnikowych pochodzenia zapalnego dały mu 50% wyzdowień, zabiegi z powodu zbroczeń maciczno-jajnikowych 36% i zabiegi z powodu guzów maciczno-jajnikowych lub obrażeń pochwowych pochodzenia niezapalnego 26%. Z cyfr tych wynika, że obrażenia zapalne narządów miednicy usposabiają najwięcej do pomieszania zmysłów i wymagają też najusilniej leczenia ginekologicznego.

(*La semaine médicale*. Nr. 28. 1900).

*St. Roslan.*

---

## Streszczenia zbiorowe.

---

### *Encephalitis purulenta.*

Podług Oppenheim'a, Körner'a, Macewen'a, Bergmann'a, Ziehen'a i in.

ułożył

**Adam Wizel.**

---

(Dokończenie. — Zob. Nr. 39).

Co się tyczy symptomatologii ropni mózgowia pochodzenia usznego, to przede wszystkim zauważyć należy fakt, iż początkowy okres tego cierpienia charakteryzuje się objawami, które mogą być uwarunkowane również dobrze cierpieniem samego ucha. Ból w okolicy chorego ucha, nudności i wymioty, zawroty głowy, podniesienie ciepłoty, a niekiedy i dreszcze, wszystkie te objawy, właściwe początkowi ropnia mózgowia, mogą istnieć i bez cierpienia mózgu i mogą być zależne jedynie od zaostrenia się sprawy ropnej lub zatrzymania się ropy w uchu środkowym. Następnie zauważyć należy, iż ten sam zbiór objawów może dać również zebranie się ropy zewnątrz-oponowe.



W sprawie rozpoznania ropnia mózgowia decydujące znaczenie posiadają następujące charakterystyczne objawy: 1) zwolnienie tętna, 2) *neuritis optica*, 3) *coma*, 4) drgawki ogólne, 5) objawy mózgowe ogniskowe. Tylko w razie obecności wyliczonych objawów wolno rozpoznać ropień mózgowia.

Co do przebiegu ropni pochodzenia usznego, to w większości przypadków bywa on ostry.

Powiemy wreszcie kilka słów o ropniach przerzutowych. Ropnie te, jak się tego *a priori* domyśleć można, prawie zawsze bywają ostre, niekiedy powstają one w sposób wprost apoplektyczny i jedynie w rzadkich przypadkach rozwijają się wolno. Umiejscowienie ich w mózgu nie podlega żadnemu prawu: ropień przerzutowy może się usadowić w dowolnym miejscu.

Ropnie te często bywają liczne, i w tych razach symptomatologia bywa w szczególnie sposób powikłana.

Podstawą rozpoznania ropnia mózgowia jest etiologia. OPPENHEIM powiada: „ropień mózgowia tylko wtedy mamy prawo rozpoznać, gdy jesteśmy w stanie wykazać pierwotne źródło zakażenia, które mogłoby ropień spowodować, w przeciwnym razie rozpoznanie ropnia jest nader wątpliwe“.

Nie będziemy tu powtarzali danych etiologicznych co do pochodzenia ropnia mózgowia, zaznaczymy tylko pewną okoliczność, ważną przy rozpoznawaniu ropni pochodzenia usznego. Tylko wtedy wolno nam łączyć przyczynowo następujące się objawy mózgowe z cierpieniem ucha, gdy objawy te wskazują umiejscowienie sprawy mózgowej po stronie chorego ucha i to w tych częściach mózgowia, w których stale umiejscawiają się ropnie pochodzenia usznego.

Pewną trudność rozpoznawczą przedstawiają ropnie t. zw. samoistne. Mając jednak na względzie pogląd MARTIUS'a, według którego podobne ropnie powstają skutkiem bezpośredniego przenikania do mózgu drobnoustrojów chorób zakaźnych, znajdziemy już dla podobnego rozpoznania pewien punkt oparcia. A mianowicie, jeśli u chorego wystąpią objawy, budzące domniemanie ropnia, podczas epidemii takiej choroby, jak np. *meningitis cerebro-spinalis epidemica*, to będziemy już mieli pewne prawo rozpoznać ropień mózgowia.

Zarówno ropnie urazowe, jak i ropnie usznego pochodzenia mają pod względem klinicznym wiele podobieństwa do innych cierpień wewnątrzczaszkowych, mogących być również następstwem cierpienia ucha lub urazu, i dla tego nader ważną jest rzeczą umieć je od tych ostatnich odróżnić.

I. Przy rozpoznaniu różniczkowym ropni mózgowia pochodzenia usznego trzeba mieć na względzie następujące cierpienia: 1) zakrzep zatoki, 2) ropień żewnątrzoponowy, 3) rozmaite postacie zapalenia opon mózgowych.

Ropień mózgowia bywa niekiedy tak bardzo do zakrzepu zatoki pod względem objawów podobny, iż odróżnienie tych dwóch chorób staje się nieraz wprost niemożliwym.

Dla rozpoznania różniczkowego ważne są następujące dane. Za zakrzepem zatoki przemawiają: *a*) wysoka gorączka, częste dreszcze i obfite poty (w ropniach mózgowia ciepłota zwykle prawidłowa lub nieznacznie podniesiona czasami tylko większe podniesienie ciepłoty), *b*) tętno zwykle przyspieszone (w ropniach—zwolnione), *c*) brak w większości przypadków objawów ogniskowych (w ropniach są one częste), *d*) obecność brodawki zastoinowej (w ropniach częściej bywa *neuritis optica*), *e*) obecność objawów ropnicy (prócz gorączki, dreszczów, potów — żółtaczką, rozwolnienie oraz przerzuty w rozmaitych narządach). Nadmienić tu jednak wypada, że objawy ropnicy mogą istnieć również w ropniach



mózgowia, o ile sam ropień mózgowia był pochodzenia ropniczego, f) wreszcie łatwo wymacalny zakrzep żyły odmózgowej.

Jeszcze większe trudności różniczkowo-rozpoznawcze przedstawia ropień zewnętrzno- oponowy (*pachymeningitis externa purulenta s. abscessus extraduralis*). I objawy mózgowie ogólne, i objawy mózgowie ogniskowe mogą być w obu cierpieniach jednakowe.

Pod względem różniczkowo-rozpoznawczym posiadają pewne znaczenie spostrzegane przez klinicystów miejscowe znamiona zewnętrzne ropni zewnętrzno- oponowych, a mianowicie: 1) ropień podokostny i *phlegmone*, względnie obrzmienie po za wyrostkiem sutkowym, 2) bolesność przy opukiwaniu w tem miejscu, 3) ograniczenie obrotowych ruchów głowy głównie w stronę chorą. Znamiona te jednak nie zawsze istnieją, i w większości przypadków rozpoznanie rozstrzyga jedynie operacya.

Również wielkie trudności przedstawia odróżnienie ropni mózgowych od zapalenia opon, w niektórych przypadkach jest ono nawet całkiem niemożliwe.

Zapalenie opon, wklajające choroby ucha, bywa: 1) ropne (*leptomeningitis purulenta*), 2) surowicze (*leptomeningitis serosa*).

Na korzyść zapalenia opon ropnego w przeciwstawieniu do ropnia przemawiają: 1) początek ostry, burzliwy (w ropniach — zwykle podostry, często po uprzednim okresie utajonej choroby), 2) przebieg zazwyczaj nadostry (w ropniach ostry, ostrawy lub przewlekły), 3) wysoka gorączka (w ropniach ciepłota zwykle prawidłowa, subnormalna lub wreszcie nieznaczna gorączka, 4) tętno przyspieszone (w ropniach zwykle zwolnione), 5) bredzenie i podniecenie (w ropniach zwykle tylko zamroczenie świadomości), 6) drgawki ogólne, zdarzające się często (w ropniach — rzadziej), 7) tarcze nerwów wzrokowych zwykle normalne (w ropniach zwykle *neuritis optica*), 8) objawy podrażnienia opon: ogólna nadczułość, sztywność w karku, wciągnięcie brzucha i t. p. (w ropniach objawy te nie zdarzają się lub zdarzają się wyjątkowo), 9) objawy ogniskowe rzadko czyste, odosobnione, zazwyczaj objawy mózgowie świadczą o sprawie rozlanej na wypukłości lub podstawie mózgu (w ropniach — objawy ogniskowe są wielce charakterystyczne), 10) obecność licznych objawów rdzeniowych (w ropniach są one rzadkie).

Mimo zaznaczonych punktów różniczkowo-rozpoznawczych, odróżnienie bywa nieraz niesłychanie trudne. Zależy to od tego: 1) że *leptomeningitis* przebiega nieraz atypowo i brak wówczas tych lub innych objawów (np. gorączki), 2) że sprawa oponowa może się umiejscowić głównie w pewnej tylko okolicy mózgu, np. w tylnej jamie czaszkowej, 3) że ropień mózgowy u dzieci może dawać współcześnie objawy oponowe, a niekiedy przebiegać wprost pod postacią zapalenia opon, gdy opony są zupełnie wolne, jak to się później przy oględzinach pośmiertnych okazuje, od wszelkiej sprawy zapalnej. To samo trzeba mieć na względzie i w ropniach zewnętrzno- oponowych, w zakrzepach zatoki, a nawet w zwykłym niepowikłanym zapaleniu ucha. Wszystkie te cierpienia u dzieci mogą przebiegać pod postacią kliniczną zapalenia opon.

Co się tyczy *meningitis serosa*, które to cierpienie wikła niekiedy zapalenie ucha średniego, to pod względem symptomatologii jest ono nadzwyczajnie podobne do *meningitis purulenta* i tak samo, jak to ostatnie, może symulować ropień mózgowy. Zazwyczaj wszakże *meningitis serosa* nie daje wysokiej gorączki, natomiast *neuritis optica*, resp. brodawka zastoinowa bywa stałym objawem tego cier-



pienia. Dodać należy, że rozpoznanie *meningitidis serosae* rozstrzyga się często zejściem: choroba ta może samodzielnie ustąpić, a jeszcze częściej ustępuje po wszelkich rękoczynach chirurgicznych, usuwających zatrzymanie się ropy w uchu lub w przestrzeniach zewnątrzoponowych, a także po rękoczynach, otwierających przestrzeń podoponową.

Dodać tu trzeba, że czynnikiem różniczkowo-rozpoznawczym mogłoby być badanie bakteriologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego, otrzymywanego za pomocą przekłucia QUINCKE'go, autorowie jednak nie zalecają tej metody, albowiem przekłuciu QUINCKE'go może pociągnąć za sobą niepożądane następstwa.

Kończąc uwagi powyższe, zaznaczyć jeszcze musimy, że trudność rozpoznania ropni mózgowych pochodzenia usznego zwiększa się jeszcze przez to, iż ropnie te nieraz bywają powikłane jednoczesnym zapaleniem opon lub zakrzepem zatoki.

II. Przy rozpoznaniu różniczkowym ropni mózgowych pochodzenia urazowego trzeba mieć na względzie następujące choroby: 1) krwotoki oponowe (*haematoma durae matris*), 2) *encephalitis haemorrhagica traumatica*, 3) *pachymeningitis* i *meningoencephalitis chronica circumscripta*, 4) *neoplasma cerebri*, 5) *neurosis traumatica*.

1) Co się tyczy krwotoku oponowego, to cierpienie to występuje zazwyczaj bezpośrednio po urazie, gdy tymczasem ropień mózgowy przebiega zwykle kilka dni lub tygodni skrycie. Prócz tego w ropniu urazowym rzadko widzimy zupełny brak gorączki, gdy tymczasem przy krwotokach oponowych gorączki nader często brakuje.

2) Co do *encephalitis acuta haemorrhagica*, to we względzie różniczkowo-rozpoznawczym najważniejszy jest przebieg: choroba ta albo samodzielnie ustępuje, albo prowadzi szybko do śmierci, albo pozostawia po sobie, po przejściu objawów ogólnych, trwałe ślady w postaci objawów ogniskowych.

3) Co do *pachymeningitis et meningo-encephalitis circumscripta chronica*, to i to cierpienie bywa niekiedy następstwem urazu i podobnie, jak ropnie mózgowe, daje ono względnie późno wyraźne objawy kliniczne. W symptomatologii tej choroby przeważają objawy ogniskowe. Rozpoznanie różniczkowe jest trudne, ponieważ jednak w obu cierpieniach wskazana jest operacja, rozpoznanie różniczkowe nie jest nagląco potrzebne.

4) Co się tyczy nowotworów mózgu, rozwijających się w następstwie urazu, to pod względem różniczkowo-rozpoznawczym ważne są: z jednej strony — przebieg, z drugiej — objawy.

Ropień rozwija się albo zaraz bezpośrednio po urazie, jako ostre cierpienie, albo po upływie kilku tygodni, ale i w tym razie przebiega szybko, albo wreszcie dopiero po kilku miesiącach, latach i dziesiątkach lat. Inaczej bywa w nowotworach. Nowotwór prawie zawsze rozwija się żółtym krokiem. Po urazie zostaje ból głowy lub zjawia się on dopiero po kilku tygodniach lub miesiącach, poczem powoli się wzmaga, i dopiero po dłuższym czasie przyłączają się doń objawy ucisku mózgu. Nowotwór można pomieszać oczywiście jedynie z późnym ropniem. W tym razie jednak rozstrzygają sprawę: 1) wywiady (obecność po urazie rany zakażonej przemawia za ropniem), 2) przebieg (w nowotworach mamy wolno postępujące wzrastanie objawów, w ropniach—owe charakterystyczne okresy, o których była mowa wyżej).

Co się tyczy znaczenia różniczkowo-rozpoznawczego objawów, to zauważyć należy, że gorączka i dreszcze przemawiają za ropniem, wyraźna zaś brodawka zastoinowa — za nowotworem, przyczem trzeba dodać, że ani brak gorączki nie



wyłącza rozpoznania ropnia, ani brak brodawki zastoinowej nie wyłącza rozpoznania nowotworu.

W tem miejscu nadmienić jeszcze należy o odróżnianiu ropni od *tuberculum salutarium*, mogącego wikłać próchnienie gruźlicze kości skalistej. Rozpoznanie różniczkowe opiera się na badaniu płuc pod względem zmian gruźliczych, na oftalmoskopowaniu (gruźelki naczyńówki), wreszcie na tym fakcie, że nowotwór bywa zazwyczaj pojedynczy, gdy tymczasem gruźelków może być kilka. Z tem wszystkim odróżnienie ropnia od gruźelki nie zawsze jest możliwe.

Wspomnieć wreszcie należy o nerwicę urazową pochodzenia historycznego lub neurastenicznego, symulującą niekiedy ropień mózgowy. Dla różniczkowego rozpoznania ważne są punkty następujące:

W nerwicy urazowej: 1) brak typowych objawów ucisku mózgowego, 2) brak objawów ropienia, 3) objawy ogniskowe (niedowład i znieczulenie połowiczne) występują po tej stronie, po której nastąpił uraz głowy, 4) obecność innych charakterystycznych oznak histeryi lub neurastenii.

Rokowanie w ropniach mózgowia jest wogóle bardzo poważne. Jedyna rzecz, zdolna uratować chorego, to operacja. Ropień nieoperowany prawie zawsze kończy się śmiercią. Tego rodzaju zejście, jak samodzielne otworzenie się ropnia lub otorbenie, należy do rzadkości.

Ropnie urazowe i pochodzenia usznego lub nosowego dają lepsze rokowanie, aniżeli ropnie przerzutowe, a to z następujących powodów: 1) przerzutowe mogą być liczne, 2) rozpoznanie ich, a zwłaszcza lokalizowanie przedstawia daleko większe trudności, 3) rokowanie pogarsza się skutkiem zasadniczego cierpienia, powodującego ropień przerzutowy w mózgu.

W ostatnim dwudziestoleciu ropień mózgowia stał się chorobą o wiele mniej groźną dzięki ogromnemu postępowi chirurgii, która w dziedzinie terapii odnośnej choroby święci prawdziwy tryumf.

Statystyka wykazuje, iż w znacznej liczbie przypadków leczenie chirurgiczne ratuje chorych. Z opisanych w literaturze przypadków ropnia pochodzenia usznego więcej niż 50% zakończyło się wyleczeniem dzięki interwencji chirurgicznej, a z 53 przypadków ropni mózgowia urazowych, znanych w literaturze do 1897 r., zakończyło się wyzdrowieniem aż 36.

Nie będziemy się tu wdawali w szczegóły terapii ropni mózgowia, sprawa ta bowiem należy całkowicie do chirurgii, pozwolimy tu sobie tylko powtórzyć za OPPENHEIM'em zasadnicze postulaty, którymi kierować się winien lekarz w leczeniu ropni mózgowia.

Co się tyczy ropni urazowych, to mówi OPPENHEIM, iż „w każdym przypadku, w którym możemy rozpoznać na pewno lub jedynie z pewnem prawdopodobieństwem ropień mózgowia urazowy i w którym jesteśmy w stanie wyłączyć jakieś nieuleczalne powikłanie, należy obowiązkowo trepanować czaszkę w celu odszukania ogniska ropnego i wypuszczenia ropy“.

Co zaś się tyczy leczenia ropni mózgowia pochodzenia usznego, to należy się trzymać według OPPENHEIM'a zasad następujących:

1) „W każdym przypadku, w którym na pewno stwierdzić można niepowikłany ropień mózgowia pochodzenia usznego i w którym niema żadnych widocznych objawów przedarcia się ropnia lub innego śmiertelnego cierpienia, należy przystąpić do leczenia chirurgicznego“.

2) „Ponieważ zwykła *otitis purulenta*, a jeszcze bardziej pewne powikłania wewnątrzczaszkowe, jak np. ropień zewnątrzoponowy, mogą naśladować obraz kliniczny ropnia mózgowia, należy więc przede wszystkim skierować terapię na



cierpienie uszne, należy rozstrzygnąć kwestyę, czy rękoczoyny chirurgiczne, zastosowane do samego ucha (*paracentesis, trepanatio mastoidea*), nie są w stanie usunąć objawów chorobowych. Jeżeli rękoczoyny te dadzą wynik ujemny, wówczas należy otworzyć średnią, ewentualnie tylną lub obie nawet jamy czaszkowe, aby się przekonać, czy niema ropnia zewnątrzoponowego. I dopiero, gdy rezultat i tego rodzaju postępowania okaże się ujemnym, i jeżeli nadto miejscowe zmiany oraz objawy wskazywać będą na sprawę mózgową, należy wówczas przedsięwziąć nakłucie lub nacięcie mózgu“.

3) „*Pachymeningitis externa purulenta*, zakrzep zatoki i nawet początkująca ropnica nie stanowią przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego. To samo się tyczy ograniczonego zapalenia ropnego opon. Jeżeli jednak istnieje rozlane zapalenie ropne opon, to wówczas od operacji należy się powstrzymać“.

4) „Jeżeli rozpoznanie waha się pomiędzy ropniem mózgowia a *meningitis cerebrospinalis purulenta*, to nie należy spieszyć się z operacją. Jeżeli jednak wypuszczenie ropnia nabiera prawdopodobieństwa, to należy wówczas, nie zwlekając, dokonać operacji eksploracyjnej“.

5) „Nie należy nigdy zapominać o tem, że zapalenie ucha środkowego niepowikłane i ropienie w błędniku mogą wywołać ciężkie objawy mózgowie. Nie należy również zapoznawać znaczenia, jakie posiada *meningitis serosa* wśród powikłań *otitidis mediae*. Samo wypuszczenie ropy z ucha lub przestrzeni zewnątrzoponowych może już usunąć objawy, cierpieniem tem uwarunkowane. Prócz tego bywają przypadki, w których po otworzeniu opony twardej następuje tak znaczny odpływ płynu mózgodzeniowego, iż przy niepewnem rozpoznaniu należy wpieryw poczekać na wynik tego zmniejszenia się płynu, zanim poweźmie się postanowienie co do dalszego postępowania“.

6) „W razie, gdy trudno powiedzieć napewno, gdzie się znajduje ropień w mózdzku czy też w zrazie skroniowym, nie należy bynajmniej od operacji odstępować, gdyż w podobnym przypadku badanie uprzednie może już ułatwić rozstrzygnięcie tej kwestyi, a w wątpliwych razach można doszukiwać się ropy w obydwóch miejscach“.

## Sprawozdanie

### Z IX ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

(21 — 24 lipca r. b.).

Napisał

Stan. Łagowski.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 39).

Doc. D-r RACZYŃSKI. W sprawie rozpoznawania błonicy. Mimo przekonywających prac nad sprawami zapalnymi chorób gardła nie ma dotąd jedności zapatrywań na istotę tych spraw, ani jedności co do nazwy dla pewnych postaci.

Klinicysta musi przyjąć za podstawę wyniki badania bakteryologicznego, bo one tłomaczą mu przyczynę, jako też dają wskazówki lecznicze. Na podsta-



wie tych badań możemy dziś rozróżnić: 1) błonicę, t. j. sprawę, polegającą na obecności prątków LOEFFLER'a, inaczej *morbus Löffleri* i 2) sprawy błonicze, wywołane innymi drobnoustrojami.

Podział ten jest więcej teoretyczny, gdyż niema zapewne postaci idealnie czystej, z drugiej zaś strony klinicysta nie rozporządzający pracownią bakteriologiczną, rozpoznania według tego podziału skutecznie nie może.

Najwybitniejsze cechy przedstawia błonica czysta, a jej rozpoznanie jest nawet bez badania bakteriologicznego możliwe, a ze względu na zastosowanie leczenia swoistego nawet konieczne.

W dyskusji d-r J. KRAMSZYK, przytaczając dane statystyczne ze szpitala dla dzieci starozakonnych w Warszawie, mówi, iż w ostatnich latach przy stosowaniu surowicy w błonicy, śmiertelność ogólna wynosi 12%, a w przypadkach dławca błoniczego, leczonych za pomocą intubacji 18%, z następczą zaś tracheotomią 50%. Zgadza się ze zdaniem prof. JAKUBOWSKIEGO, że intubacja powinna w zupełności zastąpić tracheotomię, do której tylko w przypadkach zaniedbanych uciekać się należy. Nakoniec co do istoty choroby twierdzi, iż dławiec i błonica jest to taż sama choroba, przez ten sam zarazek wywołana, tylko umiejscowienie jest inne.

D-r CZARKOWSKI zaznacza, że pożądanoby było, aby kliniki, mające liczny i ściśle obserwowany materiał, dostarczały danych co do procentu uzdrowień. Przytem prosi o wyjaśnienie.

- 1) Czy nie spostrzeżono napływu lekkich przypadków do klinik?
- 2) Czy po 5-ej dobie od czasu zachorowania stosuje się surowicę, w jakiej dawce i z jakim skutkiem?
- 3) Jaki jest stosunek następczego dławca do lekkich i ciężkich przypadków błonicy?
- 4) Czy były spostrzegane przypadki podobne do mocznicy z zejściem śmiertelnem i jak je sobie tłumaczyć?

D-r KORYBUT-DASZKIEWICZ zaznacza, iż wobec istnienia dwóch obozów t. j. zwolenników i przeciwników stosowania surowicy, radby wiedzieć:

- 1) Czy bywały wogóle i jak często spostrzegane choroby nerek w następstwie stosowania surowicy?
- 2) Czy bywały spostrzegane przypadki charłactwa i inne ciężkie objawy ogólne od ubocznego działania surowicy zależne?
- 3) W jakiej ilości bywa stosowana surowica?

W odpowiedzi na powyższe pytania prof. JAKUBOWSKI oznajmia, że do szpitala do oddziału bywają przyjmowani zwykle tylko chorzy ze stanem cięższym, i że stosowanie surowicy, jak wykazuje statystyka, działa dobroczynnie. Co się tyczy ilości, to obecnie w klinice krakowskiej odrazu wstrzykują parę flaszeczek o 1000 jednostkach uodparniających; wczesne zastrzyknięcie surowicy zapobiega objawom stenozy. Z powikłań surowicy wspomina o wysypkach i zajęciach stawów, które prędko występują.

D-r Józef BRUDZIŃSKI. *Dermatitis posterosiva papulosa* u niemowląt. Cierpienie to, spotykane dość często u niemowląt w zaburzeniach przewodu pokarmowego, zasługuje na uwagę z punktu widzenia dyagnostyki różniczkowej, wzięte być bowiem może za sprawę przymiotową. Odrębność cierpienia wykazały badania JACQUET'a i badania histologiczne MENUHEM-HODAR'a. Autor na zasadzie spostrzeżeń własnych kreśli przyczynę w tej kwestyi.

D-r J. KRAMSZYK. O zatruciu ługiem sodowym u dzieci. W ciągu ubiegłych 10-ciu lat spostrzegał prelegent w Warszawie 32 przypadki zatruc-



cia, częstokroć śmiertelnie zakończone. W innych krajach, jak w Austrii i Niemczech, wskutek przepisów, jakim sprzedaż ługu ulega, zatrucia te nierównie rzadziej się wydarzają. Niepomyślne zejście przypadków, w Warszawie spostrzeganych, objaśnić można silnym stężeniem ługu sodowego (25%—35%), znajdującego się w handlu. Badając przepisy, obowiązujące w Królestwie co do sprzedaży ciał trujących, prelegent proponuje, aby w ten sam sposób ograniczyć sprzedaż ługu sodowego.

D-r ROSZKOWSKI. O nowej reakcyi chemicznej mleka kobiecego i określaniu wieku niemowlęcia na podstawie takowej. Dwa lata temu UMIHOFF, lekarz chorób dziecięcych w Petersburgu, robiąc doświadczenia zupełnie nad czem innem, zauważył, że mleko kobiece przy dodaniu amoniaku już po paru godzinach przyjmuje kolor różowo-fioletowy, który się wzmacnia o tyle, o ile pokarm matki jest starszy. Autor, zainteresowany badaniami UMIHOFF'a, których wynik ogłoszony został w r. 1898, przerobił z mlekiem przeszło 500 doświadczeń i doszedł do wniosków zgodnych z wnioskami UMIHOFF'a, a mianowicie: 1) zabarwienie występuje tylko przy dodaniu amoniaku do mleka kobiecego, 2) zabarwienie potęguje się z wiekiem pokarmu. Na zasadzie ostatniego wniosku ułożył tablicę kolorymetryczną, za pomocą której można określać wiek niemowlęcia przy pomocy siły zabarwienia. (Do doświadczeń używano amoniaku 10% i dodawano go do mleka w ilości równej połowie objętości mleka).

#### Posiedzenia ogólne wszystkich sekcji.

Posiedzeń takich Zjazd odbył trzy. Na pierwszym z nich inauguracyjnym prof. Marcelli NENCKI wygłosił znakomity wykład „O przyszłych zadaniach chemii biologicznej“. (Rzecz ta w całości została wydrukowana w Nr. 31 „Przeglądu lekarskiego“ z dnia 4 sierpnia r. b.).

Zadaniem chemii biologicznej jest nie tylko poznanie części składowych istot jedno- lub wielokomórkowych, lecz i przemiany materji w tych istotach; na każdym kroku nasuwa się nam tu pytanie, na czem właściwie polega zjawisko, iż żywa komórka wykształca się, odżywia, rośnie, rozmnaża i w końcu zawsze, prędzej czy później, umiera, a w martwej znajdujemy najzupełniej te same składniki, co w żywej? A zatem, co właściwie zaszło? Jaka jest zmiana materji przy przejściu komórki żywej w martwą? Wyjaśnienie tego pytania jest ostatecznym celem nauk biologicznych.

Czy jest to możebne, aby ten cel został osiągnięty, lub też, jak niektórzy twierdzą, *semper ignorabimus*?

Otóż przedmiotem wykładu jest przedstawienie, co w tym kierunku już zrobiono, a zarazem, jakie sposoby i drogi będą ku temu użyte w najbliższej przyszłości.

Prelegent zaczyna od określenia własności drobin.

Drobin, czyli molekuly, z których się składa materja, nie są nieskończenie małe, lecz mają pewną wielkość, chociaż ogromnie małą (w mikroskopijnej np. przestrzeni o średnicy 0,001 ctm. sz. znajduje się około 50 tysięcy milionów drobin wodoru).

Podług prawa AVOGADRA w stanie gazu w jednakowej objętości przy jednakowej ciepłocie i jednakowym ciśnieniu jest jednakowa ilość drobin, a stąd wagi ciał w stanie gazowym są równe wagom drobin. Ponieważ np. waga kwasu octowego jest 30 razy większa, niż waga wodoru, to i waga drobin kwasu octowego —  $C_2H_4O_2$  — w stanie gazowym jest odnośnie do —  $H_2$  — 30 razy większa.



Fakt, iż drobiny mają wielkość, jest nader ważny, gdyż ztąd wynika, iż mamy w drobinach do czynienia z cząstkami materji pewnej oznaczonej wielkości i uprawnieni jesteśmy do przekonania, iż i atomy, składające drobiny także mają pewną ograniczoną wielkość.

Tylko stosunkowo małą ilość ciał można bez rozkładu drobiny zamienić w stan gazowy, są jednak fakty, dowodzące, że, gdyby i związki złożone można było zamienić na gaz, to i oneby również podlegały wyżej wymienionym prawom.

Drobiną nazywa MAXWELL taką cząstkę materji, która w ruchu porusza się jako całość, jeżeli mamy na względzie punkt środkowy masy. Oprócz tego ruchu jest jeszcze w drobinie i ruch jej części składowych względnie do środka. Jeżeli przyjmiemy, że te części składowe są to atomy, z których się składa drobina, i że każdy atom jako punkt się porusza, to poruszać się on musi w trzech kierunkach przestrzeni i wskutek tego liczba zmiennych dla oznaczenia położenia i konfiguracyi atomów jest trzy razy większa, aniżeli liczba atomów w danej drobinie. Jeżeli zaś uwzględnimy, że drobiny większej części związków organicznych składają się z kilkudziesięciu, a w wyżej złożonych drobinach i z kilku tysięcy atomów, to możemy sobie wystawić, jak wielka musi być różnorodność i różnorodność konfiguracyi drobin.

W istocie wszystkie badania na polu chemii organicznej w ostatnich 50-iu latach udowodniły i udowadniają ciągle, iż charakter drobin zależy od wzajemnego stosunku atomów w drobinie, *resp.* od ruchu, który atomy w drobinie wykonywają. Półłączenie węgla z tlenem i wodorem w postaci karboksylu czyni, iż taka drobina ma własności kwasu. Inne postacie konfiguracyi stanowią o tem, czy ten związek będzie alkoholem, aldehydem, hetonem lub eterem. W połączeniach zaś z azotem — czy będzie amidem, nitrilem, aminą i t. d. Można przytoczyć cały szereg innych faktów, dowodzących, iż wzajemne położenie atomów w drobinie nadaje jej różne swoiste własności. Należy teraz sobie uprzytomnić, że w drobinach wysoko złożonych, jak np. w drobinach ciał białkowych, tłuszczów, węglowodanów, w których obok głównego ośrodka mamy jeszcze pięć, dziesięć lub kilkadziesiąt grup ośrodków drugiego, trzeciego, czwartego i t. d. rzędu, wszystkie te wymienione konfiguracye mogą mieć miejsce.

Łatwo pojąć, że taka wysoko złożona drobina z różnymi bocznymi ośrodkami w molekularnym swym ruchu jako całość odnośnie do głównego ośrodka nie może być tak skupiona, jak proste drobiny, złożone z kilku lub kilkunastu atomów — taka wysoko złożona drobina nie jest w stanie stosować się do wszystkich fizycznych zmian, które spostrzegamy w mniej złożonych drobinach — białka nie możemy przemienić w stan płynny, a tem więcej w gazowy. Z drugiej strony taka wysoko złożona drobina będzie przedstawiała ogromną różnorodność i różnorodność względnie do czynników chemicznych, termicznych, elektrycznych, a nawet i mechanicznych.

Warunki istnienia takich wysoko złożonych drobin są coraz więcej ściśnione. Białka, również jak i cukier, chłoną w roztworach alkalicznych już przy ciepłocie zwyczajnej tlen atmosferyczny. Roztwory białek nie znoszą ciepłoty wyżej 50°—70° oraz działania wodnych roztworów alkaliów, kwasów, soli metalicznych, alkoholu i t. d. bez tego, iżby atomy w drobinie białka nie zmieniały swego położenia. Ścinanie się białka przy nagraniu bezwątpienia polega na takim przestawieniu atomów w drobinie białka i prawdopodobnie mamy tu przestawienie t. zw. „labilnych“ układów w więcej stałe „stabilne“ tylko w bocznych ośrodkach, bez polimeryzacyi całej drobiny. Im większa jest czułość drobin



na odczynniki, tem słabszą staje się potencjalna siła spójności t. j. tem słabsze jest t. zw. chemiczne powinowactwo.

W sokach i wydzielinach ustrojów żywych znajdują się w roztworach takie ciała białkowate; wiele z nich posiada tę własność, że w obecności innych drobin złożonych, te pierwsze są w stanie rozkładać ostatnie na mniej, niż one, złożone. Białka takie nazywamy „hydrolityczne enzymy“ — inne znowu w obecności tlenu są w stanie przenosić ten tlen na drobiny dalsze. Takie enzymy nazywamy „oksydazy“. Inne znowu białka, znajdujące się w komórkach żywych, a nie w wydzielinach tych komórek, wypełniają czynności jeszcze więcej złożone. Niedawno BUCHNER, wyciskając komórki drożdży, otrzymał bogaty w białko sok, który w 40% roztworze cukru wywołuje fermentację alkoholową, t. j. przemienia cukier na alkohol i kwas węglany. CREMER zauważył, że ten sok drożdżowy wytwarza z cukru także i glikogen. WIENER stwierdził, iż sok, wyciśnięty z komórek bydłowej wątroby, wytwarza kwas moczowy, a takiż sam z komórek nerek niszczy kwas moczowy. Sprawy takie jedni uważają za wywołane swoistymi enzymami, drudzy jako działanie jeszcze żyjącej zarodki w roztworze. Ścisłe odgraniczenie pojęć staje się tutaj trudne. Być może, że dalsze badania wyjaśnią nam, iż zarodek żywa jest tylko mieszaniną różnych enzymów, albo też, że zarodek jest jedną całą drobiną, która może spełniać różne czynności. Zwraca jednak autor uwagę na ten fakt ogromnej doniosłości, iż w takich roztworach, wyciśniętych z żywych komórek, odbywają się sprawy życiowe, które dotąd były uważane za wyłączną własność istot żywych. Tu ginie granica między tem, co martwe, a co żywe. Na razie będzie to rzeczą ugody, czy nazwiemy takie objawy działaniem enzymów, czy też żywej zarodki lub żywego białka, *resp.* życiem.

Badania w tym kierunku mają wielką przyszłość, z drugiej jednak strony, prelegent, jako badacz trzeźwy, poczuwa się do obowiązku ostrzedz przed przedwczesnymi uogólnieniami. W naukach przyrodniczych, a tembardziej biologicznych, nigdy nie należy z kilku lub kilkunastu faktów robić ogólnego prawa. W ostatnich czasach dzieje się wiele nadużyć z wyrażeniami „enzym“, „ferment“. O ile bliżej poznaje się enzymy, twierdzić można, iż należą one do ciał białkowatych o „labilnej“ drobinie — byłoby jednak przedwczesnem utrzymywać, że wszystkie enzymy są ciałami białkowatemi. Dalej, w stanie czystym, jak np. alkohol, mocznik i t. p. nikt jeszcze enzymów nie wydzielił — im więcej usiłujemy je uwolnić od t. zw. przymieszek, tem więcej tracą one na swej działalności, co nasuwa przypuszczenie, iż przymieszki te są dla pełnej czynności enzymu nieodzowne. Jako przykład przytacza prelegent swoje spostrzeżenia nad pepsyną, a mianowicie pepsyna, której wysuszona pozostałość zawierała zaledwie minimalną ilość kwasu solnego, fosforanu żelaza i lecytyny, trawiła o wiele słabiej, niż pepsyna bez oddzielenia tych przymieszek.

Konieczna obecność pewnych na pozór obcych ciał, by enzymy mogły odbywać swą swoistą czynność, uwydatnia nam ich analogię z istotami żywymi. W każdej komórce żywej znajdują się nieodzowne dla życia, oprócz ciał białkowych, także i tłuszcze i lecytyna i inne ciała organiczne i nieorganiczne. W tak wysoce złożonych drobinach białkowatych jest zresztą nader trudno odróżnić, co tu jest tylko mechaniczną przymieszką, a co istotnie składową częścią drobin, obecnie większa część chemików biologicznych nie wątpi, że t. zw. popiół, t. j. materye nieorganiczne, otrzymane przy spaleniu białka, po większej części nie jest zanieczyszczeniem, ale istotnym składowym pierwiastkiem drobin, jak np. wodór lub azot. Wiele drobin, wchodzących w skład ustrojów, traci swe pier-



wiaski już przy działaniu wody t. j. przy opłukiwaniu wodą przekroploną; np. hemina opłukiwana wodą utracą chlor, a przy dłuższem opłukiwaniu i żelazo. W istotach żywych, a szczególnie w ustroju zwierzęcym, spotykamy na każdym kroku związki, które z łatwością tworzą t. zw. wytwory „adycy” (luźne połączenia). BING w niedawnej swej pracy twierdzi, iż opisane przez DRECHSL'a ciało złożone, nazwane „jekoryną”, jest adycjonalnem połączeniem lecytyny z cukrami, a już dawniej opisał LIEBERMANN w Peszcie różne tego rodzaju połączenia ciał białkowych z lecytyną pod nazwą „lecytalbuminatów”. Być więc może, że i w pepsynie lecytyna, HCl, Fe (PO<sub>4</sub>)<sub>2</sub> są w takim luźnym połączeniu z białkiem, które przez działanie przekroplonej wody rozkłada się na swe części składowe.

Na jakiej konfiguracji atomów w drobinie polega różnica „labilnego” (żywego) a martwego białka? Na to odpowiedź jest bardzo trudna, z góry jednak można powiedzieć, że ilość tych konfiguracji musi być ogromnie wielka, ponieważ drobina tego rodzaju ciał jest wielce złożona. Jako wzór labilnych konfiguracji, lepiej nam znanych, przedstawiają się ze związków organicznych ciała z grupy cyanu, aldehydy, hetony, t. zw. związki niewysycione i t. p. PFLUEGER przypuszczał, że różnica między żywym a martwym białkiem polega na grupie cyanowej. LOEW, opierając się na swych badaniach nad wodorostami (spirogyra, orthospira, nitida i t. d.) sądzi, iż dla żywego białka cechująca jest grupa aldehydowa. Zastosowanie tej teorii aldehydowej do wszystkich form „labilnego białka” okazało się jednak pojęciem zbyt ciasnem. Badania w tym kierunku są jednym z najważniejszych badań biologicznej chemii w przyszłości, gdyż objawy życia polegają na „labilnej” konfiguracji takich drobin złożonych i na ruchach swoistych atomów w tych drobinach. Faktem jest, że woda, tlen i nieznaczne podwyższenie ciepłoty są głównymi czynnikami przy przejściu martwego, lub ściśle powiedziawszy, „inertnego” białka w żywe, jak tego dowodzą zjawiska przy przejściu życia utajonego (*vie latente*) w jawne (*vie manifestée*), które spostrzegamy nie tylko w nasionach roślin, ale i w niższych ustrojach zwierzęcych, jak wymoczki lub robaczki mąki.

(C. d. n.).

### Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== FELDMAN spostrzegł dwa przypadki miesiączki u noworodków. U jednej z dziewczynek krew zjawiała się 7 dnia i wydzielala się 3 dni; sutki były stwardniałe i obrzmiałe. U drugiej dziewczynki krew pojawiła się drugiego dnia i wydzielala się 4 dni; z 3-ch sióstr jedna miała krwawienie również nazajutrz po urodzeniu się; ale zjawisko to już się nie powtórzyło. (Wraczk. 4. 1900).

== BEGG zauważył, że u chorego, zażywającego duże dawki salolu wskutek zapalenia pęcherza, ukąszenia koma-

rów nie wywoływały pęcherzy. Fakt ten nasunął mu myśl zastosowania salolu w ospie, celem zapobieżenia tworzeniu się ropni. Wynik był pomyślny przy zastosowaniu po 1,0 salolu 4 razy dziennie. (Sem. méd. 10. 1. 900).

== BLAIR opisuje przypadek wydzielania mleka u chłopca nowonarodzonego. Dziecko cierpiało na wymioty i bezsenność. Badanie wykryło oba dobrze rozwinięte gruczoły sutkowe, każdy wielkości orzecha tureckiego. W moźnie znaleziono jedno jądro tylko. Po za tem narządy płciowe zewnętrzne były



prawidłowe, jak również cały ustrój. Lancet. 23 grud. 99).

= Pani Van TUSSENBROCK opisała przypadek niewątpliwej ciąży jajnikowej. Kobieta 31 letnia 5 razy urodziła prawidłowo. W drugim miesiącu 6-jej ciąży zgłosiła się z powodu objawów, dowodzących krwotoku wewnętrznego. Podczas operacji okazało się, że przyczyną tegoż był prawy jajnik, który wycięto wraz z trąbką. Badanie drobnowidzowe wykryło pęknięcie błon płodowych przy ciąży zewnątrzmacicznej 6 tygodniowej, powstałej w pęcherzyku GRAAF'a. Badając ściany pęcherzyka, T. nie znalazła ani śladu błony doczesnej, co dowodzi, że obecność tejże nie stanowi niezbędnego warunku dla przyczepienia się zapłodnionego jaja, jak utrzymuje WEBSTER. Następnie T. znalazła prawidłowo rozwinięte *syn-cithium*, które przeto nie jest zmienionym nabłonkiem macicy, jak mniema wielu badaczy, lecz jest wytworem zewnętrznego listka płodowego (ektoblast). Wreszcie godzien jest uwagi i ten fakt, zauważony przez autorkę, że łożysko zaczynało się rozwijać nie w jednym punkcie worka płodowego, lecz dokoła całego jaja. (Annal. de Gynec. grudzień. 1899).

= KRÖNIG badał w lipskiej klinice ginekologicznej wpływ przemywań pochwy podczas porodu na przebieg porodu. Badania dotyczą 1114 rodzących w ciągu roku i wobec funkcyonowania tych samych lekarzy. Każda druga z rzędu rodząca poddawana była przepłukiwaniom pochwy roztworem sublimatu 1 : 2000, w ilości litra płynu. Z po-

śród 515 kobiet, którym przepłukiwano pochwę, 235 miało ciepłotę w porożu wyższą nad 38°; z 465, którym nie przepłukiwano, 177 miało wyżej 38°. Z dwóch przypadków śmierci skutkiem gorączki porogowej w jednym przepłukiwano w drugim nie. Z owych 515 przepłukiwanych u 123 badano narządy płciowe wewnątrznie podczas porodu; z nich 65 miało ciepłotę podwyższoną. Natomiast z 78 położnic, poddanych badaniu, lecz bez przepłukiwań, tylko 26 miało ciepłoty wyższą nad 38°. U położnic bez przepłukiwań przebieg porożu był lepszy, ciepłota mniej wysoka i tętno mniej częste. Na zasadzie powyższych danych autor wnosi, iż przepłukiwanie pochwy w czasie porożu jest zupełnie zbyt. (Münch. med. Woch. 2. i. 900).

= STEINER badając w lipskiej klinice lekarskiej 1157 przypadków zapalenia płuc, znalazł u 2% krótkotrwały przebieg (3 dni i mniej), najczęściej u dzieci i osób młodych. Częstość tych przypadków odpowiada częstości postaci typowej. Charakterystyczny jest nagły początek i krytyczny spadek ciepłoty. Najczęściej zajęte bywa prawe płuco. Naciek daje się stwierdzić dopiero po 36—48 godzinach, rzadko już po 12—24. Przy zajęciu całego płatu znika naciek po 8 dniach; przy ograniczonym zapaleniu znika po 3—4 dniach. Gdy objawy fizyczne mało są wydatne, to należy główną uwagę zwracać na płwocinę rdzawą, wyprysk wargowy i przyspieszony oddech. (Deut. Arch. f. kl. Med. T. 64).

P.

## Od Redakcyi i Administracyi.

**Uprasza się Sz. Abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty za rok 1900 i o uregulowanie zaległych rachunków.**

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводило Цензурою, Варшава, 21 Сентября 1900 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.



# ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet)

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.  
Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za  
opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.  
**Ambulatorjum** od godz. 12 do 1-ej p.p.

## Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

## Dom Zdrowia

### D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rb. 50 kop. do 3 rb. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

## ZAKŁAD CHIRURGICZNY

### D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

**Sewerynow 5, róg Oboźnej,**

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatorjum codziennie od 11—12 (niezamożn. bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

## Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

### D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatorjum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

## ZAKŁAD LECZNICZY

### D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.

Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

## JODALBACID

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

*Literatura:*

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1898. T. XLIV. Dr. Zuelzer. „Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ L'indop. méd. 21 Juin 1899. Dr. Lefort. „Étude expérimentale et clinique sur l'Jodalbacid.“

## CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona. — Patentowa. y.

*Literatura:*

Münch. med. Wochensch. 1899 Nr. 1. Radea dworu Prof. Dr. Fleiner. „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wirkung bei Magenkrankheiten u. Ernährungsstörungen.“

## AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

*Literatura:*

Radea tajny Prof. Dr. Classen. „Ueber Amyloform. Dr. B. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der Chirurgie“ (Therap. Monatshefte. Münch. med. Woch. 1899 Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodoforms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W Hoffmanna Moskwa Marosseika, Spasso-Glinitszewskij pereulok dom Pugowkina.

## Pracownia analityczno-lekarska

### D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHA

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe mocz, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalołów dyfterytycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów moczopłciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy, wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

## PRACOWNIA PATOLOGICZNA

### D-ra JULJANA STEINHAUSA

ul. Wspólna № 15.

Analizy mikroskopowe i bakteriologiczne guzów, wyskrobów, płwociny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków i t. p. dla celów dyagnosyki lekarskiej.