

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 4.

Warszawa d. 10 (23) Stycznia 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce na okładce kop 10
Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administraeya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do patologii odruchów na dolnych kończynach ze szczególnem uwzględnieniem odruchu Babińskiego. Podał S. Goldflam. — Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie? Podał Fr. Neugebauer (Ciąg dalszy). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI** 12. Czy istnieje pierwotne cierpienie nabłonka, poprzedzające powstawanie nowotworów nabłonkowych. 13. Leczenie chirurgiczne wrzodzącego zapalenia okrężnicy (colitis ulcerosa chronica). 14. O podskórnem stosowaniu chininy. 15. O nowym sposobie rozpoznawania złamań kości. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych. — **KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.** D-r Z. Bychowski Z współczesnych poglądów na etiologię i patogenezę władu rdzenia. — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Goldflam — Contribution à la pathologie de reflexes des membres inférieurs, avec consideration spéciale sur le reflexe de Babiński. 2) D-r Fr. Neugebauer — Que ce que le medecin praticien doit savoir de l'hermaphroditisme?

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r S. Goldflam — Ein Beitrag zur Pathologie der Reflexe in den unteren Extremitäten, mit besonderer Berücksichtigung des Babiński'schen Reflexes. 2) D-r Fr. Neugebauer — Was soll der practische Arzt über Hermaphroditismus wissen?

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

PRACE ORYGINALNE.

**Przyczynek do patologii odruchów
na dolnych kończynach ze szczególnem
uwzględnieniem odruchu Babińskiego.**

Przez

S. GOLDFLAMA.

Ktokolwiek zajmował się badaniem odruchów dolnych kończyn, zgodzi się ze SRRUMBELL'em¹⁾, że wciąż jeszcze dążyć należy do szerszego poznania faktycznych zachodzących

w tej dziedzinie stosunków, albowiem pomimo licznych wartościowych prac brak jeszcze dostatecznie ścisłych wszechstronnych obserwacji. Dotyczy to głównie odruchów skórnych dolnych kończyn, których badanie pozostało po odkryciu odruchów ścięgniastych w pewnej mierze zaniedbanem.

W tym względzie jest odkrycie przez BABIŃSKIEGO tak zwanego odruchu palucha (phenomène des orteils) bodaj że najwybitniejszym wzbogaceniem semiotyki, jakie od czasu poznania odruchów ścięgniastych mamy do zano-

¹⁾ Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. XV. S. 272

towania. Jak wiadomo, BABIŃSKI znalazł, że w przypadkach patologicznych u osób dorosłych drażnienie podeszwy wywołuje zamiast normalnej podeszwowej fleksyi ekstensyę, mianowicie palucha. Ruch ten jest powolniejszy, niż ten, który występuje przy zginaniu podeszwowem, i BABIŃSKI²⁾ stawia ten nienormalny odruch palucha w zależności od zaburzenia w torach piramidalnych na przebiegu ich od kory mózgowej do rdzenia.

Powyższy fakt został potwierdzony przez cały szereg badaczy, i obecnie tak zwany odruch BABIŃSKIEGO zalicza się do stałych metod badania, jakkolwiek dotąd nie osiągnięto zgody co do jego znaczenia i sposobu powstawania.

BABIŃSKI zwrócił też i na to uwagę, że w normalnym stanie odruch podeszwy przejawia się w formie fleksyi plantarnej palców.

Spostrzeżenie powyższe mogłem w ogólności potwierdzić; ocena wszakże skutku drażnienia podeszwy nie jest łatwa, głównie wskutek interferencyi ruchów, zależnych od czynności kory mózgowej, które modyfikują właściwe odruchowe poruszenia. Należy też możliwie wyłączyć wpływ mózgowia przez prowadzenie rozmowy z chorym i przyjęcie pod uwagę jedynie wyniku pierwszych podrażnień, w przeciwnym bowiem razie, pomimo całej ostrożności, obrona i ruchy dowolne niweczą ścisłość obserwacji.

Badanie odruchów podeszwowych u dorosłych nie nerwowych chorych oraz osobników z nerwowem nieorganicznym cierpieniem—przeważnie lekkie formy histeryi i neurastenii—wykazało, że u bardzo wielu z nich, w przybliżeniu 10%, odruchów tych wcale wywołać się nie daje, nie licząc owych przypadków, w których odruch podeszwy po jednej stronie istniał w mniejszym lub większym stopniu, po drugiej zaś

był nieobecny. Większości tych osobników obee było uczucie łechtliwości³⁾, lecz istniały przypadki z silnie wyrażonem tem uczuciem bez odruchu podeszwowego, zarówno jak przypadki z odruchem podeszwowom bez uczucia łechtliwości; również nie sposób było wykryć ścisłego stosunku między natężeniem rzeczzonego odruchu i stopniem uczucia łechtliwości.

Normalny odruch podeszwy u dorosłych, jak to już BABIŃSKI zaznaczył, polega na fleksyi palców, najczęściej 4 ostatnich, niekiedy i mniej; dosyć rzadko przyjmuje udział w zgięciu i paluch. Bliższa obserwacja wykrywa, że zgięcie odbywa się w stawach śródstopopalcowych, a często towarzyszy mu ekstensya ostatnich 2 członków palców i addukcyja lub abdukcya palców. Najbardziej charakterystyczny jest ruch chwytania, to jest fleksya w stawach śródstopopalcowych wraz z addukcyją palców w kierunku linii, przebiegającej podłużnie przez środek stopy. Zdarzają się i inne typy, jako to: rozstawienie 4 ostatnich palców wraz z ekstensyą dwóch ostatnich członków palców oraz słabą fleksyą w stawach śródstopopalcowych. Niekiedy odruch plantarny ogranicza się jedynie do abdukcji małego palca, a nader rzadko do odosobnionej fleksyi palucha.

Nie zawsze bywa odruch podeszwy po obu stronach jednaki co do natężenia i rozciągłości; nierazko trafia się, że z jednej strony jest on słabo wyrażony, z drugiej zaś, gdzie go później badano, nie do wywołania, co oczywiście w wielu razach przypisać należy dowolnym hamującym wpływom. Również zdarza się, że stopień łechtliwości jest z obu stron niejednakowy, oraz że uczucie to podczas badania tępieje. Prawie stale stwierdzić się daje wyczerpanie się odruchu podeszwowego, co zwłaszcza przy stałych odruchach jeszcze bardziej utrudnia należy-tą ich ocenę; okres wypoczynku jest długi—li-

²⁾ Semaine medic. 1898. N. 40. Gaz. des hop. 1900. Mai 5 i 8.

³⁾ MUNCH-PETERSEN. Deut. Zeitschr. f. Nervenh. XXII. S. 177.

czy się na minuty. Skurecz jest toniczny, lecz nie posiada on tego powolnego charakteru, który jest właściwy skureczowi odruchu BABIŃSKIEGO; jeśli niekiedy zjawia się ekstensya palców, jako ruch dowolny, to również bez owego powolnego charakteru, który zwykle się widuje przy objawie BABIŃSKIEGO.

Niema bezpośredniego stosunku pomiędzy siłą podrażnienia podeszwy a rezultatem; słabe bodźce mogą, o ile osobnik jest wrażliwy, wywołać znaczny efekt, silniejsze zaś wzmagają go tylko nieznacznie i zazwyczaj nie są zdolne sprowadzić odruchu, jeśli przy słabych odruch był nieobecny. Łatwo pobudliwy, choć nie należący do właściwego odruchu palcowego jest mięsień piszczelowy przedni (*tibialis ant.*) — fleksya dorsalna stopy — który nawet i w tych przypadkach kureczyć się może, w których zwykły efekt podrażnienia stopy nie zjawia się; prócz tego mięśnie uda, *quadriceps*, *tensor fasciae latae* i niektóre inne, a więc mięśnie, które w stanach patologicznych składają się na odruch złożony.

Tak więc w normalnym odruchu podeszwowym dorosłych przyjmują udział drobne mięśnie palców, zwłaszcza *interossei* i *lumbricales*, których ośrodek znajdować się ma⁴⁾ w 2 odcinku krzyżowym rdzenia, a więc niżej, niż ośrodek dla *extensor hallucis* i *extensor digitor. communis* (5 lędźwiowy odcinek), które, jak to zaraz zobaczymy, wchodzi w grę przy objawie BABIŃSKIEGO. Poziomowi ośrodek dla drobnych mięśni palców odpowiada i czuciowa innerwacja podeszwy (1 i 2 odcinek krzyżowy wedle THORBURN'a, 1 krzyżowy i 5 lędźwiowy podług SEIFFER'a⁵⁾).

Najpierw podam materiał patologiczny dla badań nad odruchem BABIŃSKIEGO. Z 68 przypadków naczyniowej hemiplegii, hemi- i mo-

4) BRUNS. Die Segmentdiagnose der Rückenmarkserkrankungen. Centralbl. f. d. Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie. IV. 1901. N. 5.

5) Spinales Sensibilitätschema für die Segmentdiagnose der Rückenmarks-Krankheiten. 1901.

noparezy (zakrzep, zator, krwotok) na gruncie arteriosklerozy, syfilisu, infekcyi, intoksykacyi i inn., bądź dawniejszej, bądź świeżej daty, znalazłem odruch BABIŃSKIEGO w 43 przypadkach, w znacznej części ich jedynie po stronie porażonej. U tych chorych tylko w 28 przypadkach istniał, jako wyraz wzmożenia odruchów ścięgniętych, mniej lub więcej wydatny odruch stopowy (Fussklonus). Mogłem potwierdzić spostrzeżenie, że w świeżych przypadkach apopleksyi, zwłaszcza połączonych ze stanem śpiączki (*coma*), a w których odruchy ścięgnięte były osłabione, względnie zniesione, odruch BABIŃSKIEGO już dawał się wywołać, świadcząc o ciężkim organicznym cierpieniu, względnie określając stronę porażenia. W jednym śmiertelnym przypadku był on już obecny w chwili wystąpienia krwotoku mózgowego, prawdopodobnie bardzo rozległego, z początku na lewej stopie, wkrótce potem i na prawej i prawie jednocześnie z obustronnym odruchem stopowym, który go nieco wyprzedził; tak samo i w innym lekkim przypadku mocznicowego krwotoku — tylko po stronie porażenia; w trzecim przypadku istniał po prawej stronie objaw BABIŃSKIEGO już w 5 minut po wystąpieniu udaru, w chwili gdy nie jeszcze nie zdradzało strony porażenia; na seceyi znaleziono kolosalny krwotok w lewej półkuli, drążący do komory. W ogólności objaw BABIŃSKIEGO jest w pierwszych okresach hemiplegii wybitniejszy, niż w następnych, może nawet zniknąć, jak to sam BABIŃSKI zaznacza, po tygodniach lub miesiącach, najczęściej wraz z poprawą porażenia, lecz także i bez niej. W przypadkach, w których porażenie całkowicie ustąpiło, a pozostała afazya, nie znajdowałem odruchu BABIŃSKIEGO, zarówno jak i stopowego. Ale go obserwowałem po wieloletnim (14 lat i więcej) trwaniu zresztą słabego niedowładu. Dalej widywałem go w starych porażeniach połowicznych, powstałych w dzieciństwie w następstwie chorób zakaźnych i połączonych z nader wybitnemi, po części bardzo bolesnemi przykur-

ezeniami i kureczami, w których odruchy ścięgniste trudno lub, być może, i wcale nie dawały się wywołać.

Również stwierdziłem, zarówno jak i BABIŃSKI, że w przypadkach porażenia połowicznego u wiałowców może braknąć wszystkich odruchów ścięgnistych, i jedynie odruch palców zdradza organiczne cierpienie mózgowe. W innym przypadku hemiplegii przy wiałdzie znalazłem potwierdzenie już dawniej ogłoszonego spostrzeżenia⁶⁾, mianowicie powrót odruchów kolanowych, które były znikły (wydatniejszy po stronie porażenia), gdy tymczasem odruch ACHILLES'a nie zjawił się ponownie; tutaj objaw BABIŃSKIEGO dał się stwierdzić z obu stron. Niekiedy właśnie spotyka się odruch palcowy obustronnie — po stronie nieporażonej słabszy — jakkolwiek tylko jedna strona została porażona, tak samo jak znany jest ten fakt odnośnie do odruchu stopowego (zwyrodnienie nieskrzyżowanego pęczka piramidalnego). Nie należy pominąć milezieniem owych rzadkich przypadków, są to przeważnie ciężkie porażenia połowiczne z zaburzeniami czucia, w których odruch plantarny po stronie porażenia nie występuje, zarówno jak i odruch stopowy.

Odruch BABIŃSKIEGO w znacznej większości przypadków idzie w parze ze wzmożeniem odruchów ścięgnistych i bardzo często z odruchem stopowym, jednakże co się tyczy tego ostatniego, to istnieją liczne wyjątki, jak tego już dowodzą podane wyżej liczby 43 przypadków z dodatnim objawem BABIŃSKIEGO, a tylko 28 z odruchem stopowym. Wogóle ten ostatni nie powinien być uważany za bezwarunkowy przejaw organicznej sprawy w drogach piramidalnych, albowiem istnieją niewątpliwie i nawet wcale nie rzadkie przypadki czynnościowego cierpienia układu newrowego, w których daje się wywołać po części wydatny odruch stopowy.

Ten tak zwany *pseudoclonus* spotyka się wbrew twierdzeniom BABIŃSKIEGO i zgodnie ze STERNBERG'em, OPPENHEIM'em, CASSIRER'em i inni w dość licznych przypadkach histeryi, neurastenu — widziałem go też w chronicznym i podostym reumatyzmie stawowym — jest on wtedy zazwyczaj słabo wyrażony (kilka skurezów, które zaraz giną), jednakże może być i bardzo długotrwałym i wogóle nie dającym się odróżnić od odruchu stopowego na gruncie organicznym; wtedy też są wszystkie inne odruchy ścięgniste zazwyczaj wzmożone⁷⁾. W tych razach, gdy nie jesteśmy pewni, czy mamy do czynienia z prawdziwym odruchem stopowym na tle organicznym, czy też z funkcyjalnym, znaczenie odruchu BABIŃSKIEGO dopiero na jaw występuje.

Stan napięcia mięśniowego (porażenie wiotkie albo przykurczenia) zdaje się nie mieć decydującego znaczenia względem istnienia odruchu BABIŃSKIEGO, nie znajdowałem go bowiem w niektórych przypadkach z przykurzeniami, a widywałem w porażeniach wiotkich, zwykle wszakże znajdujemy stan spastyczny dolnych kończyn. Również obojętnem dla rzeczzonego objawu wydaje się być zachowanie czucia, bądź też jego zaburzenie. Jednakże w przypadkach przeważnie czuciowego organicznego porażenia połowicznego ze słabo tylko zaznaczonymi objawami ruchowymi nie otrzymywałem odruchu BABIŃSKIEGO, zarówno jak najczęściej (ale nie zawsze) i odruchu stopowego, choć odruchy ścięgniste były wzmożone. Tu warto w krótkości przytoczyć pewne spostrzeżenie, dotyczące 74-letniego mężczyzny, u którego bez objawów udaru stopniowo rozwinęły się lewostronna hemianopsya i zaburzenia czucia, głównie na końcowych częściach lewej górnej kończyny (stępienie zmysłu stereognostycznego, czucia dotykowego, czucia położenia, zmysłu mięśniowego;

⁶⁾ O powrocie odruchów ścięgnistych. Kronika Lekarska. 1900.

⁷⁾ Niektórzy chorzy ze wzmożonymi odruchami ścięgnistymi potrafią samowolnie wykonać *clonus pedis* — przez lekkie uciskanie badających palców przednią częścią swej stopy, przy odwróceniu uwagi zaukają i drgania.

zachowane uczucie bólowe i dość dobrze ciepłotne), znacznie zaś słabiej na reszcie lewej połowy ciała (lekkie stępienie uczucia dotykowego z niezwykle objawem, polegającym na nieodczuwaniu trwającego dalej dotknięcia). Nie było najmniejszych zaburzeń ruchowych; brak wzmożenia odruchów ścięgniętych. Istniał też lekki stopień niedostatecznego oryentowania się oraz naprzemiennosc stanów pobudzenia i depresji psychicznej. Można więc było suponować rozmięczenie zakrzepowej natury w obrębie zrazu potylicznego i ciemieniowego. W tym przypadku rozwinął się odruch BABIŃSKIEGO późno i stopniowo; w pierwszych dniach można było stwierdzić jedynie osłabienie po stronie chorej normalnie przejawiającego się odruchu podeszwowego (fleksja 2, 3 i 4 palców), dopiero zaś około 8 dnia zjawiała się po raz pierwszy powolna ekstensja palucha przy drażnieniu lewej podeszwy, co wszakże w następstwie nie dawało się stale wywoływać.

W przypadkach monoparez pochodzenia mózgowego, nawet przy porażeniu tylko dolnej kończyny, nie znajdowałem odruchu BABIŃSKIEGO, zarówno jak i stopowego.

Dla odruchu BABIŃSKIEGO zdaje się nie być kwestyą istotnego znaczenia, czy siedliska cierpienia szukać należy w korze mózgowej, w białej substancji półkul, czy też w śródmózgowiu. Stwierdziłem go w przypadku porażenia GABLER'a (zajęcie przedniej części mostu), w którym brakło odruchu stopowego; z 2 przypadków porażenia WEBER'a (zajęcie konaru mózgowego, *pedunculus cerebri*), w jednym z powodu stałego pozostawiania palucha w ekstensji oraz płasawicznych poporażennych ruchów był odruch BABIŃSKIEGO trudny do oceny i niepewny; w tym przypadku wystąpił rzeczony objaw wraz z odruchem stopowym po kilku miesiącach na stronie nieporażonej, w drugim zaś był on stanowczo nieobecny, brakło też tutaj i odruchu stopowego (względnie był on bardzo słabo wyrażony).

W jednym przypadku wodogłowia przewlekłego z porażeniem połowicznym i przykurczeniem, z napięciem mięśni po stronie przeciwległej porażeniu, istniał objaw BABIŃSKIEGO obustronny, a przytem nie było odruchu stopowego, tylko wzmożenie wszystkich odruchów ścięgniętych. W przypadku *diplegiae cerebr. inf.* był objaw BABIŃSKIEGO nieobecny, zarówno jak i odruch ACHILLES'a, przy wzmożeniu odruchów kolanowych.

Co się tyczy opisanego przez OPPENHEIM'a tak zwanego odruchu goleniowego⁸⁾, polegającego na skurczu i tonicznym napinaniu się *musc. extensoris hallucis l., tibialis ant., ext. dig. com.*, a niekiedy i *mm. peronei* przy drażnieniu skóry okolicy wewnętrznej goleni, który to odruch autor stawia obok objawu BABIŃSKIEGO, przypisując mu równoznaczne znaczenie dyagnostyczne, to stwierdziłem w przypadkach porażenia połowicznego, że niekiedy istotnie występuje to samo zjawisko, co i przy drażnieniu podeszwy, a więc przeważnie ekstensja palucha, lecz nie tylko przy drażnieniu wewnętrznej okolicy piszczeli, lecz także i zewnętrznej, w jednym zaś przypadku tylko przy drażnieniu skóry okolicy zewnętrznej. W niezbyt wcale rzadkich przypadkach hemiplegii bywa pobudliwość odruchowa w tym stopniu wzmożona, że ekskursja palucha występuje nie tylko przy drażnieniu podeszwy lub skóry goleni, lecz także skóry wewnętrznej powierzchni uda, a jeszcze łatwiej górnej zewnętrznej okolicy stopy; szczególnie pobudliwą okazuje się okolica kostek (*malleoli*); widziałem też przypadki ze skrzyżowanym odruchem BABIŃSKIEGO, t. j. ekstensję palucha przy drażnieniu podeszwy strony zdrowej. Jednakże w większości przypadków hemiplegii, które badałem w tym względzie, drażnienie goleni pozostawało bez rezultatu, bądź też efekt nie zjawiał się w formie ekstensji nawet tam, gdzie istniał wyraźny objaw BABIŃSKIEGO lub odruch stopowy. Nie

⁸⁾ Monatschr. f. Psych. u. Neurolog. 1902. Grudzień.

zdarzył mi się przypadek z dodatnim odruchem goleniowym a ujemnym BABIŃSKIEGO, natomiast były przypadki z dodatnim odruchem goleniowym i ujemnym stopowym. W jednym przypadku apopleksyi i *coma uraemicum* odruch goleniowy przetrwał w agonii objaw BABIŃSKIEGO. Do przypadków z dodatnim odruchem OPPENHEIM'a należy i spostrzeżenie *idiotismus famil. congenitus* z jednostronnym odruchem BABIŃSKIEGO i brakiem odruchu stopowego. W przypadkach dodatnich była też ekstensya palców mniej wydatna, niż przy drażnieniu podeszwy.

(C. d. n.)

CO LEKARZ PRAKTYK POWINIEN WIEDZIEĆ O HERMAFRODYTYZMIE?

Podał

FR. NEUGEBAUER.

Podług odczytu w Warszawskiem Towarzystwie
Lekarskiem z dnia 20 stycznia 1903 r.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 3)

Jak już przytoczyłem, istnieją liczne przypadki, gdzie nawet najskrupulatniejsze badanie drobnowidzowe gruczołów płciowych, bądź drogą operacyjną usuniętych, bądź przy sekcji zwłok wyciętych, absolutnie nie może ujawnić, czy gruczoły te są jądrami, czy też jajnikami z tej prostej przyczyny, że są one zbyt szczątkowo rozwinięte — zaledwie widać zbitą tkankę łączną i tu i owdzie kilka drobnych naczyń! Pewne zaś określenie płci, gdzie nie znajdziemy albo spermy, albo też gdzie nie skonstatujemy menstruacji, możebne jest tylko wyłącznie, jeśli uda się określić anatomiczny charakter gruczołów płciowych. W większości przypadków płeć właściwa sama się zdradza po osiągnięciu dojrzałości płciowej — lecz bynajmniej nie zawsze!

Dajmy na to, po urodzeniu się dziecka akuszerka określiła płeć jako żeńską, ponieważ moc wytryskuje pomiędzy wargami sromowemi, a nie *ex membro*, albo też ponieważ żadnego *membrum* męskiego nie spostrzeżono, ponieważ znaleziono jedynie wargi sromowe i to nadmiar próżne, nie zawierające jąder. Czyż trudno zrozumieć, że w tych warunkach nie tylko akuszerka, ale i lekarz mniej biegły może się łatwo omylić w określeniu płci? W 12 roku, powiedzmy w 13, dziewczynka zaczyna się skarżyć na ból w jednej pachwinie; stwierdzono przepuklinę pachwinową; w rok później powstaje także przepuklina po drugiej stronie; *clitoris* rośnie, zjawiają się erekcyje tego *membrum*, w 16 roku zjawia się zarost męski na twarzy, głos przełamuje się, zjawiają polucye nocne — rodzice, zaniepokojeni niezwykłymi objawami, sami zaczynają podejrzewać, czy ich córka czasem nie jest chłopcem? W innych przypadkach lekarz rozpoznaje pomyłkę w określeniu płci. Po osiągnięciu dojrzałości płciowej rozpoznanie prawdziwej płci najeźsiej bez wielkich trudności się uda, lecz nie zawsze. Nie dawno opisałem w „Medyceynie“ spostrzeżenie takie, gdzie, podejrzewając *erreur de sexe* u dziewczynki 8 letniej, jednak dopiero po upływie lat 11 zdołałem udowodnić, że podejrzenie moje było uzasadnione, że dziewczyna ta jest spodźcem męskim o istnieniu pochwy. Nastąpił albowiem w 20 roku życia *descensus testiculi unius* oraz zjawily się zmyzy przy erekcyach.

O wiele trudniejsze jest określenie płci noworodka, gdzie nieraz dla ostrożności wypada wyrzec się decyzji stanowczej i odłożyć ją *ad futura tempora!* Najlepiej w takich przypadkach dziecko wychować za dziewczynę. Wychowując dziecko za dziewczynę, łatwiej możemy danego osoknika uchronić od nieprzyjemnych następstw jego zboczenia rozwojowego. AHLFELD, wychodząc z punktu widzenia, że większa część tego rodzaju noworodków należy do płci męskiej, radzi w przypadkach płci wątpliwej dziecko wy-

chować za chłopca, naodwrot LAWSON TAIT radzi wychować je za dziewczynę, i, jak mi się zdaje, ma on słusność.

Męski spodzić, wychowany za dziewczynę, łatwiej oswoi się ze zmianą metryki, skoro ujawni się płeć jego męska, niż wrzekomy obojnak żeński, wychowany za chłopca. Co prawda, i tak postępując, narażamy osobnika danego na różne ewentualności. Dajmy na to, spodzić męski za dziewczynę wychowany, doszedł do 16 roku życia, obudziło się w nim poczucie płciowe męskie; dziewczyna czytuje romanse, namiętność wyrabia się: dziewczyna sypia w jednej sali z wieloma innymi pensyonarkami, codziennie rano i wieczór widuje ciała żeńskie obnażone, rozkwitającą piękność i urodę koleżanek swoich — czyż to nie znaczy narażić danego osobnika na pokusę straszną? Czyż więc wychowanie za dziewczynę nie przyczyni się do porywów miłosnych niedozwolonych? Wiele wrzawy narobił w Paryżu przypadek następujący. Dziecko płci wątpliwej wychowano za dziewczynę. W wieku dojrzałości płciowej dziewczyna ta dostała się do jakiejś fabryki, zatrudniającej wyłącznie kobiety: dziewczyna wkrótce została przełożoną warsztatów fabrycznych i w krótkim czasie zaczęła odgrywać wśród licznych wyrobnic fabrycznych rolę wilka między owcami!

Ztąd wynika, że dziecko takie wymaga stałego nader starannego dozoru zarówno co do rozwoju fizycznego, jak i co do rozwoju psychicznego, aby zapobiedz nieszczęśliwym przypadkom w przyszłości. Starezy przeczytać autobiografię Aleksyny B., która w Paryżu sobie z rozpacy życie odebrała i w autobiografii tej wyspowiadała się z cierpień i udręczeń moralnych, na które narażona była przez mylne wychowanie za dziewczynę. Wychowana na pensyi żeńskiej, później została nauczycielką na tejże pensyi i zawarła stosunek miłosny z córką przełożonej. Nastąpiło poczucie, gwałt, alarm, żądano zbadania lekarskiego Aleksyny: ujawniono *erreur de sexe*. Arcybiskup w Tuluzie zażądał zmiany

metryki. Eksnauczycielkę wyprawiono ze szkoły już w męskim ubraniu; została ona konduktorem na kolei. Nie mogła jednak pogodzić się z losem swoim i, pomimo że uzyskała przynależne jej prawa męskie, chociaż dopiero w 22 roku życia, po pięciu latach z rozpacy odebrała sobie życie przez zaczadzenie w ubogim mansardzie paryskiego Quartier latin! Biografię jej czyli jego wydał w następstwie profesor TARDIEU: jest to książeczka, nadzwyczaj interesująco napisana i bardzo pouczająca dla rodziców pod względem nadzoru rozwoju fizycznego i psychicznego dziecka. (TARDIEU: „*Question médico-légale de l'identité dans ses rapports avec les vices de conformation des organes sexuels contenant les souvenirs et impressions d'un individu dont le sexe avait été méconnu*“). Paris. 1874).

Nie będę tutaj wyliczał sposobów powstawania tej lub owej odmiany wrzekomego obojactwa, ponieważ *in extenso* kwestyę tę omówiłem w pracy mojej, 1899 r. w Pamiętniku Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego ogłoszonej: „Pomyłki w określeniu płci, ujawnione drogą operacyjną; operacye, dokonane u wrzekomych obojnaków oraz osobników płci wątpliwej. Rzut oka na rozwój organów moczopłciowych człowieka (z 68 rysunkami w treści)“.

Kazuistyka przypadków, w których chirurg miał styczność z wrzekomem obojactwem jest o wiele bogatsza, niż się to zdaje na pierwszy rzut oka. Najczęściej zgłaszają się do niego rodzice noworodka z prośbą o określenie płci dla nich wątpliwej: czy dziecko jest chłopczykiem, czy też dziewczynką? Ponieważ pozory kobiece polegają głównie na istnieniu *hypospadiaseos penoscrotalis*, zadaniem lekarza, gdy podejrzewa płeć męską, będzie odszukanie jąder, przyjądrzy i sznurków nasiennych. O wymacaniu *prostatae* u noworodka chyba mowy być nie może, zresztą obecność czy nieobecność gruczołu krokowego nie rozstrzyga bynajmniej płci w przypadkach jej wątpliwości. Jeśli się uda wymacać, dajmy na to, w wargach sromowych wielkich dwa ciał-

ka kształtu i konsystencyi jąder oraz ich przydatki, to uważać można płęć męską prawie za udowodnioną, lecz i wtedy jeszcze pomyłki nie są bynajmniej wyłączone, ponieważ istnieć może wrodzona *ectopia labialis ovariorum* oraz *hypertrophia clitoridis* i t. d. O istnieniu odruchu mięśni *cremasteres* u noworodka chyba mowy być nie może; istnienie lub nieistnienie ujścia pochwy oraz *hymenis* w przypadkach płęci wątpliwej nie ma żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia płęci. W głośnym kilka lat temu przypadku *erreur de sexe* w Warszawie ś. p. kol. Rogowicz określił płęć stanowczo jako żeńską, opierając się na obecności pochwy, która palec wpuszczała, pomimo to osobnik ten był mężczyzną, mianowicie męskim spodzłem o wysokim stopniu rozwoju narządu WEBER'a czyli nitek MÜLLER'a. KLEBS dowodził, że istnienie małych warg sromowych decyduje na korzyść płęci żeńskiej, i to również jest błąd, ponieważ bardzo często u wrzekomych obojnaków męskich czyli spodzłów o *hypospadiasis penoscrotalis* znajdowano absolutnie normalną kobiecą *vulva* o wszelkich jej cechach, a więc niepowiększoną lechtaczkę, dobrze ukształtowane wielkie i małe wargi sromowe, *vestibulum vaginae*, *frenulum labiorum* i t. d. Znam przypadki, gdzie oględziny zewnętrzne dziewczynki niczem a niczem nie budziły podejrzenia *erreur de sexe*, a jednak znaleziono później jądra, czyli mniemana normalnie ukształtowana dziewczyna była jednak chłopcem. Jeśli nie uda się u noworodka skonstatować obecności jąder, to koniecznie należy powstrzymać się od decyzji płęci i odłożyć ją *ad futura tempora* — i zażądać ponownego badania po jakimś czasie; nieraz dopiero w okresie dojrzałości płęciowej decyzja okaże się możebną, nieraz zaś płęć pozostanie wątpliwą na zawsze, mianowicie gdzie istnieje taki niedorozwój gruczołów płęciowych, że nawet i drobnowidz odpowiedzi stanowczej nie da, ponieważ gruczoł płęciowy prezentuje się tylko jako zbita tkanka łączna o niektórych drobnych naczyniach, bez śladu charakterystycznych cech

ani jajnika, ani jądra. Kilkanaście lat temu we spółkę z kolegami KRAJEWSKIM i ANDERSEM określiliśmy płęć noworodka w szpitalu Dzieciątka Jezus, jako męską: sekcyja dziecka, które po dwóch tygodniach zmarło, ujawniła płęć żeńską o znacznym przeroście lechtaczki. Uderzyło mnie wtedy, że wargi sromowe znacznie więcej wystawały na zewnątrz od kości łuku łonowego, niż to ma miejsce, jeśli chodzi o mosznę, lecz nie wiem, czy zawsze tak bywa w przypadkach wrzekomego obojactwa żeńskiego, a więc nie potrafię dziś jeszcze powiedzieć, czy to jest znakiem patognomicznym.

Bardzo często równocześnie z wrzekomem obojactwem istnieją i inne zboczenia rozwojowe: przepukliny pachwinowe, *exstrophia vesicae urinariae*, *pelvis fissa*, *gastropelyokystoschisis*, *defectus ani*, *defectus urethrae*, *phocomelia*, *polydactylia*, *hydrorrhachis*, *spina bifida*, *pes varus*, *pes valgus*, *ectopia renis*, *uterus duplex*, *bicornis*, *vagina duplex* i t. d., i często też takie płody rodzą się niedonoszone lub martwe lub niezdolne do życia.

Ciekawem jest, że kilka razy zachodziło mylne określenie płęci przy *exstrophia vesicae* oraz przy *epispadiasis penis*. Kilka razy zaś dziecko o wymacalnych jądrach wskutek *exstrophiae vesicae* wychowano za dziewczynkę, ponieważ matka uważała, że łatwiej jej będzie dziecko jako tako czysto utrzymać pomimo stałego moczołotu, gdy będzie nosiło spódniczki i majtki kobiece, niż gdyby dziecku dano męskie ubranie, spodnie zapinane i t. d.

Ciekawem jest, że pewien wrzekomy obojnak męski, mylnie za dziewczynę wychowany, gdy po skonstatowaniu *erreur de sexe* dano mu męskie ubranie, już na drugi dzień rozciął nożyczkami krokowy szew spodni — dla czego? Dla tego poprostu, bo wygodniej mu było oddawać urynę wtedy wobec swojej *hypospadiasis penoscrotalis*, niż gdyby miał za każdym razem ściągać spodnie. Osobnik ten wołał mocz oddawać po kobiecemu „à croupeton“ bez zdejmo-

wania spodni, któreby za każdym razem zawałał! Drugiem żądaniem rodziców takiego dziecka jest wyleczyć dziewczynkę z przepukliny pachwinowej. Ileż przypadków istnieje, gdzie lekarz przez długie lata męczył taką dziewczynkę przepaską przepuklinową—dziecko krzyczy, zrzuca przepaskę, za nie nie chce jej nosić, ponieważ uwiera, uciska; nareszcie wychodzi na jaw, że dziewczynka wcale przepukliny nie ma, a że nastąpił u niej *descensus testiculi retardatus* jedno lub obu stronny, czyli, że dziewczyna wcale dziewczyną nie jest. Komuż przyjdzie do głowy chłopcu kazać nosić przepaskę przepuklinową, aby gniotła jąderka—a więc, z jakiej racji w danym przypadku przepaskę zalecono? Ponieważ sam lekarz nie poznał się na płci męskiej dziecka!

Nie zapominać jednak wypada, że może istnieć i prawdziwa przepuklina, zawierająca pętle kiszki, kawałek sieci, *diverticulum* pęcherza moczowego, jajnik albo oba jajniki, macię, jajowód, róg macicy dwurożnej i t. d., nareszcie ważnym jest wiedzieć, że przepuklinę o zawartości twardej może symulować włókniak *ligamenti rotundi*, że może istnieć *hydrocoele muliebris in diverticulo Nuckii*, czyli *processus vaginalis peritonaei*, że może istnieć *haematocoele* tegoż *processus vaginalis peritonaei* i t. d.

Ważnym jest, że kilka razy już u mężczyzny *in hernia inguinali* znaleziono jedno lub dwurożną macię o jajowodzie chociażby jednym. Tak na przykład SAENGER dokonał herniotomii u nauczycielki lat 32, podejrzewając wrzekome obojnactwo męskie. *In hernia* znalazł macię, jajowód, torbiel parowaryalną oraz gruczoł płciowy, który wziął za *ovarium* wobec znalezienia macicy i jajowodu *in hernia*, a jednak drobnowidz ujawnił wkrótce, że ów gruczoł był jądrem. SAENGER więc po raz wtóry musiał zmienić zdanie swoje co do płci tej nauczycielki. W innym znów przypadku SAENGER u 23-letniej służącej rozpoznał *hernia inguinolabialis ovarii unius*, a po dokonaniu herniotomii, przy której gruczoł

ten usunięto, drobnowidz wykazał również, że wycięto jądro.

Dotychczas zestawilem aż 59 herniotomii *resp.* cięć pachwinowych u tego rodzaju osobników o wynikach nader uderzających: na 59 takich operacyi 43 razy operacya ujawniła mylne określenie płci: trzy razy herniotomia u zamężnej kobiety przy rozpoznaniu *ectopia ovariorum* ujawniła płęć męską czyli jądra, 37 razy u małych lub też dorosłych dziewcząt. Przypominam w tem miejscu 26-letnią kucharkę, u której nie dawno na drodze cięcia pachwinowego skonstatawaliśmy z kolegą STANKIEWICZEM „*erreur de sexe*“. Raz jeden herniotomia u dziewczyny wykazała płęć męską. Cztery razy operacyi dokonano jedynie w celu rozpoznania płci wątpliwej, i to bez ekstyrpacyi gruczołu płciowego: są to przypadki PORRO, TILLAUX, PÉAN'a i mój własny. Pacjentka profesora PORRO, uszczęśliwiona wynikiem operacyi, już w męskim ubraniu opuściła klinikę i biletom wizytowym zawiadomiła znajomych i przyjaciół o zmianie płci: „*Léon, çu-devant Léonie X. a l'honneur de Vous annoncer le changement de son sexe*“.

Dwa razy u kobiety ujawniono jądro w wardze sromowej po opróżnieniu operacyjnem *hydrocoeles*: PECH i ŚWIĘCIKI. W niektórych przypadkach dokonano herniotomii u tegoż osobnika kilka razy, albo obustronnej albo też wtórnej, gdy zjawiała się recydywa cierpienia. W 14 przypadkach znaleziono *in hernia* u mężczyzny albo też u męskiego wrzekomego obojnaka, mylnie za kobietę wychowanego, macię mniej lub więcej rozwiniętą, nawet o drożnych jajowodach nie raz.

MERKEL zestawil wszystkiego 16 spostrzeżeń istnienia dobrze rozwiniętej macicy u dorosłego mężczyzny, ja zaś znam tych przypadków znacznie więcej. W przypadku, dotyczącym Klary Hacker, o wielkim guzie złośliwym w jamie brzusznej, lekarze jedni uważali płęć za męską, inni za kobiecą. Ciałka, w wargach

sromowych zawarte, jedni uważali za jądra, VIRCHOW zaś upatrywał w nich jajniki przy *hypertrophia clitoridis*. Osoba ta zmarła: sekeya ujawniła myksosarkomat jednego jajnika, drugi jajnik prawidłowy leżał w jamie brzusznej; tworzy zaś, które za życia VIRCHOW uważał za jajniki, były po jednej stronie *hydrocoele*, po drugiej *haematocoele proc. vag. peritonaei*. Przypominam dalej niezwykle przypadek, gdzie lekarz u dziewczynki ekstyrpował z powodu grożącej flegmony gruczoł limfatyczny z jednej pachwiny: gruczoł ten kilka lat później zbadano drobnowidzowo: okazało się, że było to jądro. Odszukano dziewczynę nie bez trudu i teraz skonstruowano, że jest spodźcem męskim.

Oprócz tych 59 herniotomii, u wrzekomych obojnaków dokonanych, zestawilem 31 laparotomii u takich osobników. Wyniki tych operacji zawierają niejedną ważną niespodziankę! KRABEL na drodze cięcia brzuszno usunął wielki guz u nauczyciela gimnazjum w Akwizgranie: guz okazał się torbielakiem jajnika; półtora roku później u tegoż osobnika powtórnie dokonano laparotomii i usunięto teratomat. POZZI również u mężczyzny usunął nowotwór jajnika. Mamy więc już dwie owariotomie u mężczyzn!

W jednym przypadku przy rozpoznaniu *haematometrae* dokonano nakłucia *per vaginam*; przez trójgraniec wydzielił się szarawo-krwawy płyn: trójgraniec dwukrotnie przebił ścianę pęcherza moczowego, nastąpiła śmierć; sekeya ujawniła, że trójgraniec przeniknął *per vaginam* do *sarcoma cryptorchidis unius*, czyli, że mniemana kobieta była męskim spodźcem o kryptorchizmie oraz *hypospadiasis penoscrotalis*.

Na 31 laparotomii aż 15 razy operacja ujawniła mylne określenie płci. Trudno dać wiarę, a jednak są to fakty niezbite! FEHLING u dziewczynki młodej, która przez dwa lata miewała peryody, po dłuższem zatrzymaniu się ich, rozpoznał *haematometram* i dokonał punkcji dyagnostycznej guza przez ścianę brzuszną bez

wyniku jednak potwierdzającego. Zmienił zatem zdanie i przypuszczał nowotwór jajnika. Dziewczyna ta miała bardzo znacznie przerosłą lechtaczkę o erekejach silnych, a w jednej wardze sromowej wymacano spore ciało przesuwalne. Laparotomia ujawniła kystomat jednego jajnika, drugi zaś jajnik wraz z jajowodem swoim leżał *in hernia inguinolabiali*. Po usunięciu guza FEHLING ektopieczny jajnik wciągnął do jamy brzusznej. Wszelkie prawdopodobieństwo w tym przypadku przemawiało jakoby za płcią męską, jednak FEHLING w rozpoznaniu swoim się nie omylił. Prawdopodobnie opierał on rozpoznanie na tem, że dziewczyna ta dawniej przez dwa lata zrędu miewała peryody. Jest to wskazówka anamnestyczna nadmiernie ważna, o której zawsze pamiętać wypada. Co do spostrzeżenia PATON'a, przytaczam z powodu ważności jego kilka szczegółów: młody człowiek lat 21 cierpiał na dyzurę i pyurę. Rok temu po prawej stronie przez cięcie skośne powyżej *ligamentum Poupartii* opróżniono wielki ropień: dopiero po upływie pół roku zasklepiała się przetoka ropna, po tej operacji pozostała. Obecnie pacjent znów cierpi na dyzurę silną, czasami nie może ani kropli moczu oddać, a wydziela się z cewki tylko gęsta ropa. PATON wymacał spory guz w jamie brzusznej w linii środkowej i przystąpił do laparotomii. Gdy otworzył jamę brzuszną, guza nie było. Znalazł on po lewej stronie napelniony ropą jajowód oraz macicę, prawy jajowód, źródło ropnia, rok temu otworzonego, był zrosnięty ze ścianą brzuszną, *hypospadiasis penoscrotalis* — pęcherz moczowy otwierał się bardzo wąskim otworem do pochwy. Pokazało się więc, że przed operacją otwór *in scroto fisso* mylnie wzięto za ujście cewki moczowej, i że był to otwór pochwy. Nie udało się PATON'owi tedy kateterem wdążyć do pęcherza, a kateter wchodził do innej jamy. Otóż guz, który istniał przed operacją, a w trakcie operacji jakoby zginał, był to pęcherz moczowy, wtedy przepełniony, który się w noc przed ope-

racyą przez cewkę do pochwy opróżnił. Przypadek ten jest unikatem.

Niedawno w moim oddziale szpitalnym 25-letnia służąca żądała obcięcia *membri masculi*. Istniały wszelkie pozory *hypospadiaseos masculae penoscrotalis*: wtórne cechy płciowe prawie wszystkie były męskie. Postawiłem za warunek cięcia brzuszne rozpoznawcze, aby się przekonać, jakie są gruczoły płciowe. Ponieważ laparotomia ujawniła *ovaria*, amputowano przerosłą lechtaczkę, w następstwie zaś przeciąłem zrost warg sromowych wielkich pomiędzy sobą: udało mi się wtedy udostępnić dla oka i otwór cewki moczowej i otwór pochwy. Gdy dziewczyna ta za mąż wyjdzie, będzie mogła

spółkować z mężczyzną, co przed operacją nie byłoby możebne. W tym przypadku jedynie samopoczucie płciowe było kobiece, pozatem wszystko przemawiało za tem, że osobnik ten jest męskim spodźcem o kryptorchizmie. Perryodów dotychczas nigdy osoba ta nie miała, nie wątpię jednak o tem, że jeszcze zjawić się mogą wobec dosyć dobrego rozwoju jajników, jak o tem świadczy preparat drobnowidzowy z kawałka tkanki z jajnika jednego, *sub operatione* dla badania wyciętego. Przykłady te niechaj starczą, aby zaznaczyć, na jakie niespodzianki może natrafić chirurg w takich przypadkach.

(D n)

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

12. HAUSER. Czy istnieje pierwotne cierpienie nabłonka, poprzedzające powstawanie nowotworów nabłonkowych?

Podług teorii RIBBERT'a komórką rakowatą zwie się komórka nabłonkowa, wytrącona z fizyologicznego związku ustrojowego, dzięki bądź urazowi, bądź zapaleniu w tkance łącznej, a przez to wytrącenie nabywająca własność atypowego bujania w głąb tkanki. Czyli głównym czynnikiem w powstawaniu raka, zgodnie z teorią RIBBERT'a, jest często mechaniczne zerwanie związku elementów tkankowych i przemieszczenie komórek nabłonkowych zgoła normalnych w głąb tkanki łącznej.

HAUSER na podstawie swych badań nad szeregiem przypadków *polyposis adenomatosa intestinalis* zbija dotychczas przyjętą teorię RIBBERT'a.

Nowotwory omawiane raz dają duże rdzeniowate guzy, wykazujące budowę gruczolaka

i ani anatomicznie, ani histologicznie nie różniące się od niektórych postaci tak zwanych *adenocarcinomatosa polyposa* błony śluzowej, tak że prawdziwość charakteru nowotworowego tych guzów nie podlega wątpliwości, to znów z drugiej strony, niejednokrotnie nadarza się sposobność napotykania najpierwszych początków tworzenia się guza, ponieważ występują one wieloogniskowo w postaci małych guzieczków wielkości łebka od szpilki z formami przejściowymi aż do wyżej wspomnianych wielkich guzów rdzeniowatych.

HAUSER, badając nabłonek w tych najmniejszych guzikach, znalazł w nim duże zmiany.

Zmiany polegały na tem, że cała komórka, a zwłaszcza jądro stawały się stopniowo większe i bogatsze w chromatyne, zaródź zdawała się być więcej zbitą i po zabarwieniu miała w porównaniu z normalnymi komórkami ciemniejszy odcień. W początkowych okresach zwyrodnienia

nia można było jeszcze zauważyć krople śluzu wewnątrz komórki, które w dalszym rozwoju sprawy chorobowej zniknęły zupełnie.

Drugą cechą zmienionego nabłonka, jako całości, jest bujne jego rozrastanie się, czego następstwem będzie wydłużenie się poszczególnych rurek gruczołowych, ich przebieg węzowaty lub korkociągowy, rozgałęzianie się na kilka ramion, dawanie bocznych wypustek, które, wyciągając się, łączą sąsiednie gruczoły, tworzenie nowych gruczołów przez pogrążanie się nabłonka z powierzchni włąb błony śluzowej, w końcu wielopostaciowość komórek i wybitna skłonność do wielowarstwowości.

Tkanka łączna początkowo zachowuje się zupełnie spokojnie.

Najeczęściej spostrzega się bardzo nieznaczne przeistaczanie się początkowo normalnego nabłonka w nabłonek nowotworowy, wszelako spotykają się niejednokrotnie nagle przejścia od zdrowego do chorego nabłonka, przy czym ten ostatni wciska się pod pierwszy, odrywa go od błony właściwej i prowadzi do zaniku.

Na podstawie swych poszukiwań HAUSER wyprowadza wniosek, że zasadniczą sprawą w powstawaniu raka są głęboko sięgające zmiany własności biologicznych i morfologicznych komórki nabłonkowej, polegające na tworzeniu się zupełnie nowej, obcej ustrojowi rasy komórek, posiadających zdolność nieograniczonego rozradzania się i, jak pasorzyt, rugujących i niszczących komórki normalne.

W pierwszym z podanych przypadków był oprócz *polyposis adenomatosa* okrężnicy rak żołądka, w drugim polip śluzowy żołądka, w trzecim rak płaskokomórkowy języka, a mimo to zmiany w nabłonku narostów brodawkowatych kiszki grubej były zupełnie identyczne. Nie mogło być mowy o oderwaniu się komórki nowotworu z żołądka, jako o przyczynie powstawania bujań brodawkowatych, jak np. w przypadku pierwszym, bo gdyby nawet przypuścić, że komórka oderwana nie uległa strawieniu podczas długiej wędrówki przez przewód pokarmowy i przyczepiła się do śluzówki okrężnicy, to zgodnie z teorią RIBBERT'a powinna wejść znowu w fizyologiczny związek z komórkami sąsiednimi i rosnąć razem z nimi, jako nabłonek kiszki.

Również trzeba odrzucić możliwość przetrutów drogą naczyń chłonnych, ponieważ w drugim przypadku raka nie było, a w trzecim był rak płaskokomórkowy.

Jako jedyną przyczynę, mogącą objaśnić powstawanie wyżej opisanych zmian w nabłonku, prowadzących do tworzenia się raka, H. przyjmuje dotąd nieznaną a niewątpliwie istniejącą jakieś *contagium vivum*. Powtórzone przez autora poszukiwania w tym kierunku dały dotąd wynik ujemny.

(Ziegler'sche Beiträge zur pathol. Anatomie, und z. allgem. Pathologie T. 33. Zeszyt I i II).

Leonard Lorentowicz.

13. NEIRKORN. Leczenie chirurgiczne przewlekłego wrzodziejącego zapalenia okrężnicy (*colitis ulcerosa chronica*).

Okolo 20 lat temu FOLET pierwszy zastosował kolostomię u chorego z przewlekłą czerwonką (*dysenteria chronica*), która opierała się wszelkiemu leczeniu wewnętrznemu, lecz skutek znacznego wyniszczenia chorego nie osiągnął żadnego pożytku. Lepsze wyniki otrzymali w kilka lat później lekarze włoscy DURANTE i NOVARO, którzy też uważani są za pierwszych promotorów operacyjnego leczenia wrzodziejącego zapalenia okrężnicy. Bardzo szybko chirurgiczne leczenie *colitidis ulcerosae* zyskało prawo obywatelstwa, do czego w znacznej mierze przyczyniło się współdziałanie lekarzy wewnętrznych.

Etiologia wrzodziejących postaci zapalenia okrężnicy, szczególnie zaś kwestya, z jaką postacią czerwonki mamy w danym przypadku do czynienia, nie ma w sprawie leczenia chirurgicznego żadnego znaczenia, tembardziej że w daleko posuniętych okresach choroby, w których powstaje kwestya leczenia operacyjnego, obraz kliniczny we wszystkich przypadkach przedstawia tak drobne różnice, że wszelkie różniczkowanie okazuje się niewykonalnem. Z tego względu autor wszędzie używa ogólniejszej nazwy „*colitis ulcerosa chronica*“, a o dyzenteryi mówi tylko wówczas, gdy cierpienie jako takie dało się rozpoznać.

W niezliczonych tylko przypadkach przebieg choroby w kilka tygodni po ostrym początku doprowadza chorego do tak ciężkiego stanu ogólnego, że w operacji szukać należy jedynego ra-

tunku. Po największej części przebieg choroby bywa bardzo przewlekły z krótkimi lub dłuższymi przerwami, wolnemi od wszelkich lub większej części dolegliwości. Chory coraz więcej traci na siłach, staje się coraz więcej małokrwistym i, jeśli nie ginie wskutek przyłączającego się ropnia wątroby, umiera skutkiem wyczerpania lub na jakąś chorobę przypadkową. Najważniejsze objawy choroby stanowią: silne bóle brzucha, męczące wydymania, niezmiernie częste śluzowo-krwawe wypróżnienia z cuchnącą, trupią wonią, zupełny brak łaknienia przy znacznem wzmożeniu pragnienia, wysoka niekiedy gorączka, małokrwistość wysokiego stopnia, utrata na wadze i nadzwyczajne wyczerpanie.

Autor z piśmiennictwa zestawia 34 przypadki, w których operację wykonano z powodu *colitis ulcerosa chronica*.

Z pomiędzy tych przypadków 4 operowano w klinice heidelberskiej (w której autor jest prywatdocentem). Mężczyzn było 4 razy więcej, niż kobiet. Wiek chorych wahał się od 20 do 50 lat. Wskazanie do operacji stanowiły znaczne zaburzenia podmiotowe, jak również stan ciężkiej małokrwistości i wyczerpania.

Otrzymane wyniki uważać należy za bardzo pomyślne. Wprawdzie z 34 chorych 5 zmarło, lecz ani jedno zejście nie było zależne od samej operacji, z wyjątkiem przypadku GORDANO, w którym wystąpiło po enteroanastomozie uwięźnięcie wewnętrzne. Wyleczenie miało miejsce w 20 przypadkach. W braku danych co do stanu chorych po upływie dłuższego czasu od operacji za wyleczonych uważać należy osobników wolnych od wszelkich dolegliwości w chwili wypuszczenia ich z pod obserwacji w kilka tygodni po enteroanastomozie lub zamknięciu sztucznego odbytu. Co do 3 przypadków wiadomo, że jeszcze po upływie przeszło 2 lat operowani znajdowali się w wybornym stanie. W 6 przypadkach po operacji stan chorych znacznie się poprawił, lecz wyzdrowienie nie nastąpiło, wreszcie w 3 przypadkach operacja była bezskuteczna.

Leczenie operacyjne wrzodziejącego zapalenia okrężnicy ma na celu: 1) zajęty odcinek kiszki postawić w warunkach możliwego spokoju i uwolnić od drażnienia przez masy kałowe; 2) umożliwić miejscowe leczenie wrzodziejące-

go zapalenia błony śluzowej za pomocą zraszania tejże rozmaitymi roztworami przeciwnilnymi i ściągającymi. Pierwszemu warunkowi zażość czyni anastomoza jelit, drugiemu — nałożenie przetoki kątniczej (*fistula caecalis* GIBSON-KADERA), pozostałe zaś zabiegi wypełniają obydwa wskazania.

Wyjątkowo rzadko chyba zdarzyć się może przypadek, któryby kwalifikował się do enteroanastomozy, wykonanej 2 razy przez GORDANO i polegającej na połączeniu najdólniejszych odcinków kiszki biodrowej ze zgięciem esowatym, gdyż *colitis ulcerosa* nie umiejscawia się najczęściej w tym lub innym odcinku okrężnicy, lecz punkt wyjścia ma w najniższych odcinkach kiszki grubej, w prostnicy lub zgięciu esowatym. Rozpoznanie przytem zajęcia li tylko *coli transversi* i przylegających zgięć bez udziału *flexurae sigmoideae* oraz *recti* jest prawie niemożliwe, nawet przy *autopsia in vivo*, po otwarciu jamy brzusznej.

Dobre wyniki daje nałożenie sztucznego odbytu na *caecum* lub sąsiadujące z niem odcinki jelit. Cel tylko wówczas zostaje osiągnięty, gdy przetoka kątnicza tak funkcjonuje, że wszystkie kał z kiszki ślepej zostaje nazewnątrz wyprowadzony i w ten sposób nie przechodzi przez dotknięte części okrężnicy. Jeśli zaś przetoka niedostatecznie funkcjonuje, to wypełnia tylko 2-ie (wyżej zaznaczone) wskazanie, umożliwiając zraszanie dolnych odcinków kiszki grubej.

Podobną wartość leczniczą mają przetoki lewostronne, nałożone na zgięcie esowate. W tym razie drażnienie okrężnicy zmniejsza się przez to, że kał ma bardzo łatwy odpływ, podczas gdy o unieruchomieniu może być mowa tylko dla obwodowego odcinka, t. j. leżącego poniżej sztucznego odbytu. Irygacje wykonywać można w obu kierunkach, dośrodkowym i odśrodkowym.

Prawostronnej operacji (*caecum, colon ascendens...*) dokonano w 16 przypadkach, lewostronnej — w 10.

Również bardzo dobre wyniki osiągnięto za pomocą zabiegu operacyjnego, który pomija zupełnie odprowadzanie kału nazewnątrz, mając na celu jedynie udostępnienie miejscowego leczenia dotkniętego jelita. Operacja ta polega na wytworzeniu na kiszce ślepej przetoki, działającej na kształt klapy (*Ventilfistelbildung*). Za-

bieg ten niejednokrotnie wykonany został w ostatecznych latach w Ameryce na wzór gastrostomii KADER'owskiej. Na 7 operacji tego rodzaju w 6 zanotowano wyzdrowienie. Dobre wyniki, otrzymane za pomocą operacji KADER-GIBSON'a, która nie ma w następstwie ani unieruchomienia, ani wyłączenia dotkniętego jelita, dowodzą, że przy rozmaitych sposobach i metodach operacyjnych główne działanie lecznicze przypisywać należy nie unieruchomieniu kiszki, lecz miejscowemu leczeniu.

Oceniając porównawczo wyżej omówione nalożenie sztucznego odbytu na różne odcinki jelit, autor dochodzi do wniosku, że przetoka lewostronna (na *flex. sigm.*) powinna mieć pierwszeństwo przed kolostomią prawostronną, gdyż do przetoki lewostronnej kał dochodzi w stanie znacznie większego zgęszczenia, przez co zmniejsza się zanieczyszczenie chorego, woń oraz drażnienie skóry w okolicy przetoki. Że pogląd taki ma znaczenie nie tylko teoretyczne, dowodzą otrzymane wyniki: na 16 prawostronnych enterostomii z 6 dobrymi i 3 złymi wynikami przypada 9 lewostronnych przetok z 7 dobrymi i jednym niepomyślnym wynikiem.

Do leczenia okrężnicy za pomocą przemywań stosuje się najrozmaitsze roztwory: bezgnilne, przeciwgnilne oraz ściągające: kwas borowy, rozcieńczony wyskokowy roztwór kwasu salicylowego, roztwór jodu, siarczynu cynku, tanniny, bismutu, azotanu rtęci i t. d. W jednym przypadku pomaga jeden środek, w 2-im drugi, skutkiem czego zaleca się wypróbowanie działania rozmaitych środków.

(Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. XII. Zesz. 2 i 3).

Pechkranc.

14. O podskórnym stosowaniu chininy.

Przed kilku laty zalecił AUFRECHT dla leczenia krupowego zapalenia płuc chlorek chininy podskórnie, jako środek, najlepiej odpowiadający wskazaniom: przyczynowemu i leczniczemu. Przeszło pięcioletnie doświadczenie w zupełności potwierdziło powyższe słowa. Powstała jednak pewna trudność, mianowicie — dla rozpuszczenia pół grama chininy potrzeba aż 17 g. wody, a wprowadzenie takiej ilości wody pod skórę jest, co najmniej, niewygodne. Dla uniknięcia tego stanu rzeczy Therap. Monatshefte

zalecają dodatek uretanu do chininy wedle następującego przepisu: *Chinin. hydrochlor.* 0,5; *Urethani* 0,25; *Aq. dest. ad* 5,0. Chinina łatwo się wtedy rozpuszcza, a roztwór ten nie psuje się w ciągu kilku tygodni. Gdyby nawet chinina osadziła się, to łatwo rozpuścić ją, ogrzewając flaszkę z roztworem. Działanie tego środka wypróbowano z pomyślnym wynikiem zarówno w zapaleniach płuc, jakoteż w gorączkach położowych. Stosuje się przez cały tydzień po ½ grama na dawkę, raz a niekiedy nawet po dwa razy dziennie. Objawy uboczne rzadziej występują przy tym sposobie, niż przy podawaniu przez usta.

L. W.

15. PLESCH. O nowym sposobie rozpoznawania złamań kości.

Metoda autora nadaje się do tych zwłaszcza przypadków, w których stwierdzenie zwykłych objawów złamania, jak — trzeszczenie, nieprawidłowa ruchomość, przemieszczenie odłamków — połączone jest z trudnościami — np. wskutek znacznych rozmiarów wylewu krwi.

Nowa metoda opiera się na spostrzeżeniu, że kość jest dobrym przewodnikiem dźwięków. O zjawisku tem łatwo się przekonać, opukując jedną z nasad kości: przyłożwszy równocześnie ucho lub stetoskop do drugiej, słyszymy wówczas określony, równomierny ton. Kości symetryczne danego osobnika wydają dźwięk jednakowy — o ile jedna z nich nie uległa jakiegokolwiek przerwie ciągłości. Wysłuchując natomiast kość pękniętą, przekonamy się, że przewodnictwo dźwięków jest zmniejszone; zamiast tonu słyhać szmer — którego natężenie zależy od rozległości pęknięcia. Jeszcze znaczniejsza jest różnica w razie złamania kości, taka kość przestaje być dobrym przewodnikiem dźwięków, a nawet, jeżeli końce odłamków nie stykają się, przewodnictwo dźwięków zupełnie zniesione zostaje. Tu zauważyć należy, że staw jedynie osłabia cokolwiek natężenie tonu wypukowego, ale go nie znosi. Jako przyrząd do wysłuchiwania kości autor poleca fonendoskop. Odnośne doświadczenia zostały przerobione na trupach. W końcu pracy swej autor podaje szczegółowy opis badania każdej ważniejszej kości szkieletu.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 69. Z. 5—6).

Aleksander Wertheim.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Nader oryginalny był odczyt, wygłoszony w towarzystwie lekarskiem hamburskiem przez d-ra BOETTIGER'a pod tytułem: Znamiona (Stigmaty) histeryczne prawdziwe i fałszywe. We wstępie mówca zaznacza, iż histeryę uważa za „*Psychose sans phrase*“, a ztąd i wszelkie objawy histeryczne są według niego pochodzenia pośrednio lub bezpośrednio psychicznego. Zastrzega się jednak, że nie chce przez to powiedzieć, iż wszelkie objawy pochodzenia psychicznego brać należy za histeryczne. *Clavus* i *globus hystericus* zalicza on do objawów neurastenicznych, które nie mają nic wspólnego z histeryą, dodaje nadto, że brak lub obecność odruchów łącznicowego i gardzielowego może stanowić zjawisko fizjologiczne, zwłaszcza że natężenie tych odruchów wcale nie jest stałe. To też i w tej dziedzinie częstokroć możemy spotkać się ze zjawiskiem fizjologicznym, a nie z objawem histerycznym. Badania HEAD'a dowiodły, że i w stosunku do t. zw. punktów bolesnych histerycznych należy zachować wielką ostrożność w orzeczeniach. Dotyczy to zwłaszcza bólu przy ucisku na jajniki („*ovarie*“ autorów franc.); ból ten rozpoznawany bywa często tam, gdzie istnieje tylko nadezulość powłok brzusznych, autor zaś twierdzi, że wspomniany objaw należy po czytywać za histeryczny tylko wtedy, jeżeli na skutek ucisku wystąpi napad histeryczny. Najważniejszym ze znamion jest według CHARCOT'a porażenie zmysłowo-czuciowe (*sensorich sensible Lähmung*) wraz ze zwężeniem pola widzenia. Mówca w praktyce własnej nie mógł stwierdzić u osobników histerycznych znieczulenia połowicznego nawet w tych przypadkach, w których istniało porażenie jednego członka, porażenie połowiczne lub kończyn dolnych bez wątplenia pochodzenia histerycznego. Pośród 95 podobnych histeryi prelegent spostrzegł zaledwie trzy razy nieznaczne znieczulenia częściowe. Zwężenie pola widzenia, stwierdzone za pomocą ruchów ręki, istniało dosyć rzadko. Dokładniejszych badań w tym kierunku nie przedsiębrano

głównie w tym celu, żeby unikać wpływu sugestyi. BOETTIGER więc sądzi, że wykrycie tych zmysłowo-czuciowych znamion zależy głównie od sposobu badania lekarskiego i wskazuje, że osobnik histeryczny łatwo ulega poddawaniu zarówno przez obcych, jak i przez siebie samego. Zresztą bardzo podobne poglądy wygłosili już STRUEPPEL, BERNHEIM, HELLPACH, SCHUSTER, EULENBURG, MOEBIUS i inni. Jeżeli więc wyszczególnione znamiona histeryczne nie mają żadnego poważniejszego znaczenia, to świadczą one przynajmniej o wzmożonej sugestyjności chorych. Lecz i znieczulenia nie posiadają właściwie żadnego znaczenia, jako objawy, upoważniające do rozpoznania histeryi. Pod względem rozpoznawczym byłoby niezmiernie ważne sprawdzenie, czy każdy z powyższych objawów posiada cechy, właściwe histeryi. W przeciwnym razie zagraża nam niebezpieczeństwo podwójne, mianowicie, albo w przypadkach innych cierpień, powikłanych przez histeryę, cały obraz choroby może zostać podciągnięty pod jedną nazwę histeryi, albo histeryę istotną bez znamion swoistych możemy rozpoznać jako zgoła inne cierpienie. Jako przykład możnaby przytoczyć *paresis pseudospastica* ze drżeniem, skurez języka idiopatyczny lub opisane przez EMBDEN'a zatrucie przewlekle manganem. Wszystkim objawom histerycznym właściwe są następujące cechy charakterystyczne: niekonsekwencya w objawach, urągająca wszelkim zasadom anatomii i fizjologii, i pewien mniej lub więcej wybitny nadmiar objawów, ich obfitość, zwłaszcza pod względem wybujałości. Obie te cechy razem lub oddzielnie spotykamy zarówno w najbardziej zawikłanych, jak i w najprostszych postaciach histeryi. Niekonsekwencya np. dotyczy nie tylko pojedynczych objawów, lecz i całego ich zbioru, a także znikania lub występowania wciąż nowych objawów. Do tych należą objawy ze strony oczu, niemota, bezgłos, wzmożenie odruchów kolanowych, skurez pisarski, drżenie, znieczulenia, porażenia, nerwice stawowe, napady drga-

wek, zaburzenia ze strony kiszek i żołądka, nareszcie psychozy w ścisłym znaczeniu. W końcu mówca przestrzega przed uogólnianiem przypadków. Każdy objaw pojedynczy lub każda grupa objawów może posiadać rozmaite właściwości u rozmaitych chorych, lecz zawsze tylko pod względem ich obfitości i niekonsekwencji.

Przemówienie powyższe spotkały liczne protesty z pośród słuchaczy, którzy w mniej lub więcej energiczny sposób zaznaczali zgodnie, że znamiona historyczne, przekazane przez szkołę CHARCOT'a, stanowią bardzo ważny wskaźnik w rozpoznawaniu histeryi, i że znaczenie ich, jako takich, nie straciło na swej wartości rozpoznawczej, należy tylko badać ściśle i bez zbytecznego uprzedzenia.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego monachijskiego prof. Fr. MÜLLER zakomunikował swe ciekawe spostrzeżenia lekarskie, poczynione w Niemczech i w Szwajcaryi. Uderzyła go mianowicie różnica rażąca w rodzaju przypadków chorobowych w dwu tak blisko położonych krajach. W prowincyach Nadreńskich cierpienia czynnościowe układu nerwowego są znacznie więcej rozpowszechnione, aniżeli w Szwajcaryi i w krajach Staropruskich. Zarówno i rozszerzenie żołądka, wskutek nieomogi ruchowej powstałe, spotyka się w prowincyach Nadreńskich, podobnie jak we Francyi, znacznie częściej, aniżeli w Monachium, gdzie natomiast wrzód żołądka jest bardzo pospolity. Rak sutki w Hessyi należy do rzadkości prawie. GERHARDT zauważył, że w Berlinie marskość wątroby niezmiernie często kombinuje się z gruźlicą otrzewny. W prowincyach wschodnich Prus, w Berlinie i we Wrocławiu, gdzie ludność szeroko nadużywa napojów wyskokowych, obok marskości wątroby spostrzega się często rozmaite cierpienia umysłowe. Należy się tylko zastrzedz, że nie wszystkie psychozy rozwijają się wskutek nadmienionych nadażyć, które stanowią przyczynę zaledwie części chorób umysłowych. W klinice szpitalnej w Bazylei mówca miał sposobność przekonać się, że np. *delirium tremens*, spostrzegane w przebiegu zapalenia płuc, nie zawsze bywa w następstwie nadużywania wyskoku. Zdaje się, że przyczyn tych psychoz należałoby szukać we wpływie toksycznym samego cierpienia. Wobec takich powikłań prelegent z arsenału leczniczego w zapaleniu płuc zupełnie usunął wyskok,

zaleca zaś tylko brom, makowiec i środki nasenne, a otrzymane w ten sposób wyniki są bardzo zachęcające. Na podstawie materiału z tej samej kliniki autor twierdzi, że w rozwoju stwardnienia tętnic, zwłaszcza w postaciach bardzo złośliwych tego cierpienia, rolę najważniejszą grają dwa czynniki: dziedziczność i wpływy psychiczne. Teza ta nie została należycie oświetlona; prelegent tylko zauważył, że cierpienie wspomniane spotyka się nader często w Bazylei, w Hessyi zaś względnie rzadko. Zdawałoby się, że choroby zakaźne, *caeteris paribus*, chętniej nawiązują jedne miejscowości, niż drugie; dotyczy to zwłaszcza ospy. Gruźlica, tak częsta i złośliwa nad Renem, staje się w Hessyi znacznie rzadszą, a nadto przebieg jej nie jest tu tak złośliwy, jak w Bonn i w Bazylei. Wiadomo, że choroby narządów płciowych są niezmiernie rozpowszechnione zarówno w Berlinie, jak i w Monachium. Wielką różnicę pod tym względem spotykamy w Bazylei, gdzie przymiot nie należy do cierpień, spotykanych zbyt często. Zdaje się, że zjawisko to idzie w parze z bardzo słabo rozwiniętą w tem mieście prostytutką, która podlega tu bardzo surowemu nadzorowi lekarsko-policyjnemu. Co się tyczy leczenia chorób, to w Szwajcaryi warunki klimatyczne grają rolę bardzo poważną. Istnieje tu bardzo wiele mniejszych lub większych zakładów dla osobników skroficznych, słabo rozwiniętych duchowo lub fizycznie i t. p. Zasługuje na uwagę i jaknajszersze rozpowszechnienie zakładów, podobnych do istniejącego w Bazylei, który wynajmuje wszystko, co ma związek z pielęgnowaniem chorych. W końcu wspomina o instytucyi lekarzy domowych, która w Szwajcaryi zyskała zastosowanie powszechne, wreszcie wskazuje na wpływ demoralizujący współczesnego prawodawstwa socjalnego na szerokie warstwy ludności.

Na posiedzeniu Hunterian Society d-r H. WHITE mówił o rzadszych postaciach przerostu serca. W etiologii tego cierpienia rolę niepoślednią gra stan osierdzia, ponieważ przebyte zapalenia worka sercowego znakomicie sprzyjają powstawaniu przerostu serca. Główne zadanie osierdzia polega na tem, że stanowi ono pewnego rodzaju oparcie dla serca i w ten sposób zapobiega przerostowi tego narządu. Jeżeli jednak osierdzie staje się podatnem i rozciągliwem na skutek przebytych spraw zapalnych, to w następ-

stwie bardzo łatwo powstaje rozszerzenie komór, a wobec braku oparcia ze strony osierdzia dochodzi do kompensacyjnego przerostu ścian komór sercowych. Przedewszystkiem serece dąży do zwalczenia następstw rozszerzenia komór, bo, jeżeli zrosty z osierdziem dla serca prawidłowego stanowią rzecz podrzędną, to dla serca rozszerzonego stają się one źródłem stałego osłabienia czynności. Dalej należy jeszcze zwrócić uwagę na przerosty serca, powstałe pod wpływem długotrwałych spraw gorączkowych i napojów wyskokowych. Tego rodzaju przypadków spostrzegano cztery, z których trzy dostały się na stół sekcyjny. Tu stwierdzono znakomity przerost serca, a jedyną przyczynę tego zjawiska stanowiło jedynie nadużywanie stałe trunków. We wszystkich trzech przypadkach zastawki były zdrowe, osierdzie nie przyrosło,

a mięsień zdrowy. Za życia u chorych odnośnych istniała duszność, tętno szybkie i miękkie, nadto często niemiarrowe, uderzenie wierzchołkowe przesunięte nazewnątrz, tony serca ciche i bez szmerów. Jeżeli chory z takiego rodzaju sercem żyje długo, to dochodzi zwykle do rozszerzenia znacznego stopnia i do zastojów żylnych ze wszystkimi ich następstwami. Często w moczu tych chorych znajduje się białko, wskutek czego bywa błędnie rozpoznawane zapalenie nerek przewlekłe śródmiąższowe. Pod względem histologicznym zmian wybitnych nie znajdowano. Jako zejście ostateczne postaci radszych tego cierpienia spostrzegano zwyrodnienie bliźnowate (włókniakowate) mięśnia sercowego, co częstokroć stawało się przyczyną nagłego zejścia śmiertelnego.

K. Z.

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

D-r Z. BYCHOWSKI.

Z współczesnych poglądów na etiologię i patogenezę wiału rdzenia.
(Odczyty kliniczne Nr. 178 i 179).

Zagadnienie, poruszone przez autora, należy do tych, które bardzo zaciągają zarówno lekarza teoretyka, jak i praktyka. Wład rdzenia, spotykany przez każdego lekarza, a stanowiący poważną odsetkę cierpień, leczonych przez specjalistę neurologa, zaliczamy do chorób, których opis stanowi bardzo interesujący rozdział z dziedziny fizjologii i patologii układu nerwowego. Interes cierpienie to wzbudza dla tego, że etiologia jego jest ciemna i sporna, patogenezą nie wyjaśniona, a terapia prawie żadna.

Autor w swym odczycie postanowił zestawić panujące obecnie i poprzednio teorie w sprawie etiologii i patogenezы wiału rdzenia i podać je krytycznemu rozbirowi.

Najpierw rozbirowa autor starą sprawę stosunku przymiotu do wiału rdzenia. Pogląd ten, jak wiadomo, liczący bardzo wielu zwolenników (ERB, FOURNIER, MOEBIUS, GOWERS, NONNE, OPPENHEIM, MINOR, MARIE i wielu innych), zdaniem autora, oparty jest na bardzo kruchych podstawach. Przedewszystkiem ten fakt, że duża

odsetka osób, dotkniętych wiałem rdzenia, przechodziła przymiot, nie dowodzi jeszcze związku przyczynowego pomiędzy temi cierpieniami; dalej, powzięty *a priori* pogląd na przymiotowe pochodzenie wiału rdzenia sprowadza wyznawców tej teorii do unitaryzmu, do uważania *ulcus molle* za cierpienie niemal identyczne z *ulcus durum*, do jednostronnej oceny wywiadów (porównienia u żon i t. d.). W celu ustalenia przyczynowego związku między przymiotem a wiałem rdzenia należy, zdaniem autora, odpowiedzieć na następujące 4 pytania:

1) Czy liczba osób, dotkniętych wiałem rdzenia, jest proporcjonalna do liczby osób, dotkniętych przymiotem,

2) Czy zmiany anatomiczne, znajduwane przy badaniu pośmiertnem wiału rdzenia, w pewnym przynajmniej stopniu są identyczne ze zmianami, które może spowodować przymiot w układzie nerwowym.

3) Czy u osób, dotkniętych wiałem rdzenia, znajdujemy inne cechy anatomiczne przebytego przymiotu.

4) Czy leczenie specyficzne dla przymiotu okazuje wpływ korzystny na przebieg wiału rdzenia.

Co się tyczy pierwszego punktu, to lekarze, praktykujący w krajach, gdzie przymiot jest bardzo rozpowszechniony, donoszą, że stosunku wspomnianego niema, bo wiąd rdzenia jest tam rzadkością; dalej, prostytutki, z których każda po 2—3 latach nabywa przymiot, bardzo rzadko zapadają na wiąd rdzenia.

Co do drugiego punktu, to badania anatomo-patologiczne wykazały, że degeneracyjne zmiany w rdzeniu przy wiądzie noszą charakter zgoła odmienny, niż zmiany zapalne syfilityczne rdzenia. Pogląd STRUEMPEL'a, MOEBIUS'a, FOURNIER'a na wiąd rdzenia, jako na cierpienie meta-czy parasyfilityczne, wydaje się autorowi grą słów.

Co do trzeciego punktu, to z badań VIRCHOW'a i innych wypływa, że na seceji osób, dotkniętych za życia wiądem rdzenia, rzadko znajduje się zmiany w innych narządach, świadczące o przebytych przymiocie.

Wreszcie co do czwartego punktu, to wiadomo, że leczenie specyficzne nie tylko nie przynosi poprawy, lecz jeszcze często pogarsza przebieg wiądu rdzenia.

Załatwiwszy się w ten sposób z najważniejszym kwestyonowanym czynnikiem etiologicznym wiądu rdzenia, autor krytykuje inne przypuszczalne przyczyny, jak uraz (KLEMPERER), przepracowanie (EDINGER), zaziębienie (LEYDEN, HITZIG) i przechodzi do rozpatrzenia patogenezы tego cierpienia.

Autor odrzuca kolejno jako bezpodstawnie różne teorye, upatrujące siedlisko wiądu rdzenia we wszystkich niemal częściach układu nerwowego. Teorya „mózgowa“ (RAYMOND, JENDRASSIK) jest, zdaniem autora, niesłuszna, gdyż kładzie nacisk niemal wyłącznie na bezład, który przecież nie jest jedynym objawem chorobowym wiądu rdzenia. Dalej autor krytykuje teoryę „obwodową“ (LEYDEN i inni), boć zmiany w nerwach obwodowych nie stale towarzyszą temu cierpieniu. To samo autor mówi o teoryi, upatrującej istotę wiądu rdzenia w zaniku zwojów międzykręgowych (MARIE i inni), w nacieczeniu opony miękkiej i rdzeniowej i w następczym zaniku zewnątrzrdzeniowych części tylnych korzeni wskutek ucisku i w końcu zatrzymuje się na teoryi „embryonalnej“ (FLECHSIG, TREPINSKI), która rozpatruje tylne pęczki ze stanowiska ich nierównoczesnego rozwoju i w

różnorodnych postaciach klinicznych wiądu rdzenia widzi zanik tych lub innych gromad włókien tylnych pęczków. Zanik tych embryogenetycznie odosobnionych gromad włókien ma zależeć przede wszystkim od dziedzicznego usposobienia.

* * *

Taki jest bieg myśli autora. Sądzymy, że za pewną zasługę należy poczytać autorowi przedstawienie historycznego rozwoju kwestyi, lecz musimy dodać, że mimowoli ukuł on broń przeciwko sobie, zatrzymując się na teoryi „embryonalnej“. Właśnie historyczny zarys rozbieżnej kwestyi i tę teoryę każe nam uważać jedynie za etap do poznania prawdy. Boć, jeżeli embryogenetycznie odosobnione gromady włókien w tylnych pęczkach ulegają w wiądzie rdzenia zanikowi, to z kolei musimy zadać sobie pytanie (pominąwszy już trudne w tym razie do objaśnienia rozrzucone sprawy mózgowe, wchodzące w skład obrazu klinicznego wiądu rdzenia), czemu to jednak u pewnych osób te gromady włókien ulegają zanikowi. Kłąć wszystko na karb obarczenia dziedzicznego nie można. Dziedziczność to szeroki i wygodny parawan, za którym może ukryć się teoretyk, a za który najrzadziej powinien wchodzić praktyk, bo z pojęciem dziedziczności najczęściej wiąże się dla chorego pojęcie bezradności zabiegów lekarza. Bo doprawdy, czy wiele wyjaśniło sprawę porażenia rdzeniowego spastycznego (*paralysis spinalis spastica*) (przypuściwszy odrębność nozologiczną tej postaci chorobowej), odkrycie FLECHSIG'a, że włókna w drogach piramidalnych u zarodka później dostają osłonkę rdzeniową? Nowa teorya zmniejsza nieco liczbę X-ów w dociekaniu prawdy, lecz jej jeszcze nie wyświeśla.

Autor za przykładem innych wytoczył poważne działa przeciwko teoryi *lues-tabes*, t. j. teoryi, uważającej przymiot za przyczynę wiądu rdzenia. A jednak, pisze autor „większa część autorów przechodzi do obozu wyznawców *lues-tabes*, coraz bardziej liczebnie wzrastającego“. (str. 3). Przyznam się, że i mnie autor nie przekonał. Sam zarzuca cyfrom statystycznym nikłość, operuje jednak nimi i z nich wyciąga swe wnioski. A przecież w poglądach lekarskich t. zw. wewnętrzne przekonanie znaczy nie raz więcej, niż cyfra. Teoryę wyłącznego przymiotowego pochodzenia wiądu rdzenia mo-

zna obalić choćby tymi znanymi, wprawdzie pojedynczymi faktami, że chore, dotknięty więdrem rdzenia, zarówno jak bezwładem postępującym, jest w stanie zarazić się przymiotem. Jednak teorii twierdzącej, że przy wrodzonym usposobieniu dziedzicznym obok innych szkodliwości przymiot odgrywa poważną rolę, tej teorii chyba nie wiele zarzucić można. Podobnie jak u nieznacznej zaledwie odsetki osób nabyty przymiot poraża specyficznym układem mózgo-rdzeniowy, dając obraz *lues cerebro-spinalis*, bo do tego, widać, potrzebny jest wpływ innej szkodliwości, tak i do więdru rdzenia wielu jest wezwanych, lecz mało wybranych. Wrodzone usposobienie, przymiot i inne szkodliwości wywołują

więdru rdzenia, niekiedy, względnie rzadko, wrodzone usposobienie wraz z innymi szkodliwościami są w stanie bez przymiotu cierpienie to wywołać. Dlaczego jednak przymiot w przypadkach więdru rdzenia przyczynia się do powstania jedynie zmian o charakterze zwyrodnienia, a nie zapalenia, czemu leczenie swoiste wpływu tu nie wywiera, na to dziś nauka odpowiedź dać jeszcze nie może. Sprawa ta — to muzyka przyszłości.

Język autora poprawny. Wyrażenia „lucytek“, „tabetek“ wygodne, bo krótkie, lecz nie polskie.

Stanisław Kopezyński.

Wiadomości bieżące.

— Wydział Lekarski Uniwersytetu lwowskiego urządza w bieżącym roku szkolnym trzytygodniowe kursy dla lekarzy w czasie od dnia 10 do 30 marca. Zapisywać się można w kwaterze od 1 do 5 marca. Chcących brać udział w kursach o ograniczonej liczbie uczestników uprasza się o wczesne zgłaszanie się do prof. d-ra SZYMONOWICZA (ul. Pańska 4), który też udziela bliższych wiadomości. Szczegółowy program wkrótce będzie ogłoszony.

— D-rowsi Bolesławowi Motzowi przy-

znana została przez Akademię Nauk w Paryżu nagroda GODARD'a w ilości 1000 fr., a d-rowsi Józefowi JOTEYKÓWNI nagroda LALLEMAND'a w ilości 2300 fr.

— Międzynarodowy zjazd fizyologów odbędzie się w roku bieżącym w Brukselli pomiędzy 30 sierpnia a 3 września.

— Pani CURIE-SKŁODOWSKA otrzymała 60,000 franków od komitetu syndykatu prasy paryskiej na dalsze badania nad własnościami radu.

Odpowiedzi Redakcyi.

Sz. kol. DYMNIKIEMU. Dziękujemy bardzo za łaskawe zwrócenie naszej uwagi; istotnie w numerze 52 „Medycyny“ z roku zeszłego w streszczeniu artykułu prof. NOORDEN'a o leczeniu ciężkich postaci cukrzycy zamiast: leczenie diety „jęczmienną“, powinno być „owsianą“.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt „Zakładu Leczniczego d-ra BALLMANN'a w Meranie“.

Bardzo pożyteczny produkt z
Cascara Sagrada.

„**CASCARINE**
LEPRINCE”
C¹²H¹⁰O²
(Kaskarin Leprens)



Akademia Medyczna 12 Czerwca 1892 roku
Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892
roku i 3 Lipca 1899 r.

WSKAZANIA: stałe zatwardzenia, choroby wątrobiane; jako środek antyseptyczny dla organów trawienia; przy atonii organów trawienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym. Zażywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek. Skład główny: 62, rue de la Tour Paris (16). Składy we wszystkich aptekach i składach materiałów aptecznych

Racyjne leczenie fosforem

R H O M N O L

(PIGULKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego,
przygotowanego przez D-ra Leprince

C⁴⁰H⁵⁴Az¹⁴O²⁷P⁴

Wskazania: Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—
Anemia—Uwiąd starczy.

Dawka: 4–10 pigulek dziennie po jedzeniu.
D-r LEPRINCE, 62, rue de la Tour, Paris (16).
DO NABYCIA WE WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.