

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 17.

Warszawa d. 10 (23) Kwietnia 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Geny numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „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. Wiądrzenia i psychoza. Napisał M. Bornstein. — Preparaty vanadium. Stosowanie lecznicze. Podał d-r S. Bogusławski. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 52. Funkcyjonalna dyagnostyka chorób nerkowych bez katetyzacyi moczowodów. 53. Leczenie padaczki bromem. — STRESZCZENIA ZBIOROWE. Ograniczone sprawy zapalne okreźnicy (sigmoiditis, perisigmoiditis, pericolicitis exsudativa). Podał S. Pechkrane. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r M. Bornstein — Tabes dorsalis et psychoze. 2) D-r S. Bogusławski — Les préparations de vanadium. Application therapeutique.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r M. Bornstein — Tabes dorsalis und Psychoze. 2) D-r S. Bogusławski — Vanadium preparete. Therapeutische Anwendung.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału nerwowego szpitala Starozakonných
w Warszawie (D-r med. E. FLATAU).

WIĄDRZENIA I PSYCHOZA

Napisał

Maurycy Bornstein

asystent oddziału.

Kwestya zaburzeń psychicznych we wiądzie rdzenia weszła na porządek dzienny rozpraw naukowych od r. 1863, kiedy WESTPHAL opisał szereg przypadków bezwładu postępują-

cego z powikłaniami rdzeniowemi, które pod względem klinicznym i anatomicznym odpowiadały obrazowi wiądu rdzenia. Zaczęto naówczas zwracać większą uwagę na objawy wiądu w przebiegu bezwładu postępującego i, odwrotnie, notowano skrzętnie te przypadki zdeklarowanego wiądu rdzenia, w których występowały objawy bezwładu. Stwierdzono wkrótce, że kombinacya owych dwu cierpień nie należy do rzadkich, tak że wyodrębniono ją nawet w osobną postać kliniczną pod nazwą *taboparalysis*.

Oddawna jednak zwrócono już uwagę na to, że nie wszystkie zaburzenia psychiczne, napotykanne we władzie rdzenia, odpowiadają w klinicznym swym przebiegu obrazowi bezwładu postępującego; oddawna już, bo od r. 1833, t. j. od czasu ogłoszenia odnośnego przypadku przez HORN'a we własnym Archiwie, stwierdzono, że w władze rdzenia rozwinać się może psychoza czynnościowa, nie nie mająca wspólnego z bezwładem postępującym.

CASSIRER w monografii swej ¹⁾ zaznacza, że w ostatnich czasach osłabło zainteresowanie dla tej kwestyi, i przypisuje ten fakt wpływowi tych autorów, którzy uważają bezwład postępujący i wład rdzenia za jedną chorobę. Sądzą oni właśnie, a wraz z nimi i wielu innych, że zaburzenia psychiczne we władzie są albo w ogromnej większości przypadków natury paralitycznej, albo też stanowią zwykle powikłanie wiądu i, jako takie, mogą być z łatwością rozpoznane. Pogląd ten nie jest słuszny. Jeżeli przypuścić nawet, że owe zaburzenia stanowią wyłącznie przygodne powikłanie wiądu, to jednak rozpoznanie ich nie zawsze bywa łatwe, chociażby ze względu na to, że często trudno bardzo przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe pomiędzy temi psychozami a bezwładem postępującym. Bowiemy wiadomo, że bezwład odznacza się niezwykle wielopostaciowością.

Istnieje w literaturze szereg przypadków, gdzie wybuch bezwładu poprzedzają mniej lub więcej długotrwałe ataki psychozy zwykłej, która mija bez śladu, poczem rozwija się typowy obraz bezwładu postępującego; albo też obok istniejącej psychozy czynnościowej (np. równolegle z *paranoia chronica hallucinatoria*, jak w przypadku FERENCZI'ego, cytowanym przez CASSIRER'a), rozwijać się może bezwład. Dalej, w pierwszych okresach *paralysis progressivae* napotykanmy zaburzenia psychiczne, które ludzko

przypominają np. stan paranoiczny i t. d. WERNICKE (cyt. u CASSIRER'a) opowiada o przypadku, który budził podejrzenie co do bezwładu postępującego jedynie ze względu na zbyt fantastyczne, noszące charakter nieznacznego otępienia umysłowego, idee wielkości; zresztą była to, według WERNICKE'go, postać czystej manii, którą właśnie autor wspomniany uznaje, wbrew KRAEPELIN'owi, jako istniejącą samodzielnie. Po dwóch latach zupełnego zdrowia rozwinął się typowy obraz bezwładu postępującego. Istnieją jeszcze i inne trudności rozpoznawcze: niektóre psychozy wykazują objawy, podobne w istocie swej do paralitycznych; tak np. stupor, charakterystyczny dla katatonii, może występować i w bezwładzie. KRAEPELIN zaznacza, że zazwyczaj w bezwładzie postępującym napotykanmy objawy somatyczne, które rozstrzygają sprawę rozpoznania różniczkowego; a dalej zaburzenia świadomości, inteligencji, uwagi i pamięci są w bezwładzie postępującym, według KRAEPELIN'a, zwykle głębsze, aniżeli w katatonii. Pierwsza najważniejsza cecha różniczkowo-rozpoznawcza upada z chwilą, kiedy mamy do czynienia z wiądem rdzenia, bowiem objawy somatyczne (zreniczne lub objaw WESTPHAL'a) należeć mogą zarówno do obrazu wiądu, jak i bezwładu. Wtedy właśnie urastają ogromne trudności rozpoznawcze: ażali mamy do czynienia w danym jakimś przypadku z wiądem rdzenia i komplikacją w postaci katatonii, czy też z *taboparalysis*, wykazującym objawy katatoniczne. Zazwyczaj rozpoznanie takie bywa sporne, a często zupełnie niemożliwe.

Wreszcie, samo otępienie umysłowe, tak charakterystyczne dla bezwładu postępującego, nie zawsze sprawę ostatecznie rozstrzyga. Często należy przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe pomiędzy otępieniem paralitycznym, wrodzonym, epileptycznym (wobec możliwej skądinąd kombinacji wiądu rdzenia z padaczką), starczym otępieniem, wreszcie takim, które stanowi punkt wyjścia innych psychoz, jak *dementia praecox*.

¹⁾ D-r R. CASSIRER. *Tabes und Psychose. Eine klinische Studie.* Berlin. 1903.

Najbardziej charakterystyczną cechą dla otępienia w bezwładzie postępującym stanowi jego stała, nieuchronna progresywność, wobec czego często jedynie przebieg choroby może dać wyjaśnienie co do charakteru otępienia i tem samem umożliwić rozpoznanie komplikującej wiađ psychozozy.

Pomimo tylu zastrzeżeń rozpoznawczych stwierdzono jednak niewątpliwie w długim szeregu przypadków istnienie takich zaburzeń psychicznych w przebiegu wiađu rdzenia, które nie wykazują cech bezwładu postępującego.

CASSIRER (l. c.) odróżnia t. zw. elementarne objawy psychopatyczne u tabetyków (w postaci krótko- lub długotrwałych wahań w usposobieniu) od zupełnie rozwiniętych chorób umysłowych. Co do pierwszej kategorii objawów, niektórzy autorowie zaznaczają wyjątkowy spokój, nawet zdumiewającą wesołość, jaką zachowują tabetycy pomimo nad wyraz przykrych cierpień (STEINTHAL, MOEBIUS, NAGEOTTE). Ostatni autor wspomina nawet o typie „*tabétiques guais*“.

Inni autorowie są bardziej oględni w uogólnianiu swych spostrzeżeń. LEYDEN i GOLDSCHIEDER twierdzą, że usposobienie tabetyków podlega mniej więcej takim samym wahaniom, jak u wszystkich chorych chronicznych, że zresztą zależy to od wrodzonych właściwości: jedni są smutni, niepokieszeni, inni znów nastroszeni optymistycznie. Jeżeli napotykamy często u tabetyków objawy depresyi i niepokoju, bezsenność, myśli samobójcze, to nie odrazu powinniśmy te objawy zaliczać do kategorii psychopatycznych, bowiem powodów rzetelnych do takiego nastroju może dostarczyć im aż nadto sama choroba organiczna rdzenia. Często atoli na tle zaburzeń, związanych z wiađem, wywiązuje się istotnie zespół objawów neurastenicznych. Przyczynia się do tego zwłaszcza obawa przed groźącym bezwładem postępującym, troska o ewentualną utratę zajmowanego stanowiska, wreszcie bóle same i zaburzenia w liczych i zasadni-

czych czynnościach fizyologicznych. Istnieją jednak niewątpliwie takie przypadki wiađu, w których do końca życia nie było żadnych wyraźnych zaburzeń w psychice po za nieznacznym, zresztą zupełnie zrozumiałym odcieniem hipochondrycznym w usposobieniu. SIMON (cyt. u CASSIRER'a) natomiast twierdzi, że u wszystkich bez wyjątku tabetyków z biegiem czasu rozwija się wyraźne upośledzenie umysłowe, charakterystyczne jakoby ze względu na swe cechy, a nazwane przez niego mianem specjalnem upośledzenia umysłowego tabetycznego (*tabische Demenz*). Późniejsze badania podały powyższe twierdzenie SIMON'a w wątpliwość poważną i po części przynajmniej dowiodły, że napotykane we wiađzie rdzenia upośledzenie umysłowe zależne jest w ogromnej większości przypadków od bezwładu postępującego. NAGEOTTE na podstawie 3 zbadanych anatomicznie przypadków wiađu, w których klinicznie nie było nawet żadnych objawów bezwładu, twierdzi, jakoby znalazł zmiany, odpowiadające obrazowi anatomopatologicznemu *paralysis progressivae*, i wypowiedział zdanie, „*que beaucoup d'ataxiques sont des paralytiques généraux sans que l'on s'en doute*“.

Przechodząc obecnie do właściwych psychoz w wiađzie rdzenia, zaznaczmy z góry, że najczęstszym objawem psychopatycznym, napotykanym u tabetyków, są halucynacye w dziedzinie rozmaitych zmysłów. Fakt ten skłonił nawet niektórych autorów, zwłaszcza KIRSZ'a, PIERRET'a i jego uczniów do skonstruowania pojęcia specjalnej psychozozy tabetycznej. Według PIERRET'a rozpoczyna się ona zazwyczaj od usposobienia melancholicznego, uwarunkowanego cierpieniami fizycznymi. W miarę tego, jak poszczególne zmysły ulegają sensacyom tabetycznym, psychoza postępuje w tym sensie, że owe sensacye bywają przez chorych tłumaczone w sposób chorobliwy: bóle przypisują np. chorzy tacy jakimś wymagowanym wrogom, osłabienie wzroku daje powód do halucynacyi wzrokowych i t. d. Z takim postawieniem kwestyi wię-

kszość autorów się nie zgadza. Jedni (jak NAGOTTE i MOEBIUS) powstają przeciwko takiej specyficznej psychozie na tej zasadzie, że w większości przypadków, na jakich opierał PIERRET swoje wywody, był paraliż postępujący. MOEBIUS czyni jedynie zastrzeżenie co do niektórych przypadków, uważając je za wiąd rdzenia + paranoia.

CASSIRER (l. c.) po rozpatrzeniu krytycznym wspomnianych przypadków PIERRET'a również nie widzi dobrej racji dla przyjmowania psychozy tabetycznej z nieco odmiennych jednak względów, niż poprzedni oponenci. CASSIRER przedewszystkiem nie zgadza się z tem, jakoby większość przypadków PIERRET'a nie była zgoła niczem więcej, niż bezwładem postępującym, owszem stara się on tłumaczyć je inaczej pod względem psychiatrycznym; zaś skądinąd sądzi, że halucynacje, rzeczywiście bardzo często napotykanne we wiądzie rdzenia, znajdują się, być może, w bardziej ścisłym związku z samą sprawą tabetyczną, zwraca jednak uwagę na to, że te halucynacje napotykamy również często nie tylko w tej postaci, jak je opisał PIERRET, i że po zatem w przebiegu wiądu, jak tego dowodzą fakty, zdarzają się najrozmaitsze psychozy z halucynacjami. I rzeczywiście MEYER²⁾ po wyłączeniu wszystkich przypadków wątpliwych, naliczył 56 przypadków wiądu rdzenia z różnemi psychozami. Grupują się one według częstości, jak następuje:

<i>Paranoia chronica hallucinatoria</i>	21 razy
Psychozy depresywne (melancholia, hypochondrya)	14 „
Psychoza cykliczna	4 „
Ostry obłąd halucynacyjny	2 „
Pobudzenie maniakalne	1 „
Otępienie wtórne (po paranoi)	1 „
Otępienie paranoiczne halucynacyjne (KRAEPELIN)	1 „

²⁾ Otto MEYER. Beitrag zur Kenntniss der nichtparalytischen Psychosen bei Tabes dorsalis. Monatsschrift f. Psych. u. Neurologie. Bd. XIII. 1903 (Ergänzungsheft).

Zwykłe otępienie pierwotne	3 razy
Psychoza z halucynacjami o charakterze niepokojącym	3 „
Peryodyczne ciężkie stany pobudzenia	1 „
Stany pobudzenia w niedorozwoju umysłowym	2 „
Otępienie wczesne (<i>dementia praecox</i>)	1 „

Jeżeli dodamy do tego opisane ostatnio przez SCHULTZE'go³⁾ dwa przypadki wiądu z psychozą: jeden z melancholią, dotyczący 69-letniego tabetyka, drugi zaś z *paranoia chronica hallucinatoria* (biorąc tę postać w zakresie szerszym bez ograniczeń Kraepelin'owskich), to uderzy nas niezwykle stosunek paranoi i stanów depresywnych do innych postaci chorób umysłowych: otrzymamy wtedy na 58 przypadków wiądu z niewątpliwymi psychozami czynnościowymi (nieparalitycznemi) 22 przypadki z *paranoia chronica hallucinatoria* i 15 z psychozami depresywnymi. Zaznaczyć jednak wypada, że nigdzie nie zauważono żadnych cech szczególnych w przebiegu tych cierpień umysłowych w porównaniu ze zwykłym ich przebiegiem. Z danych powyższych możemy z całą stanowczością wyprowadzić wniosek o nieracjonalności pojęcia jakiejś specyficznej psychozy czynnościowej, jako komplikacji wiądu rdzenia. Zaznaczymy tylko w tem miejscu pewne cechy charakterystyczne zarówno dla cierpień umysłowych, napotykanych we wiądzie, jak i dla tych przypadków wiądu, w których występują choroby umysłowe. Co dotyczy pierwszej kwestyi, to podkreślaliśmy już częstość halucynacji oraz stanów przygnębienia z powodu cierpień fizycznych i moralnych, co zgadza się również z dopiero co stwierdzonym faktem, że *paranoia chronica hallucinatoria* oraz psychozy depresywne najczęściej wikłają obraz chorobowy wiądu. Częstość i rozmaitość halucynacji wielu autorów uważa za objaw „nadwrażliwości zmysłowej“, jako fakt analogiczny do tak

³⁾ E. SCHULTZE. Ueber Psychosen bei Tabes. München. med. Wochenschrift. 1903. Nr. 49.

często napotykaną we władze „nadwrażliwości czuciowej“ (ból, parestezje i t. d.).

Dalej, co dotyczy typu klinicznego samego wiądu z powikłaniem ze strony psychiki, to stwierdzano przedewszystkiem znaczną stosunkowo przewagę po stronie kobiet (MOEBIUS, MEYER). Na 58 przypadków wiądu z psychozą czynnościową było mężczyzn 34 (= 57,1%) i 21 kobiet (= 36,2%). Stosunek tabetek do tabetek w warunkach zwykłych (bez powikłań psychicznych) wynosi przeważnie 8—5—3 : 1, kiedy tymczasem tutaj stosunek ten wynosi zaledwie 1,6 : 1.

Dalej, we władze rdzenia z powikłaniami psychicznymi natury nieparalitycznej stwierdzono znacznie częstsze zajęcie nerwu wzrokowego i nerwów, zarządzających ruchami gałek ocznych, aniżeli u tabetek bez żadnych powikłań psychicznych lub z powikłaniem paralitycznym. Pierwszy zwrócił na to uwagę MOELI jeszcze w r. 1881, a potwierdza ten fakt we wspomnianej pracy MEYER i podaje cyfry wyższe jeszcze, aniżeli MOELI.

Zauważyć jeszcze należy spostrzeżenia NEEBE'go i MEYER'a, dotyczące etiologii omawianych przypadków wiądu: stwierdzono, mianowicie, wśród tabetek z powikłaniami psychicznymi wysoki procent ludzi, obarczonych dziedzicznie, wyższy w każdym razie, aniżeli podawany za zwyczaj dla wiądu bez psychozy czynnościowej (FERRY podaje 10%), gdzie u olbrzymiej większości napotykamy jako czynnik etiologiczny—przymiot.

(D. n.).

PREPARATY VANADIUM.

Stosowanie lecznicze.

Podał

D-r STEFAN BOGUSŁAWSKI.

Vanadium jest metalem, dosyć rozpowszechnionym w przyrodzie. Występuje zazwyczaj w połączeniu z ołowiem lub żelazem. Poehodne vanadiumu, również jak sam metal, mają wybitną własność utleniającą. Według Wirtz'a i OSMOND'a własność utleniania vanadiumu 20000 razy przewyższa takąż własność żelaza i 5000 razy — własność utleniającą miedzi.

Ta wybitna zdolność utleniania była pobudką do rozpoczęcia doświadczeń nad pochodniami vanadium, i stosowano je u ludzi w wielu przypadkach zmian patologicznych organizmu, gdzie chodzi o nadanie krwi znaczej siły utleniającej w celu usunięcia przyczyny owych zmian. LARAN¹⁾ badał działanie kwasu vanadiowego. LYONNET, MARTZ, MARTIN²⁾ pracowali nad vanadianem sodu. HÉLOUIS, WEBER, DELARUE³⁾ robili poszukiwania nad vanadinem, który jakoby miał być związkim vanadium z solą kuchenną. Jak dotąd, niema w literaturze dokładnych prac o wchłanianiu i wydzielaniu.

LYONNET wraz ze swymi współpracownikami odnajdywali w moczu psa zatrutego zaledwie ślady vanadium; z tego wynikałoby, że sole metalu tego nie zbyt łatwo wydzielają się za pomocą nerek. Według LARAN'a kwas vanadiowy w roztworze 0,2 *pro mille* zabija królika dawką 8 miligrm. na kilogram (wstrzykiwania śródżylnie).

¹⁾ LARAN. Soc. biol. 19 févr. 1898 r., Soc. de thérap., 9 mars 1898, Presse méd. 22 avril. 1899.

²⁾ LYONNET, MARTZ, MARTIN. Soc. nationale de Lyon, 13 févr. 1899, (Lyonnet).

³⁾ WEBER. Revue générale de clin. et therap. 28 mai 1898. DELARUE, HÉLOUIS 1898 (Congrès pour l'étude de la tuberculose. 1898. Séance 2 août).

Według LYONNET'a, MARTZ'a i MARTIN'a należy użyć do wstrzykiwań śródżylnych 0,017 mlgrm. vanadium sodu na kilogram, aby zabić królika w ciągu kilku minut.

Per os dawka 0,2 grm. na kilogram zabija po upływie 12 godzin. Pies jest więcej odporny, niż królik; dla tego ostatniego dawka śmiertelna 0,075 na kilogram.

Według wyżej wzmiankowanych badaczy przy zatruciu doświadczalnym ciała czerwone krwini ulegają zmianie; serce i ogólny obieg krwi pozostają bez zmiany, dysпноë jest zjawiskiem stałym. Królik zazwyczaj miewa konwulsje; u psa zauważyć się daje znaczna hipotermia. Przy sekcji stwierdza się przekrwienie nerek i wątroby. Wstrzyknięcie kwasu vanadiowego powoduje u psa ślinotok, wymioty, diarrhoe, zwolnienie bicia serca, paraliż nerwów naczyńoruchowych; oddychanie ustaje przed ustaniem bicia serca; hipotermia. Działanie dawek większych w ciągu kilkunastu dni powoduje chudnięcie, utratę łaknienia i diarrhoe. W małych dawkach kwas vanadiowy pobudza apetyt, dodaje sił i wagi (LARAN). Vanadium sodu również wzmaga apetyt, siłę i wagę. Zresztą nie daje się spostrzedz żadnych osobliwych zmian w trawieniu, krwiobiegu i oddychaniu (LYONNET).

U chorych ilość moczu pod wpływem kwasu vanadiowego lub vanadium sodu wzrasta, jak również ilość mocznika; w jednym przypadku zauważono zmniejszenie kwasu moczowego. W dwóch przypadkach, gdzie szukano, zauważono wzrost współczynnika utleniania ciał białkowych (LYONNET).

HÉLOUIS starał się wytworzyć z pochodnych vanadium takie preparaty, któreby zachowały swą pierwotną własność utleniania, a jednocześnie były pozbawione wpływów ujemnych. Przetwory te są następujące: vanadiol, używany *per os*, vanadioserum — do zastrzykiwań podskórnych lub śródżylnych, vanadioseptol i vaseptol do użytku zewnętrznego. Liczne

doświadczenia były przeprowadzone z tymi przetworami. Brano 10 próbek czystej kultury laseczników gruzlicy na glicerynie-żelatynie. Jedna z nich była zostawiona dla kontroli, inne zaś w różnych odstępach czasu traktowane były vanadioserum. Obserwowano wtedy, że w jednych próbkach kolonie znikają, w innych następowało osłabienie tychże lub zastój w rozwoju — stosownie do wieku i chwili kolonii, w której dodawano do próbek vanadioserum, tymczasem w próbce, zostawionej dla kontroli — laseczniki rozwijały się należycie.

Następnie produkty z wszystkich próbek zastrzykiwano morskim świnkom; ta, której zastrzyknięto kulturę z próbki, wziętej dla kontroli — została zarażona gruzlicą i zdechła po 65 dniach; inne zaś traciły na razie na wadze, wkrótce jednak powracał im apetyt, i pozostały zdrowi.

Dalej robiono doświadczenia na zwierzętach, u których zazwyczaj stwierdza się po użyciu w ciągu pewnego czasu preparatów vanadium zwiększenie sił, odporność na zmęczenie, powiększenie wagi ciała, zwiększenie wydajności mleka i t. d.

U ludzi stwierdzano również dobry wpływ na sprawę asymilacji. Obserwacje wykazują powrót apetytu, zwiększenie wagi ciała i polepszenie znaczne ogólnego stanu. Dalej sprawa trawienia ulega dobrym zmianom. Jako *antisepticum* vanadiol, podawany do wewnątrz, wstrzymuje sprawę fermentacyjną i zmniejsza wytwarzanie się gazów w kiszka — działa w tych przypadkach skuteczniej, niż *argentum nitricum* lub bismut. Następnie vanadiol pobudza przemianę materii w szybszym tempie, jak w anemii, chlorozie — w tych przypadkach zwiększa się sprawa hematozy: liczba czerwonych ciałek i białych znacznie się zwiększa. Więc związane wszystkie własności preparatów vanadium nie tylko wpływają dodatnio na ogólne odżywianie, na utlenianie toksyn, znajdujących się we krwi

w przypadkach chorób zakaźnych, ale jednocześnie podnoszą naturalną odporność ustroju.

Możnaby zarzucić, że powietrze atmosfery dostarcza ustrojowi dostatecznej ilości tlenu do płuc. Na to odpowiedzieć wypadnie, że u osób osłabionych, głównie u anemicznych i cierpiących na gruźlicę: 1) niema dostatecznej ilości hemoglobiny, również żelaza w niej, ażeby tlen, dostarczony z powietrza, mógł być dostatecznie wchłonięty przez krew, 2) dalej tlen powietrza, jako O₂, niema tej siły utleniającej, jak atom tlenu wolny we krwi, utleniający hemoglobinę.

Dwa główne przetwory vanadium: vanadiol i vanadiserum przepisuje się stosownie do przejawów choroby. Jeżeli chodzi o przypadki dyspepsji — lepiej dawać *per os*, aby proces fermentacyjny, w żołądku czy kiszkaż istniejący, usunąć. W przypadkach osłabionej sprawy hematozy, przemiany materii, w chorobach płucnych — lepiej stosować vanadiserum podskórnie lub do żyły wraz z vanadiolem *per os*.

Zastrzykiwanie śródżyłne stosowane ma być w ciężkich chorobach infekcyjnych, w otruciach alkaloidami, głównie w otruciu CO (w t. z. zezadzeniu) — w tych ostatnich przypadkach vanadiserum dostarcza krwi substancji, która zamienia nieczynną hemoglobinę na karboksyhemoglobinę. Przy silnych wymiotach używa się preparatu vanadium, t. zw. fagocarciny: z dosyć dodatnim wynikiem stosowano ten preparat w ra u żołądka. Wyłącznie do użytku zewnętrznego, gdy chodzi o szybkie zabliznienie rany — używa się vanadioseptol (środek silnie dezynfekujący) lub vanadioform w proszku.

Do sterylizacji środków opatrunkowych, do przepłukiwań ran ropnych używa się roztworu 10 ctm. vanadioseptolu na 300 ctm. wody.

Bardzo odpowiednim środkiem do gojenia ran wskutek oparzeń jest vaseptol *per se*. Vanadiol używa się po 10 kropel dwa razy dziennie. Vanadiserum podskórne 1 ctm.

Vanadioseptol *per se* na rany lub w roztworze 10 : 300 do obmywań

Doświadczenia, robione z preparatami vanadium, wypadają bardzo zachęcająco.

Obserwacje ze szpitala Beaujan, podane przez doktora SCHUELLENBACH'a „Die neueste Behandlungsmethode der Tuberculose u. der schweren Diathesen mit Vanadiumpräparaten“ 1903 r. bardzo przemawiają za stosowaniem tych preparatów. Stosowano w rakach żołądka fagocarcinę — wymioty ustawały, krew się nie pokazywała, apetyt i siły wracały.

Stosowano w gruźlicy — apetyt, siły powracały, obiektywne symptomy choroby zmniejszały się lub zupełnie znikaly.

Stosowano w neurastenii z dobrym wynikiem; przy wymiotach podczas ciąży, przy objawach dyspeptycznych — zawsze skutek był zadowalający.

Pozwolę sobie jedno z tych spostrzeżeń przytoczyć *in extenso*:

Pan P. lat 27, tbc. 3 stopnia. Ojciec chorego zmarł na gruźlicę. Sam chory już od 4 miesięcy leży w łóżku. Karetą przywieziony został do sanatorium. W ciągu ostatnich 12 dni musia-

Data	Waga w kil.	Tętno	OBSERWACJE
1900			
I. 8	53	120	
II. 1	54	116	
II. 10	54.5	116	
II. 28	54.6	104	
III. 10	55.4	100	
III. 16	55.5	96	
III. 19	55.8	94	
III. 24	56.2	92	
III. 28	56.2	90	
IV. 4	56.2	92	
IV. 12	56.2	90	
IV. 26	56.2	92	
V. 9	56.	96	
V. 19	56.	92	
V. 25	56.	96	
V. 26	56.	88	
V. 28	56.	96	
VI. 5	56.	92	
VI. 12	56.	92	
VI. 14	56.	92	
VI. 27	55.1	100	
VII. 5	55.6	96	
VIII. 1-20	56.5	96	
VIII. 30	57.	96	
IX. 10	57.3	92	
IX. 15	57.5	84	

Od 1 lutego chory odbywa pieszo sam drogę od sanatorium do dworca, w towarzystwie swej siostry. Kuracja ciąga vanadiolem, vanadiserum, inhalacjami z vanadiolu. Znaczna poprawa apetytu od 15 lutego. Znaczna poprawa w obu płucach. Chory czuje się lepiej.

Kwiecień. Bóle w piersiach ustąpiły. Apetyt dobry. Chory miał liczne gruźlicze wrzody. Do wrzodów zastrzykiwano vanadioseptol. Owe wrzody wkrótce znikły. Zawartość wrzodów była badana bakteriologicznie przed i po zastrzykiwaniach w probówkach z żelatyną. Probówki, w których zasiano płyn przed zastrzykiwaniem vanadioseptolu, wykazywały kulturę laseczników tbc., probówki zaś, w których robiono zasiew po zastrzykiwaniach, nie przedstawiały żadnych kultur chorobotwórczych bakterii.

no mu pomagać przy chodzeniu. Jamy w prawym wierzchołku. Ponowny *bronchitis* przechodził 15 października 1899 r.

Stosowano vanadiol, raczej pochodne vanadium, w chlorozie, w gruźlicy, anemii, w diabetes, w chronicznym reumatyzmie z dobrym skutkiem.

We wszystkich tych przypadkach vanadiol odgrywa rolę środka silnie utleniającego.

LYONNET mówi: „vanadiol rozkłada się, ustępując tlen substancjom, trudno się utleniającym, następnie rekonstruuje się kosztem substancji, które oddają mu swój tlen. Zrekonstruowany vanadiol znowu się rozkłada i t. d., vanadiol jest zatem preparatem, przynajmniej teoretycznie, bez przerwy utleniającym.

Mając teoretyczne uzasadnienie działania vanadiolu, sprawdziwszy chemicznie obecność metalu vanadium w przetworach i czytając o dodatnich wynikach przy stosowaniu tych przetworów, próbowałem ich w klinice ginekologicznej w szpitalu św. Ducha w Warszawie. Stosowałem w gruźlicy, w histero-neurastenii, w objawach dyspepsy, w metrytach chronicznych kataralnych i w bardzo licznych przypadkach *erosiones colli uteri*. W tym ostatnim przypadku gojenie się następowało zadziwiająco szybko, jak to stwierdzali wraz ze mną koledzy, pracujący w oddziale.

A oto podaję parę luźnych spostrzeżeń:

1) B. W. lat 28. Rozpoznanie: gruźlica, *metritis post abortum*. Stosowano vanadioserum i vanadiol — kaszel zmniejszył się widocznie, również poty, apetyt powrócił.

2) A. U. lat 29. Rozpoznanie—*cysta ovarii* (laparotomia). Z powodu trudności technicznej natury podczas operowania i długotrwałej operacji założony był do otrzewny worek MIKULICZA. Po wyjęciu worka rana była leczona antyseptycznie vanadioseptolem. Zagojenie nastąpiło po kilku dniach.

3) E. G. lat 20. *Retroflexio uteri, cat. apicum pulm.*, brak apetytu, ogólne osłabienie. Da-

wano vanadiol — po 10 dniach apetyt dobry, siły powracały.

4) S. R. lat 30. *Salpingoophoritis purulenta duplex*. Histerya. (Laparotomia). Stosowano vanadiol, vanadioserum w ciągu 4 tygodni. Apetyt już po kilku dniach był wyborowy, siły powracały szybko, i objawy histeryi znikły.

5) K. P. lat 43. *Carcinoma uteri*. Chora przyszła do szpitala z silnym krwawieniem i cuchnącą wydzieliną. Po wyskrobaniu *cavum uteri* parokrotnie było smarowane vanadioseptolem — po tygodniu wydzielina była prawie bez woni, i krwawienia więcej nie było. Po paru tygodniach wypisała się ze szpitala.

6) T. K. lat 30. *Cervicitis, metritis, erosiones colli*. Stosowano miejscowo vanadioseptol. Po 2 tygodniach została chora wypisana ze szpitala zupełnie zdrową.

7) E. P. lat 35. *Parametritis suppurativa* (w dole DOUGLAS'A wysięk ropny). Zrobiono *colpotomiam posteriorem*. Gruźlica. Silny kaszel, brak apetytu, ogólne osłabienie. Stosowano vanadiol i vanadioserum. Apetyt powrócił po kilku dniach, i chora jadła nocami, aby głód zaspokoić. Siły szybko powróciły. Kaszel ustąpił. Po paru miesiącach widziana, cieszyła się zupełnym zdrowiem.

8) R. Sz. lat 20. *Peritonitis tuberculosa (ascites)*. (Laparotomia). Stosowano vanadiol, vanadioserum. Siły powracały szybko, i po 3 tygodniach chora wypisana została ze szpitala ze znaczną poprawą.

9) E. Sz. lat 17. *Peritonitis tuberculosa, ascites* (laparotomia). Stosowano vanadiol i vanadioserum. Apetyt i siły powracały szybko. Po 2 miesiącach wypisała się ze szpitala znacznie zdrowszą.

10) F. G. lat 23. Ropień w *cavum Retzii post partum*. Zrobiono cięcie, ropę wypuszczono. Wnętrze rany smarowano vanadioseptolem. Po 3 opatrunkach ani śladu ropy, rana zagoiła się szybko.

11) K. *Metritis post partum*. Osłabienie ogólne. Vanadiol przywrócił apetyt i siły. Przypadek ten ciekawy jest z tego względu, że chora przez pomyłkę wypila od razu 5 grm. vanadiolu, a jednak żadnych skutków ujemnych, prócz przestachu, to za sobą nie pociągnęła. To może być dowodem, jak mało trujące są wyżej stosowane przetwory.

We wszystkich przypadkach uważałem, jako stałe zjawisko stosowania vanadiolu i vanadioserum, zwiększanie się apetytu i sił, a przy stosowaniu vanadioseptolu przy opatrunkach ran — szybkie się ich gojenie.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

52 VOELCKER i JOSEPH. Funkcyjnalna dyagnostyka chorób nerkowych bez katetyzacji moczowodów.

Pomimo znacznego udoskonalenia w ostatnich latach dyagnostyki chorób nerkowych dość często zdarzają się przypadki, w których rozpoznanie musi pozostać niepewnem. Niedawno temu ISRAEL poddał ostrej krytyce najnowsze metody rozpoznawcze w dziedzinie patologii nerek. Niejednokrotnie klinika nie otrzymuje od nich zadawalającej odpowiedzi na swe zapytania. Metody owe wymagają nadto kosztownych przyrządów, które nie dla każdego są dostępne, skutkiem czego znaczna większość chirurgów częstokroć obywa się bez cewnikowania moczowodów, kryoskopii moczu i krwi, zastrzykiwań florydżyny i t. p. Za najważniejszą zdobycz na polu dyagnostyki urologicznej uważać należy wzziernikowanie pęcherza moczowego. Cystoskop stał się przyrządem tak samo niezbędnym, jak wzziernik krtaniowy lub zgłębnik żołądkowy. Natomiast katetyzacja moczowodów, jako zabieg dość trudny i wielkiej wprawy wymagający, nie zdołała zaskarbić sobie ogólnej sympatii. Dane rozpoznawcze, przez cystoskopię dostarczane, mogłyby znacznie na wartości zyskać, gdyby się udało strumień moczu, wytryskający z moczowodów, widoczniejszym uczynić.

Myśl zastosowania barwników dla celów dyagnostyki chorób nerek nie jest nowa. Niektórzy zastosowali w tym celu błękit metylenowy (ACHARD, CASTAIGNE i in.), lecz barwnik ten wydziela się z moczem bardzo nieregularnie: bądź wcześniej, bądź później, raz zabarwienie moczu jest słabe, drugi raz silne, niekiedy zabarwienie na pewien czas zupełnie znika i t. d. Bardzo często słabe zabarwienie moczu, wyciekającego z moczowodów, jest zaledwie słabo zielonkawe, co nam bynajmniej nie ułatwia odnalezienia moczowodów. Zjawiska powyższe zależne są od tego, że znaczna część błękitu metylenowego zostaje z moczem wydzielona w postaci bezbarwnych leukoproduktów.

Mając na względzie wzmiankowane wady błękitu metylenowego, V. i J. postanowili zastąpić go jodkiem potasu, przyczem pęcherz moczowy przed cystoskopowaniem napełniali roztworem krochmalu, dodawszy do klajstru pewną ilość nadtlenu wodoru. Spodziewano się, że mocz, zawierający KJ, w chwili wyciekania z moczowodów da z klajstrem natychmiast zabarwienie niebieskie, co umożliwi szybsze odszukiwanie ujść moczowodów, zarówno jak badanie innych własności wyciekających z moczowodów strumieni. Sposób ten jednak okazał się niepraktycznym i wkrótce zarzucony został.

Autorowie zwrócili się na nowo do barwników, lecz pozostawili zupełnie na stronie grupę barwników anilinowych, gdyż jedne z nich, jak błękit metylenowy, zbyt łatwo w ustroju się zmieniają, inne, jak czerwień obojętna (Neutralrot), są jadowite.

Zupełnie odpowiedni dla celów dyagnostycznych barwnik V. i J. znaleźli w indygokarminie, barwniku, który w fizjologii nerek (HEIDENHAIN) tak zaszczytną odegrał rolę. Zalety tego barwnika polegają na tem, że, będąc zastosowany w małych dawkach, wydziela się prawie wyłącznie przez nerki, podczas gdy pot, ślina, żółć, stolce pozostają niezabarwione. Dalej barwnik ten nie jest trujący nawet w znacznych dawkach, należy jednak naturalnie zaopatrzyć się w czyste preparaty. Ogromną zaletę stanowi także to, że indygokarmin nie zmienia się w ustroju, nie przechodzi w leukoprodukty. Krzywa wydzielania się indygokarminu jest, w przeciwstawieniu do błękitu metylenowego, bardzo typowa.

Za każdym razem autorzy przygotowują świeży roztwór 4% indygokarminu, który się ogrzewa i wstrzykuje w ilości 4 ctm. w mięśnie pośladkowe. Przy zastrzykiwaniu w tkankę podskórną pozostaje na długi czas niebieskie zabarwienie skóry. Ból przy powolnem wstrzykiwaniu jest bardzo nieznaczny. Dużo zależy od dobroci preparatu. Po długich próbach wybór autorów padł na *carminum coeruleum* (ident. z indygotyną I i indygokarminem) firmy Brückner, Lampe i Co. Barwnik łatwo daje się w bieżącej parze wyjałowić, poczem rozpuszcza się tuż przed użyciem w jałowym roztworze soli kuchennej w wyjałowionej próbówce. Wstrzykiwana ilość (0,16 g.) indygokarminu jest zupełnie nieszkodliwa i żadnego odczynu zapalnego, jak również zaburzeń ogólnych, nie wywołuje.

W 20 minut po zastrzyknięciu barwnika mamy już największe natężenie zabarwienia moczu. Niezmiernie wyraźnie widzimy, jak ujście moczowodu wypycha od czasu do czasu strumień niebieskiego moczu, który z pewną siłą wrzucony zostaje do pęcherza w kierunku do linii środkowej, jak on stopniowo się rozpuszcza, rozszerza w obłoczek i spada na dno pęcherza. Gdy oddalamy pryzmat od ujść moczowodów, możemy jednocześnie obserwować oba ujścia i przekonać się, że rzadko tylko działanie obu moczowodów odbywa się jednocześnie. Nie tru-

dno jest wogóle, mając pewną wprawę, dostrzedz strumień niezabarwionego moczu, wytryskujący z moczowodów, zwłaszcza wtedy, gdy zastosowane zostały środki moczopędne. Trudniejsze jest spostrzeganie, gdy czynność nerek jest powolna. Cystoskopowanie przy moczu zabarwionym jest o wiele wyraźniejsze, pewniejsze i wygodniejsze, gdyż pozwala nawet człowiekowi niewprawnemu oznaczać okres czasu między oddzielnymi skurezami, oceniać siłę wyciekającego strumienia oraz natężenie jego zabarwienia.

Metoda V. i J. może w klinice oddać rzetelne usługi. Już samo zabarwienie moczu uretralnego zdolne jest w niektórych przypadkach rozstrzygnąć wątpliwości, które na innej drodze niełatwoby mogły być usunięte. W jednym przypadku, w którym błona śluzowa pęcherza pokryta była bardzo licznymi owrzodzeniami gruczołowymi, ujścia moczowodów do tego stopnia były zamaskowane, że ich cewnikowanie najwprawniejszemu lekarzowi nie udało się. W tym przypadku stwierdzono powiększenie i bolesność prawej nerki, gorączkę o typie stałym, po większej części jednak o typie zwalnającym. Badanie moczu wykazało obecność ropy i laseczników gruczołowych. Od kilku dni przyłączyły się objawy mózgowie (*sopor, delirium*). Sądzone początkowo, że ma się do czynienia z mocznicą, i zamierzano już przystąpić do nacięcia, względnie wycięcia prawej nerki, którą uważano za ciężko cierpieniem dotkniętą. Cystoskopowanie jednak po uprzednim zastrzyknięciu indygokarminu wykazało, że z prawego moczowodu wyciekał mocz zabarwiony na niebiesko, z lewego zaś nie się nie wydzielało. Dalsze spostrzeganie pozwoliło uznać objawy mózgowie za wyraz gruczołowego zapalenia opon mózgowych. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono gruczołki prosówkowe na podstawie mózgu, w płucach, wątrobie i śledzionie. Co się tyczy nerek, to lewa, uważana przed cystoskopowaniem za zdrową, była całkowicie serowato wyrodniała, prawa zaś, którą chciano naciąć, była jedynym w całym ciele zdrowym narządem, dotkniętym tylko umiarkowanym rozszerzeniem miedniczki i moczowodu. Była ona znacznie przerośnięta, nigdzie zaś gruczołków nie okazywała. Rozszerzenie miedniczki wywołane zostało przez ucisk moczowodu ze strony zgrubiałej

i gruźliczo zwyrodniałej otrzewny. Ujścia moczowodów ze strony pęcherza nie mogły być znalezione nawet na stole sekcyjnym. W tym przypadku cewnikowanie moczowodów byłoby najpewniej niewykonalne. Czy zaś segregator (separator) moczu dałby tak jasne wyniki, jak niewinne zastrzyknięcie szpryki indygo-karminu, jest w każdym razie wątpliwe.

W drugim przypadku miało się do czynienia z krwimoczem, od dość dawna trwającym. Przy cystoskopowaniu stwierdzono obecność brodawczaka (*papilloma*), który siedział nad ujściem lewego moczowodu. Umieszczenie to nasunęło pytanie, czy brodawczak w pęcherzu nie jest przerzutem pierwotnego brodawczaka, usadowionego w lewej nerce. Niepodobna było przytem rozstrzygnąć kwestyi, czy źródło krwawienia tkwi w pęcherzu, czy w lewej nerce, czy wreszcie w obu narządach. A kwestya ta ważna była z tego względu, że, gdyby nowotworem dotknięta była pierwotnie nerka, wszelka operacya byłaby bezużyteczna, w razie zaś gdyby brodawczak ograniczył się tylko do pęcherza, operacya (usunięcie brodawczaka) mogłaby chorą uratować. Wątpliwości rozwiązało wzziernikowanie pęcherza po zastrzyknięciu chorej indygo-karminu. Z zagłębienia brodawczaka wytryskiwał w prawidłowych odstępach czasu mocz czysty, niebieski, tak samo zabarwiony, jak mocz z drugiego moczowodu. Pozwoliło to wyłączyć nerkę, jako źródło krwawienia. Po usunięciu brodawczaka pęcherza za pomocą *sectio alta* krwawienie ustało. I w tym przypadku wprowadzenie cewnika do lewego moczowodu przez brodawczak byłoby niemożliwe, a separator moczu wątpliwosci by nie usunął.

Jeśli liczba przypadków podobnych do wyżej przytoczonych jest niewielka, to bardzo liczne są przypadki, w których metoda V. i J. ma przed innemi to pierwszeństwo, że jest bardzo prosta. Nie można prościej i bardziej przekonująco dowieść istnienia lub braku drugiej nerki albo też zdwojenia moczowodu, niż za pomocą stwierdzenia obecności lub braku niebieskiego strumienia. Że cystoskopia przy niezabarwionym moczu jest niepewna, dowodzi choćby przypadek STEINTHAL'a, w którym wycięto prawą, gruźliczo zwyrodniałą nerkę, gdyż przy cystoskopowaniu widziano czysty płyn, wyciekający z lewego moczowodu. Chorą nazajutrz

po operacyi zmarła. Na miejscu lewej nerki znaleziono worek z czystym płynem. Metoda V. i J. w tym przypadku uchroniłaby napewno od błędu. Autorowie przytaczają jeszcze inne przypadki, w których metoda ich cenne usługi oddała.

Użycie indygo-karminu pożyteczne jest dalej w tych przypadkach, w których ujścia moczowodów są źle widzialne lub trudno dostępne, jak np. przy przeroście gruczołu krokowego. Zarówno cewnikowanie moczowodów, jak i zastosowanie separatora natrafia tu na trudności. Takie trudności występować mogą również w guzach macicznych i przymacicznych, które przemieszczają dno pęcherza i kształt pęcherza zmieniają. Kombinowanie cystoskopii z zastrzykiwaniem indygo-karminu pozwala wówczas określić położenie ujść moczowodów i wyprowadzić wnioski, dotyczące funkcji nerek.

Metoda V. i J. daje możność dokładnego spostrzegania typu wydzielania moczu z moczowodów, a tem samem dostarczyć nam może takich danych, jakich żadna inna metoda nie daje. Długie okresy między oddzielnymi skurczami jednego moczowodu, mniejsza siła, z jaką strumień z tej strony wytryskiwał i t. d., pozwoliły autorom w jednym przypadku rozpoznać ucisk jednego moczowodu. Spostrzeganie typu wydzielania oddaje wielkie usługi przy rozpoznawaniu jednostronnego cierpienia nerek i pozwala nawet na rozpoznanie czynnościowego przerostu zdrowej nerki, a to na zasadzie krótkich okresów (5—8—10—12 sekund) między oddzielnymi skurczami, znacznego natężenia skurczów, skutkiem których mocz wrzucony zostaje daleko do jamy pęcherza. Autorowie przytaczają spostrzeżenia, w których stwierdzili ten przerostowy typ wydzielania, co skłoniło do temśmielszego wycięcia chorej nerki.

Z danych powyżej przytoczonych wynika, że metoda V. i J. przy całej swej prostocie jest bardzo pożyteczna, a w niektórych razach nawet niezastąpiona.

(München. med. Wochenschr. Nr. 48. 1903).

S. P.

53. MEYER. Leczenie padaczki bromem.

Zalecony przez RICHET'a i TOULOUSE'a w r. 1889 sposób leczenia padaczki odpowiednią dyetą miał na celu zamianę dostarczanych ustrojowi w pokarmach chlorków przez brom, który

przez to dłużej zatrzymuje się w ustroju i wywiera szybsze, dłuższe i siniejsze działanie. Dyeta była następująca: 100 ctm. mleka, 300 grm. mięsa wołowego, 300 grm. kartofli, 200 gr. mąki 5 jaj, 50 grm. cukru, 100 grm. kawy, 40 grm. masła; wszystkie pokarmy były przyrządzone bez soli; choremu najwyżej dozwolono 2 grm. NaCl *pro die*. BALINT wprowadził pewne zmiany, a mianowicie: mięsa zupełnie nie dawał, a do solenia chleba użył bromu (1,0 na 100 grm. chleba), chleb ten przez niego nazwany został bromopanem. Dyeta metodą BALINT'a była następująca: 1000—1500 ctm. mleka, 40—50 grm. masła, 3 jaja (niesolone), 300—400 gr. chleba (t. zw. 3 bromopany), owoce, co czyniło 2400 kaloryi + 2,0 NaCl + 3 gr. NaBr. Metodę swą BALINT stosował u 24 chorych w ciągu 30—40 dni z pomyślnym skutkiem u 70% i gorąco ją zaleca nie tylko chorym z padaczką, lecz i chorym nerwowym. RUMPF, LANDENHEIMER i HONDO (czynili doświadczenia z tą metodą. L. i H. dowiedli, iż przy wyłączeniu soli kuchennej z pokarmów w samej rzeczy ma miejsce powolniejsze wydalanie z ustroju bromu, które się wzmacnia natychmiast po wprowadzeniu do ustroju soli kuchennej; zatrucia bromem R. i H. nie widzieli. HELMSTADT na zasadzie swoich spostrzeżeń dochodzi do wręcz przeciwnych wniosków. Stosował on metodę RICHER'a i TOULOUSE'a w 18 przypadkach i spostrzegał częstsze napady padaczki przy dyecie bez soli, natomiast polepszenie przy zwiększeniu dawek bromu z jednoczesnym wprowadzeniem do ustroju większej ilości soli kuchennej. Dobre wyniki od stosowania metody RICHER'a i TOULOUSE'a HELMSTADT przypisuje leczeniu w zakładzie i dyecie mlecznej; oba te czynniki same już wywołują polepszenie, a tembardziej przy jednoczesnym stosowaniu bromu. H. jest prędzej skłonny mniemać, iż dobrych wyników należy się więcej spodziewać od wprowadzenia soli kuchennej do ustroju, powołując się na jej działanie moczopędne i dobre skutki wlewań roztworów soli kuchennej w *status epilepticus*. SCHLOSS, BEACH i inni również powstają przeciw metodzie RICHER'a i TOULOUSE'a. Zdaniem ich, zmniejszenie się NaCl w ustroju, chwilowe tylko polepszenie i rychły nawrót napadów, wstręt chorych do dyety, i niebezpieczeństwo otrucia bromem, wszystko to przemawia przeciw metodzie. Większość jednak badaczy otrzy-

wała dobre wyniki od stosowania metody R. i T. SCHAEFER po zastosowaniu tej metody w ciągu 8—14 dni spostrzegał brak zupełny napadów podczas leczenia u 3 chorych z ciężką padaczką, i nawrót natychmiast w 6—9 dni po przerwaniu leczenia. W ostatnich czasach BALINT zmienił nieco swoje postępowanie z chorymi, by uniknąć zatrucia bromem i wstrętu chorych do diety. Kierując się stanem odżywiania chorego, siłą działania bromu, częstością napadów, B. modyfikuje każdy raz swą metodę. Przy częstych napadach B. ściśle przestrzega przepisów dyetycznych; przy zmniejszaniu się wagi wskutkiem wstrętu do diety lub przy zatruciu dodaje B. nieco mięsa, jarzyn, potraw mącznych. Brom stosuje B. u starszych w ilości 3—4 gr. *pro die*, u dzieci 1—1½. Wyniki otrzymywał B. dobre.

Autor czynił spostrzeżenia na 4 osobnikach: 2 mężczyznach i 2 kobietach, dotkniętych padaczką ciężką od 20 lat z napadami prawie codziennymi, u jednego chorego napady *petit mal*. 4 tygodnie przed rozpoczęciem leczenia autor nie stosował żadnych środków, by mógł obserwować napady w ich pierwotnym natężeniu. Dyeta chorych składała się: z kakao lub kawy na wodzie, mleka, jaj niesolonych, bromopanu i nieco owoców. Po leczeniu chorej z napadami *petit mal*, które występowały tylko podczas miesiączki, napady te zupełnie ustały, u innych chorych napady stały się rzadsze i lżejsze. Jeden z chorych z napadami codziennymi był leczony w ciągu roku z przerwami 14 dniowemi. Okresów w leczeniu było pięć: okres I, leczenie dyetą i bromopanem w ciągu 4 tygodni (3,0 NaBr *pro die*); z początku w ciągu 10 dni częste napady, poczem brak napadów w ciągu 21 dni; w ostatnich dniach 1,5 NaBr *pro die*, poczem dawki bromu przerwano; po kilku dniach znów napady, jak dawniej. Okres II. Pożywienie zwykle z dawkami bromu od 3,0, ciągle powiększając do 8,0 i znów zmniejszając do 3,0 aż do zupełnego przerwania dawek, co trwało 7—8 tygodni. Rezultat: dopiero po 4 tygodniach (przy 8,0 NaBr) ustąpiły napady na 20 dni, przy zmniejszeniu dawki do 3,0 znów napady, które po przerwaniu NaBr stały się częstsze. Stopniowo typ napadów się zmienił o tyle, że zdarzały się dni wolne od napadów. Okres III. Zwykle pożywienie, opocerebrina POEHL'a, w ciągu 6 tygodni zmiany żadnej. Okres IV. Bromopan 3,0 *pro die* w ciągu

8 tygodni; po 14 dniach napady ustąpiły na 2 $\frac{1}{2}$ miesiąca. Okres V. 5 tygodni bez leczenia, napady bardzo rzadkie.

Leczenie znosili chorzy autora dobrze, waga ciała się zwiększyła. Wstręt do diety udawało się autorowi wpływem swym przezwyciężyć. Otrucie wystąpiło tylko raz jeden i to przy końcu leczenia. Dobrych wyników w przypadkach autora nie można przypisywać ani pokarmom roślinnym, ani też pobytowi w zakładzie, jak poucza 4-tygodniowy okres obserwacyjny, który poprzedzał leczenie i który wpływu żadnego na stan chorych nie wywarł. Że w przypadkach autora dobre wyniki należy przypisać metodzie RICHET'a i TOULOUSE'a, przez niego zastosowanej, dowodzi brak napadów w okresach zmniejszonego dostarczania ustrojowi soli kuchennej wraz z bromem i zjawienie się ich w okresie leczenia cerebriną i w okresie, gdy chory nie był wcale leczony. Bezsprzecznie napady podczas leczenia się zdarzały, lecz wiele straciły one na sile. Co się tyczy dawki bromu, autor mniema, iż 3,0 *pro die* w zupełności wystarcza. Za najpraktyczniejszy autor uznaje

sposób pozostawienia chorym pewnej ilości na dobę soli bromowej „do solenia“ pokarmów. Chorego należy utwierdzić w mniemaniu, że mu dano rzeczywistą sól kuchenną.

Ponieważ, według doświadczeń HONDO, wraz ze zwiększonym dostarczaniem soli kuchennej ustrojowi zwiększa się szybko i wydalanie przez ustrój bromu, przeto, by uniknąć zbyt wielkich i nagłych wahań, co, być może, jest przyczyną szybkich nawrotów, należy trzymać się sposobu LAUFER'a: wraz ze zwiększonym wprowadzeniem soli kuchennej, należy zwiększać dawki bromu prawie wdwojnásób, a następnie powoli znów zmniejszać. Można postępować i inaczej: zmniejszać powoli dawki bromu przy dalszem przestrzeganiu diety. Autor radzi po wyzdrowieniu chorego powtarzać kilkakrotnie leczenie metodą RICHET'a i TOULOUSE'a w pewnych odstępach czasu. W końcu autor nadmienia, iż od stosowania opocerebriny żadnych rezultatów nie otrzymywał.

(Berlin. klin. Wochenschrift. Nr. 46).

M. Goldflam.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Ograniczone sprawy zapalne okrężnicy (sigmoiditis, perisigmoiditis, pericolicitis exsudativa).

Podał

S. PECHKRANC.

Sprawy zapalne wysiękowe, mające punkt wyjścia w okrężnicy, spotykamy najczęściej w prawym dole biodrowym. Są to dobrze znane zapalenia okołokątnicze, występujące w następstwie spraw zapalnych wyrostka robaczkowego (*appendicitis*, podług nowego mianownictwa *epityphlitis*). Mniej natomiast znane są zapalenia w innych odcinkach kiszki grubej, zapalenia,

które nieraz nie ograniczają się błoną śluzową i podśluzową, lecz przechodzą na błonę surowiczą, wywołując ograniczone wysięki, umiejscowione w rozmaitych okolicach brzucha. Najczęściej z lokalizacji tych wysięków jest lewy dół biodrowy, a za punkt wyjścia ich uważać należy sprawę zapalną zgięcia esowatego (*sigmoiditis*) i przylegających odcinków okrężnicy zstępującej.

Na zapalenie odcinka esowatego pierwszy uwagę zwrócił w r. 1893 MAYOR. Opisał on kilka przypadków tego cierpienia i podał symptomatologię tegoż. Wkrótce z różnych stron ukazały się takie same spostrzeżenia, przyczem rychło przekonano się, że cierpienie to bynajmniej do

rzadkich nie należy. W podręcznikach pomimo to nie znajdujemy o niem żadnych wzmianek albo tylko bardzo pobieżne, a niektórzy, jak EWALD, sądzą, że mamy tu do czynienia li tylko z nową nazwą dla rzeczy, oddawna znanej, mianowicie, z umiejscowionym nieżytem pewnego odcinka okrężnicy. Poniżej przekonamy się, na mocy obrazu klinicznego oraz zmian anatomo—patologicznych, że pogląd taki jest błędny. Zresztą w ostatnich pracach EWALD zmienił swe zapatrywanie

Obraz kliniczny ostrego zapalenia zgięcia esowatego jest b. charakterystyczny. Choroba zaczyna się zazwyczaj nagle gorączką, niekiedy dreszczami, bólem głowy, ogólnem rozłamaniem, bólami w krzyżu oraz ogólnem osłabieniem. Ze strony brzucha w jednych przypadkach mamy ból w podbrzuszu albo w lewej stronie śródbrzucha, w innych, jak np. w paru przypadkach BITTORF'a, żadne objawy podmiotowe nie zwracają uwagi lekarza na brzuch. W wielu przypadkach istnieje niewielkie zresztą wzdęcie okolicy podbrzuszej, a przy obmacywaniu wyczuwamy w lewym dole biodrowym wzdłuż zgięcia esowatego zgrubienie, które ginie tuż nad wejściem do miednicy małej. To walcowate zgrubienie jest bolesne przy ucisku. Wypróżnienia w początku choroby są zwykle zaparte. Pierwsze stolce przedstawiają zbite, ciemne masy, następne są papkowate i ze śluzem zmieszane. Po kilku dniach cierpienie najczęściej kończy się wyzdrowieniem, przyczem wrażliwość wzmiankowanej okolicy na ucisk pozostaje jeszcze niekiedy na dni kilka. Możliwe są i nawroty cierpienia, najczęściej pod wpływem jakiegoś wykroczenia w dyecie lub zbyt wczesnego wstania z łóżka i t. d. W przypadkach z większym wysiękiem choroba może się znacznie przedłużyć, a w razie obecności ropnego wysięku dochodzi do zabiegu chirurgicznego, albo też ropa opróżnia się do kiszki (przyp. MAYOR'a).

Zachowanie się ciepłoty jest niestałe. Gorączka należy do stałych objawów *sigmoiditis acutae*, choć niekiedy jej brak, jak np. w 2 przypadkach MAYOR'a. EDLIFSEN żąda koniecznie obecności gorączki dla ostrego zapalenia zgięcia, a przypadków MAYOR'a, w których gorączki nie było (1 i 4), nie chce zaliczyć do zapalenia ostrego, przyjmując dla jednego z nich zapalenie przewlekłe. Określony typ gorączki nie da

się ustalić. Niekiedy istnieją krótkotrwałe, mniej lub więcej znaczne podniesienia ciepłoty, w innych przypadkach—gorączka, dłużej trwająca, zwalniająca lub ciągła. W *sigmoiditis chronica* gorączki, naturalnie, bardzo często niema.

Do objawów niestałych należy ból w podbrzuszu. Można powiedzieć nawet, że silniejszego samoistnego bólu w lewym podbrzuszu b. często zupełnie brak. Natomiast jednym z najstałych objawów jest wzmiankowana już wrażliwość na ucisk, ograniczona, cylindryczna odporność w okolicy zgięcia esowatego. W przewlekłych przypadkach może nie być i odporności, istnieje wówczas tylko ograniczona bolesność przy ucisku.

Rzadko notowana jest w wywiadach skłonność do zaparcia stolca. W przebiegu samej choroby wypróżnienia są charakterystyczne (patrz wyżej). Wydatniejszego wzdęcia brzucha oraz znaczniejszych zaburzeń żołądkowych często brak. Zwiększoną zawartość indykanu w moczu spotykamy prawie stale.

Rozpoznanie opiera się na bolesnej przy ucisku odporności, odpowiadającej położeniu i przebiegiem zgięciu esowatem i dolnemu końcowi okrężnicy zstępującej, oraz na charakterystycznych wypróżnieniach przy towarzyszeniu gorączki i zaburzeń stanu ogólnego.

Trudności różniczkowo-rozpoznawcze bywają niekiedy b. znaczne, szczególnie, gdy chodzi o rozpoznanie przewlekłego zapalenia zgięcia esowatego. Należy przede wszystkim wystrzegać się następujących pomyłek: nie brać za zgrubiałą pętlicę brzegu *m. ileo-psoatis*, następnie nie uważać skurzonego zgięcia za zgrubienie w następstwie sprawy zapalnej. Skurecz zgięcia, jak zresztą i innych odcinków kiszki, zdarza się dość często u osób wrażliwych, szczupłych, z cienkimi ścianami brzuszniemi. Znika on zazwyczaj pod wpływem ciepłego okładu, ciepłej kąpieli lub czopka z belladonną i makowcem. Długotrwały stan skurezu uwarunkowany jest prawie wawsze miejscowem podrażnieniem kiszki: sprawą zapalną lub wrzodziejącą, polipem, guzem żyłakowym, szczeliną dolnego dcinka kiszki lub sąsiednich narządów, przyczem rektoskopia w pierwszym razie może okazać się przy rozpoznaniu bardzo pomocną. Innym razem przyczyną długotrwałego skurezu mogą być stany podrażnienia ośrodkowego układu nerwowego np. w wiadzie rdzenia, przewlekłym zapaleniu opo-

histerii. Zdarza się także, że skurecz okrężnicy zstępującej, wzgl. zgięcia esowatego, zjawia się jako odruch przy wyżej położonych cierpieniach kiszek. Bardzo przekonujący pod tym względem jest opisany przez EWALD'a przypadek, w którym ograniczony skurecz *flexurae sigmoideae* wystąpił jako odruch, którego punktem wyjścia był nowotwór zgięcia wątrobowego*).

Do pomyłek rozpoznawczych może dać powód także nagromadzenie zbitego kału w okrężnicy zstępującej i zgięciu esowatem. Środki czyszczące i wlewania często nie wystarczają do wydalenia tych twardych mas kałowych. Rozpoznanie ich obecności opiera się między innymi na tem, że sięgają zwykle prostnicy, w której łatwo stwierdzić się dają. Jeśli środki przeczyszczające i wlewania nie prowadzą do celu, to należy kilka twardych kłębow wygarnąć palcami, poczem za pomocą dalszych wlewań udaje się wyżej leżące masy kałowe wydaląć. W rzadkich przypadkach masy kałowe są stosunkowo miękkie. Charakterystyczna dla nich jest pewna plastyczność, ugniatalność, tak że palcami przez powłoki brzuszne udaje się w nich wycisnąć pewne zagłębienie. Objaw GERSUNY'ego, t. j. stwierdzenie przez powłoki brzuszne przylegania, przylepiania się wciśniętej ściany kiszkiwej do mas kałowych, ma znaczenie b. wątpliwe, a przez BOAS'a i EWALD'a objaw ten nigdy spozstrzegany nie był. Wyłączenie guzów kałowych i różniczkowanie ich od wysięku wymaga często dłuższej obserwacji i wykonania powyżej wzmiankowanych rękoczynów.

Wiadomo, że dłuższy zastój kału, połączony ze sprawami rozkładowymi, sam przez się wywołać może gorączkę i zaburzenia stanu ogólnego, zależne od zatrucia ustroju wytworami rozkładu. Otóż objawy, które pozwalają nam odróżnić zapalenie zgięcia esowatego z zastojem mas kałowych od zwykłej kaprostaty bez towarzyszącej sprawy zapalnej, polegają na tem, że w razie obecności zapalenia pozostaje w lewym dole biodrowym, po wydaleniu wyżej opisanymi sposobami mas kałowych, mniej lub więcej

wyraźna rezystancja z ograniczoną do *S. iliacum* bolesnością przy ucisku.

Różniczkowanie *sigmoiditis et perisigmoiditis acutae* od nowotworów odcinka esowatego żadnych trudności zwykle nie przedstawia. Trudniejszą jest sprawa z odróżnianiem zapalenia przewlekłego od nowotworu. Co się tyczy nowotworów rakowych zgięcia esowatego, to pamiętać należy, że one rzadko dają tu powód do występowania większych guzów, gdyż charakterystyczne dla tego odcinka kiszek są twarde włókniste raki (*scirrhus*): na 12 przypadków raka *flexurae sigmoideae* EWALD ani razu nie spostrzegł innej formy. Różniczkowanie *sigmoiditis chronicae* od nowotworów *flexurae* winno opierać się na dłuższej obserwacji i starannem rozważeniu wszystkich objawów, przy czem nie należy zapominać, że przy raku stan ogólny przez długi czas może pozostać zadawalającym. Stopniowa jednak utrata na wadze, małokrwiistość, obrzęk skóry, łatwo pobudliwa czynność serca obok danych miejscowego badania (przez powłoki brzuszne i *per rectum*, wlewania płynu, wdmuchiwanie powietrza, *recto- i romanoscopia*...) pozwalają dość często na rozstrzygnięcie kwestyi.

Wysięki, wychodzące z macicy i jej przydatków, łatwo rozpoznać się dają przy badaniu ginekologicznem.

Trudniejsze bywa niekiedy rozpoznanie ropni opadowych w tej okolicy. Szczegółowe wywiady i badanie, powolny rozwój, więcej rozlana odporność, zachowanie się ciepłoty, ściśle rozważenie anatomiczne położenia wysięku, współdziałanie w niektórych przypadkach mięśni miednicy—naprowadzą na właściwą drogę.

Łatwiej jest wyłączyć ropnie paranefrytyczne, które rzadko przy tem na tę okolicę się rozszerzają.

Szczegółowszego omówienia wymaga różniczkowanie *perisigmoiditis exsudativae* od *perityphlitis i pericolicitis*. CURSCHMANN i FLEINER zwrócili uwagę na częste nieprawidłowe położenie kątnicy i wyrostka robaczkowego z jednej strony, a odcinka esowatego z drugiej. Skutkiem tego należałoby w każdym przypadku starać się wyłączyć zapalenie okołokątnicze. Wiadomości o położeniu *flexurae sigmoideae* u człowieka żywego zawdzięczamy gruntownym badaniom SCHREIBER'a nad rekto- i romanoskopją. Podług

*) Pewną analogię widzimy i w innych odcinkach przewodu pokarmowego: tak np. znane nam są z własnego doświadczenia przypadki skurezu przełyku przy umiejscowieniu nowotworu w części odzwiernikowej żołądka.

nich odległość zgięcia od odbytnicy wynosi ogólnie 15-20 cm. Zboczenia od prawidłowego położenia zgięcia zdarzają się dość często. Zależne to jest przede wszystkim od długości krezki *S. Romani*. Na 38 badań SCHREIBER znalazł wierzchołek pętlicy esowatej 13 razy na lewo od *l. alba*, 14 razy na linii pośrodkowej, 11 razy w prawej stronie brzucha. Według EDLEFSEN'a zgięcie esowate nierzadko tworzy pętlę, której oś podłużna krzyżuje się z linią pośrodkową i która tak daleko na prawo zachodzi, że jej wierzchołek prawie dotyka miednicy, podczas gdy ramię zstępujące biegnie wzdłuż prawego brzegu małej miednicy i w tę ostatnią zstępuje. Przy takim położeniu zgięcia *sigmoiditis* nie trudno wziąć za *perityphlitis*. Co się tyczy odwrotnej pomyłki, to łatwość jej, zdaje się, przez BOAS'a przesadzona została: w b. rzadkich tylko przypadkach przemieszczenie kątnicy z wyrostkiem może być tak znaczne, ażeby wysięk mógł się zebrać w lewym dole biodrowym tuż nad więzłem POUPART'a. Stwierdzenie w miejscu *flexurae sigm.* cylindrycznego zgrubienia, które w kierunku ku górze przechodzi w *colon descendens*, a ku dołowi ginie w małej miednicy, stanowczo przemawia przeciw lewostronnie położonemu wysiękowi okołokątniczemu, a za *sigmoiditis*.

Etiologia i anatomia patologiczna. Przyczyną *sigmoiditis* jest zastój kału w zgięciu esowatym. Wiotkość błony mięśniowej okrężnicy, wrodzona czy nabyta, słabość muskulatury, zależna od nieprawidłowo niskiej pobudliwości odruchowej zakończeń nerwowych w kiszkiach albo od cierpienia rdzenia, może chorobę wywołać. Nadużywanie wyskoku, nieżyt kieszek, nieprawidłowości w położeniu, nieprawidłowa długość i szerokość okrężnicy i zgięcia esowatego, które, zdaniem CURSCHMANN'a i FLEINER'a, wcale do rzadkości nie należą (najczęściej są to nieprawidłowości wrodzone), przyczyniają się do zastojów kału i powstawaniu *sigmoiditis*. To samo działanie mają zwężenia niżej położonych odcinków kieszek, zrosty i załamania. Starszy wiek, wbrew oczekiwaniu, nie wywołuje skłonności do zapalenia zgięcia esowatego. Silnie predysponują pierwsze dni puerperii (EDLEFSEN), co tłumaczy się zastojem kału wskutek ucisku ze strony ciężarnej macicy w ostatnim okresie ciąży. Gdy do przytoczonych przyczyn dodamy nieodpowiednie żywienie, ob-

fitujące w niestrawne części pokarmy przy niedostatecznej pracy fizycznej, wówczas i bez poprzedzającego zaparcia choroba powstać może. Przy wypróżnieniach prawidłowych, lecz niedostatecznych, albo też nieprawidłowych cząstki kałowe nagromadzają się *in haustris coli*, gdzie przy dłuższym przebywaniu stają się skutkiem wysychania bardziej zbite, a przez nawarstwienie coraz większe. Kiszka przytem coraz więcej się rozciąga i staje się niezdolną do zupełnego wydalania swej zawartości. Przez ucisk miejscowy ze strony stwardniałego kału upośledzone zostaje odżywianie błony śluzowej, a przez nadmierne rozciągnięcie—odżywianie całego odcinka jelita.

Na stole sekeyjnym BITTORF niejednokrotnie mógł się przekonać, że pod mocno przylegającymi masami kału błona śluzowa jest przekrwiona, w stanie zapalnym, a nawet znekrotyzowana. W tkance podśluzowej zmiany są także dość silnie wyrażone: przekrwienie, wynaczynienia... Bardzo często dochodzi do zapalnego zajęcia błony surowiczej z wytworzeniem wysięku włóknikowo - surowiczego lub ropnego (*perisigmoiditis serofibrinosa purulenta*). Ropień może otworzyć się do kieszki lub pęcherza, albo też po pęknięciu wywołać rozlane zapalenie otrzewny. Przy nieprawidłowym położeniu *flexurae sigm.* powstać mogą i ropnie podprzeponowe z ich następstwami. Zapalenie surowiczo-włóknikowe kończy się zazwyczaj wessaniem wysięku, przy czem często powstają zrosty z sąsiednimi narządami.

R o k o w a n i e zależne jest, rozumie się, od natężenia zapalenia i charakteru wysięku. Doświadczenie poucza, że zejście często bywa pomysłne, gdyż zwykle ma się do czynienia z zapaleniem tkanki podśluzowej, wzgl. z lekkim ograniczonym zapaleniem otrzewny. Nawroty zdarzają się niekiedy zarówno tu, jak i w innych postaciach *pericolitidis* (BITTORF).

Leczenie polega przede wszystkim na leżeniu w łóżku, podawaniu łatwostrawnego, płynnego pożywienia oraz opróżnianiu kieszek. W pierwszych dniach, zanim jeszcze wystąpił wysięk, stosujemy środki czyszczące, najlepiej olej rącznikowy. Mniej na zalecenie zasługują lawatywy, gdyż wywołują niepożądane silne ruchy perystaltyczne. Przy stwierdzeniu wysięku—przetwory makowca, nadto lód i zimne okłady, a jeśli te nie są znoszone, to ciepłe. W razie ro-

pnego wysięku — zabieg operacyjny. Po ustąpieniu objawów ostro-zapalnych zaleca się dłuższe oszczędzanie kiszek, a po wyzdrowieniu — zwalczenie momentu etiologicznego celem zapobieżenia nawrotom.

W powyższem szczegółowo opisaliśmy sprawę zapalną jednego odcinka okrężnicy, sprawę, która częstokroć przechodzi na błonę surowiczą i wywołuje powstawanie wysięku. Z podobnemi sprawami spotykamy się niekiedy i w innych odcinkach кишки grubej. Zostały one opisane przez WINDSCHEID'a w r. 1889 pod nazwą *pericolitidis exsudativae*. Wkrótce potem ogłoszone zostały pojedyncze spostrzeżenia przez EISENLOHR'a, FLEINER'a, BOAS'a, BITTORF'a i innych. PAL na mocy kilku spostrzeżeń naszkicował obraz kliniczny cierpienia, które uważa za pierwotne ograniczone podśluzowe zapalenie okrężnicy. Napastuje ono po większej części okrężnicę wstępującą, zgięcie wątrobowe i śledzionowe. W odpowiednich okolicach, t.j. w prawem i lewem podbrzuszu, rozwija się wśród gorączki, bólu brzucha oraz rozmaitych zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, cylindryczne zgrubienie, które odpowiada przebiegowi pewnego odcinka okrężnicy i czstokroć dość łatwo przesledzić się daje. Zajęta okolica jest silnie bolesna na ucisk. Etiologia jest tu ta sama, co w *perisigmoiditis*, t.j. stagnacja kału. Co do rokowania to, zdaniem niektórych autorów, zropienie wysięku zdarza się tu częściej, niż w okolicy zgięcia, esowatego.

Na zakończenie jeszcze słów kilka o zapaleniu кишки ślepej (*typhlitis*). Cierpienie to zupełnie wykreślone zostało przez większość autorów z nozografii z chwilą, jak przekonano się, że wysięk okołokątniczy swe powstawanie zawdzięcza zapaleniu wyrostka robaczkowego. SAHLI, SONNENBURG inni przeczą istnieniu pierwotnego zapalenia kątnicy z następczym wysiękiem okołokątniczym, EWALD zaś na mocy własnych spostrzeżeń uważa je za zupełnie możliwe. Jeśli przytoczone przez MEUSSER'a, SAHLAFKE'go i MA-

RIAGE'a spostrzeżenia niezupełnie są przekonywujące, to niedawno przez JORDANA ogłoszony przypadek nie pozostawia żadnej wątpliwości, że pierwotna *typhlitis stercoralis* z następczą *perityphlitis* nie jest li tylko wytworem wyobraźni, lecz cierpieniem, faktycznie istniejącem. W operowanym przez się przypadku, który przebiegał pod postacią ostrego ograniczonego ropnego zapalenia okołokątniczego, JORDAN, wyciąwszy wyrostek, nie znalazł w nim absolutnie żadnych zmian, natomiast na przedniej ścianie kątnicy, zrosniętej z kłębem pętlic kiszkowych, stwierdził bliznę i nacieczenie, a po wycięciu dotkniętej części kątnicy znalazł na błonie śluzowej szerokie płaskie owrzodzenie, które powstało prawdopodobnie wskutek ucisku ze strony zalegających mas kałowych i posłużyło za punkt wyjścia do rozwoju zapalenia ściany kątnicy z ograniczonym zlepnem zapaleniem otrzewny. Zarówno więc pod względem przebiegu klinicznego, jakoteż danych anatomo-patologicznych przypadek ten najzupełniej odpowiada pojęciu, jakie sobie dawniejsza medycyna o tem cierpieniu wytworzyła. Odtąd nie wolno więcej wątpić o możliwości istnienia *typhlitis primariae cum perityphlitis*.

BITTORF: Die acute Entzündung der Flexura sigmoidea durch Kothstauung. Berlin. Klin. Woch. 1903. N. 7.

EWALD. Ueber Darmtumoren in der Gegend der Regio iliaca sinistra. Berlin. klin. Woch. 1903. Nr. 48 i 49.

EDLEFSEN. Zur Frage der Sigmoiditis acuta. Berlin. klin. Woch. 1903, Nr. 48.

EWALD. Klinik der Krankheiten des Darms und des Bauchfells. 1902.

BITTORF. Die acuten und chronischen umschriebenen Entzündungen des Dickdarms, spez. der Flexura sigmoidea. München. med. Woch. 1904. Nr. 4.

LEJARS. Sigmoidite et perisigmoidite. Semaine médicale. 1904. Nr. 4.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Dwa przypadki rzadszych cierpień żołądka stanowiły przedmiot odczytu, wygłoszonego przez d-ra HUETER'a na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Altonie. W przypadku pierwszym chodziło o *lymphosarcoma* żołądka. Robotnik 29-letni zauważył, że od paru tygodni stan zdrowia jego pogorszył się; i chory stracił apetyt, doznawał odbijania, zaczął chudnąć. Badanie wykazało duży guz o zarysach nieprawidłowych, który wystawał z pod łuku żeberowego i kończył się nieco powyżej pępka; guz był nieruchomy i niezbyt wrażliwy na ucisk. Przez odbytnicę można było również wyczuć masy nowotworowe, które ze wszystkich stron wypełniały miednicę. Wątroba i śledziona nie powiększone. Sok żołądkowy po śniadaniu próbnem nie zawierał kwasu solnego wolnego, natomiast dużo kwasu mlecznego. W pierwszych dniach pobytu w szpitalu chory nie doświadczał żadnych prawie dolegliwości, dopiero później prawie po każdym jedzeniu zaczęły zjawiać się napady bólu w okolicy żołądka, wzdęcie brzucha i wymioty. Chory wśród objawów szybko postępującego charłactwa zmarł. Za życia rozpoznano: rak żołądka z przerzutami do otrzewny. Podczas badania zwłok znaleziono żołądek dardzo powiększony, na jego zaś krzywiznie małej guzy nowotworowe pod postacią szarych płaskich węzłów i pasem na błonie surowiczej. Jama żołądka zwężona na skutek znakomitego zgrubienia jego ściany, które pośrodku krzywizny wielkiej doszło do dwóch centym.; światło odźwiernika było nieco zwężone, lecz drożne. Na przecięciu widać, że zgrubienie ścian żołądka nastąpiło wskutek nadmiernego rozciągnięcia błony podśluzowej, mięśniowa zaś była jak gdyby spłaszczona i prawie niedostrzegalna. Błona śluzowa — wygładzona, blado-szara, na krzywiznie wielkiej mocno powypuklana. Na powierzchni tylnej w pobliżu odźwiernika znajduje się duże owrzodzenie kraterowate o brzegach nierównych i dnie, pokrytem

zgorzelinowemi masami. Na błonie śluzowej dwunastnicy tu i owdzie rozrzucone guziki nowotworu, który pod postacią nacieku zajmuje błonę podśluzową kiszki na przestrzeni 5—6 ctm.

W wątrobie i śledzionie przerzuty zajęły tylko tkankę łączną w okolicy wrót tych narządów, natomiast wszystkie gruczoły chłonne zwyrodniały nowotworowo. Guzy oddzielne nowotworu wypełniają tkankę łączną podsurowiczą w miednicy i na przedniej ścianie brzucha. Badanie mikroskopowe wykryło mięsako-chłoniaka, dla którego punkt wyjścia stanowiła tkanka łączna podśluzowa na krzywiznie wielkiej. Drugi chory, robotnik 61-letni przebywał w szpitalu zaledwie parę godzin. Stwierdzono u niego powiększenie śledziony, wymioty, biegunkę i ciepotę 38,5°C. Z powodu wielkiego osłabienia od chorego nie można było się dowiedzieć. Podczas badania zwłok znaleziono zrośnięcie osierdzia, zapalenie wsierdzia na zastawce dwudzielnej, przerost i rozszerzenie serca, niezbyt znaczne obrzmienie ostre śledziony, zmętnienie wątroby i poczynające się zapalenie otrzewny. Żołądek duży i mocno napięty, ściana żołądka bardzo twarda i gruba; na błonie surowiczej przedniej powierzchni jego niewielkie plamy szare, ostro odgraniczone o powierzchni matowej. Tkanka tłuszczowa na krzywiznie małej nieco zabarwiona na szaro, mętna, krucha i wyraźnie odcina się od tkanki tłuszczowej podsurowiczej. W żołądku nieco płynu mętnego. Błona śluzowa na całej powierzchni blada, żółtawo-szara, gładka, mocno obrzmiała. Na krzywiznie małej błona śluzowa pokryta delikatnym nalotem szarym, który usuwa się łatwo i odkrywa dwa niekształtne owrzodzenia płaskie o brzegach ściętych i dnie zgorzelinowem. Ściana żołądka wszędzie zgrubiała, najbardziej jednak w okolicy dna i krzywizny wielkiej, gdzie dochodzi do grubości palca; po nacięciu jej wydobywa się szara ciecz mętna. Z pośród warstw ściany brzucha najbardziej

uległa zgrubieniu warstwa podśluzowa; błona śluzowa dwunastnicy szaro - żółtawa i nacieczona. Gruczoły na krzywiznie małej i zotrzewnowe nieco powiększone. Badanie drobnovidzowo - bakteryologiczne wykazało na skrawkach ze ściany żołądka krótkie łańcuszki. W tkance podśluzowej łańcuszkowce znajdują się w tak wielkiej liczbie, że preparat przy małym powiększeniu, zabarwiony według metody WEIGERT'a, wydaje się niebieskawym. Najbardziej są wypełnione paciorkowcami naczynia chłonne i żyły w okolicy, zajętej sprawą zgorzelinową. Błona śluzowa zawiera znacznie mniej drobnoustrojów, natomiast linie graniczne pomiędzy warstwą mięśniową a błoną surowiczą z jednej strony, z drugiej zaś pomiędzy wspomnianą warstwą a podśluzową są do tego stopnia zapchane przez drobnoustroje, że w zabarwieniu WEIGERT'a sprawiają wrażenie dwóch grubych smug niebieskich. W gruczołach chłonnych na krzywiznie małej znajdują się również liczne łańcuszkowce. Badanie drobnovidzowe tedy przekonywa, że u chorego istniała *gastritis phlegmonosa*, wywołana przez łańcuszkowce, które doprowadziły do rozległej zgorzeli ścian żołądka. Należy sądzić, że punkt wyjścia stanowiły owrzodzenia na błonie śluzowej. Na uwagę zasługuje mały stosunkowo odczyn ze strony otrzewny, ponieważ zmiany zapalne znajdowały się tylko na otrzewnie żołądka. Podobnego rodzaju rozległa zgorzel ściany żołądka w przebiegu cierpienia odnośnego dotychczas była opisywana bardzo rzadko.

Na posiedzeniu internistów berlińskich d-r REHFISCH wygłosił odezyt o niemiarności tętna pochodzenia nerwowego i sercowego. Mówca zaczyna od różnic ilościowych (długość fali) u zdrowych i zaznacza, że różnice te spostrzegł zaledwie w 31% przypadków, u chorych zaś na nerwice czynnościowe różnice dotyczyły 36% badanych. Inaczej zgoła ma się rzecz u chorych na serce, u których na skutek występowania t. zw. ekstrasystole i wypadania oddzielnych fal tętna różnice dochodziły do 120%. Przyczynę niemiarności tętna u ludzi zdrowych i nerwowych mówca upatruje w zależności ośrodka nerwu błędnego od ośrodka oddechania (obniżanie się ciśnienia krwi i większa częstość tętna podczas wdechu i zwolnienie tętna podczas wydechu), co LOMMELS nazwał arytmia oddechową.

Nie tyczy się to jednak zmian tętna w przebiegu chorób zakaźnych, ponieważ tu bez wątpienia bierze udział i wpływ zakażenia na stan serca. Twierdzenie powyższe zostało poparte przez odpowiednie krzywe sfigmometryczne. Niemiarności tętna, spotykanej u neurasteników, autor nie zalicza do objawów pochodzenia sercowego, lecz nerwowego i utrzymuje, że zależy ona od wzmożonej pobudliwości serca. Jest to okres pierwszy t. zw. *neurasthenia cordis*, aczkolwiek niemiarności istotnej nie spostrzegamy tu stale. Jeżeli jednak u neurastenika występuje niemiarność istotna stale, to stanowi ona dowód, że neurastenia serca przeszła w okres drugi, w którym zjawia się już cierpienie mięśnia sercowego. Tu przyczyna niemiarności polega na zjawianiu się skurczów nadliczbowych (ekstrasystole), które stanowią wyraz zaburzenia pobudliwości, i *pulsus deficiens*, zjawiska, zależnego od osłabienia wydolności czynnościowej mięśnia sercowego. Odróżnić neurastenika o sercu zdrowym od takiegoż osobnika z cierpieniem serca można za pomocą próby czynnościowej siły serca, zalecając np. choremu wykonać kilka nieco energiczniejszych ruchów złożonych, np. wejść kilkakrotnie na krzesło. Ponieważ serce neurastenika z powodu swej wzmożonej pobudliwości oddziaływa dużym przyspieszeniem tętna na bardzo małe podniety, to staje się zrozumiałem, że wtórne sprawy destrukcyjne w sercu mogą rozwinać się z pierwotnego wzmożenia pobudliwości. Nastąpić to może w ten sposób, że przyspieszenie tętna odbywa się kosztem długości paazy rozkurczowej, która, jak wiadomo, nie stanowi jakiegoś zjawiska biernego, lecz oznacza czas, w ciągu którego odbywa się odnowa chemiczna serca, nie więc dziwnego, że stałe skracanie tego czasu przez skurcze nadliczbowe może w końcu doprowadzić do cierpienia mięśnia sercowego. W końcu prelegent stara się dowieść, że skurcze nadliczbowe (ekstrasystole), które u osobników nerwowych stanowią najczęściej przyczynę niemiarności, nigdy nie mogą być poczytywane za objaw pochodzenia wyłącznie i jedynie nerwowego, i dochodzi do wniosku, że niemiarność tętna pochodzenia sercowego tem różni się od niemiarności pochodzenia nerwowego, że w pierwszej w przeciwieństwie do drugiej zachodzą duże różnice pomiędzy dwiema kolejno następującymi po sobie falami tętna. K. Z.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= ALBERS - SCHÖNBERG odkrył nowe działanie promieni ROENTGEN'a na ustrój zwierzęcy, mianowicie: że króliki i świnki, poddawane przez czas dłuższy działaniu X-promieni, tracą zdolność zapłodnienia, przyczem ogólny stan ich zdrowia, popęd płciowy i zdolność spółkowania pozostają niezmienione. Przyczyna niepłodności zależy od tego, że giną ciała nasienne i powstaje azoospermia. Doświadczenia swe A. wykonywał w sposób następujący: umieszczał samców w pudle drewnianem, którego dno było z płótna żaglowego; pudło stało na podporze żelaznej, między nóżkami której mieściła się rurka ROENTGEN'owska, zwrócona antykatedą ku górze; odległość rurki od powierzchni brzusznej zwierzęcia wynosiła 17 ctm. Stosowano induktor 60 ctm. z powoli działającym przerywaczem rtęciowym. Zwierzęta poddawane były działaniu promieni codziennie w ciągu 15 — 28 minut przez 8 — 41 dni. Następnie umieszczano je razem ze zdrowymi samcami na czas od 10 dni do 5 miesięcy; ani razu nie udało się od zwierzęcia roentgenizowanego otrzymać potomstwa, gdy też samice z innymi samcami szybko ulegały zapłodnieniu. Sekcja samców roentgenizowanych wykryła we wszystkich 10 przypadkach zupełną azoospermję. (Münch. med. Woch. 43 — 1903).

= Aby wyjaśnić rolę przewodu pokarmowego w zakażeniu gruźlicą, MACFADYEN i MACCONKEY badali gruczoły krezkowe dzieci na obecność laseczników swoistych. Zbadano 28 przypadków; wszystkie dzieci, z wyjątkiem dwojga, miały mniej, niż po 5 lat. W 20 przypadkach przyczyną śmierci były inne, niegruźlicze choroby, a w 8—gruźlicze. Rozciera-

ne gruczoły zastrzykiwano świnkom pod skórę i do otrzewny. Przewód kiszkowy u wszystkich dzieci był niezmieniony. Z 28 przypadków laseczniki znaleziono w gruczołach krezkowych w 10 przypadkach: z 8 przypadków, w których przyczyną śmierci była gruźlica, znaleziono laseczniki w 5. Na 10 przypadków, w których szczepienie było dodatnie, w 7 nie znaleziono laseczników. Wogóle badania wykazały, że laseczniki w gruczołach krezkowych istniały w 25% przypadków bez jakichkolwiek oznak gruźlicy. W tenże sposób zbadano migdały i wyrosłe adenoidalne od 78 chorych operowanych, lecz laseczników nie znaleziono ani razu.

(Brit. med. Jour. 18.VII 1903).

= *Apocynum cannabinum* było używane w przeciągu lat kilku w chorobie BRIGHT'a, ale nie znalazło tu szerszego zastosowania, na jakie zasługuje. Zdaniem d-ra R. PAINE przyczyną tego było po części to, że używano często niewłaściwych preparatów. P. wyłącznie używa płynnego ekstraktu (*extrafluid*), po 8 kropel na dawkę, co 4 godziny, podawanego w kapsułkach, żeby uniknąć nudności, często zdarzających się przy innym stosowaniu lekarstwa. Dla ilustracji działania *apocyni cannabini* przytacza przypadek *insufficiëntiae mitralis*, połączonej z zapaleniem nerek. Zwykle używane środki nie pomogły i ilość moczu doszła do 6 uncji w ciągu 24 godz., gdy autor zastosował *extr. fluid. apocyni cannab.* Następnego już dnia moczu wydzielilo się 132 uncje, a w ciągu tygodnia ilość wahała się między 130 i 160 uncjami. *Oedema* i *dyspnoea* znikły, tętno spadło z 116 na 92 uderzenia i jakoś jego się poprawiła. (St. Louis Courier of Medicine, 1903, January 15. Medic. 1903. March).

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów cennik wód mineralnych apteki d-ra T. Heinricha.