

GAZETA LEKARSKA.

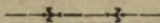
I. PRZYCZYNEK DO BADAŃ NAD PRZEBIEGIEM NIEKTÓRYCH PĘCZKÓW RDZENIA KRĘGOWEGO.

Podał

Dr Ludwik Dydyński,

b. ordynator kliniki chorób nerwowych w szpitalu Św. Ducha.

[Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. dnia 26-go listopada 1901 r.]



Szanowni Panowie!

Jakkolwiek rdzeń kręgowy pod względem swej budowy anatomicznej jest dziś już dokładnie zbadany, niemniej jednak i w tej dziedzinie istnieje wiele kwestyi spornych, dotychczas jeszcze ostatecznie nie rozstrzygniętych. Kwestye te dotyczą przeważnie oddzielnych pęczków w białej substancji rdzenia, a mianowicie ich układu, przebiegu i pochodzenia. Rozstrzygnięcia następujących się tu pytań badacze poszukują przedewszystkiem na drodze doświadczalnej, dokonywając na zwierzętach operacji przecięcia rdzenia na rozmaitych wysokościach, w rozmaitych kierunkach i badając następnie po upływie pewnego czasu zwyrodnienia wstępujące i zstępujące. Znając prawo WALLER'a, iż zwyrodnieniu ulega włókno nerwowe, odcięte od swego ośrodka odżywczego, t. j. komórki nerwowej, zrozumiemy, że zwyrodnienie wstępujące obejmie zawsze włókna, które pochodzą z komórek, znajdujących się w odcinkach rdzenia poniżej miejsca przecięcia, zwyrodnienie zaś zstępujące uwidoczni się w tych pęczkach, które biorą początek powyżej miejsca operacji.

Ta metoda badań dostarczyła już całego szeregu ważnych i fundamentalnych faktów, lecz ponieważ fakty te zdobyte zostały na zwierzętach, nie mogą być w zupełności przeniesione na układ rdzenia ludzki. W stosunku do rdzenia ludzkiego ważne znaczenie posiadają poszukiwania anatomiczne, dokonywane na materiale sekcyjnym, które przytem, o ile są poprzedzane przez dokładne badanie kliniczne za życia, pozwalają niejednokrotnie na wyprowadzenie wniosków co do fizyologicznej roli pewnych torów w układzie nerwowym. Niestety, pomimo tak licznych w tym kierunku badań, pomimo tak obfi-

tego materiału, panuje jeszcze znaczna niezgodność w poglądach autorów na kwestye anatomiczne, a zdobycze w dziedzinie fizjologii oddzielnych pęczków są dotychczas prawie żadne. Przyczyna tego tkwi z jednej strony w niedostateczności naszych metod histologicznych, które, nie dając często obrazów jasnych i wyraźnych, pozostawiają jedynie pole do domysłów, z drugiej zaś strony w niedokładnym i nieściśłym badaniu klinicznym większości przypadków sekcyjnych.

Przypadek, który posłużył nam jako materiał do niniejszej pracy, nie należy do rzadkich, był to bowiem przypadek zapalenia rdzenia poprzecznego (*myelitis transversa*) na wysokości górnej grzbietowej części rdzenia, z typowym przebiegiem klinicznym. Podajemy go jedynie dlatego, że przeprowadzone w nim dokładne zbadanie całego niemal rdzenia i podstawy mózgu przy pomocy metody MARCH'ego, może stanowić przyczynek do wyjaśnienia niektórych pytań, dotyczących się przebiegu pęczków w rdzeniu.

Pod względem klinicznym przypadek przedstawia się, jak następuje: K. R., lat 58, panna, średniego wzrostu, dobrej tuszy, prawidłowej budowy, przywieziona została dnia 26/VI 1898 r. do szpitala Św. Ducha na oddział kliniki chorób nerwowych ze skargami na utratę władzy w nogach, bóle w nogach i w pasie, niemożność zatrzymania moczu.

Badanie układu nerwowego dało wynik następujący: zupełny bezwład dolnych kończyn; od czasu do czasu występują lekkie drgania w całych kończynach bezwładnych; w s z y s t k i e odruchy ścięgnowe na kończynach dolnych zniesione, z odruchów skórnych w słabym stopniu zachowany odruch podszwowy, odruch zaś brzuszny zniesiony; utrata wszystkich rodzajów czucia na nogach i na tułowiu, dochodząca od przodu poniżej nieco linii sutkowej, od tyłu do linii, przechodzącej przez dolny kąt łopatek; granica znieczulenia dość wyraźna.

Kręgosłup bolesny przy opukiwaniu na wysokości górnych kręgów grzbietowych. Chora doznaje przykrego uczucia chłodu w nogach i bólów rwących, mocz oddaje pod siebie, czasami i kał. Ogólne osłabienie, tętno 100, ciepłota ciała normalna.

Ze strony narządów wewnętrznych w historii choroby zanotowano jedynie zmiany ze strony serca: powiększenie rozmiarów podłużnych i poprzecznych i głuchosc tonów.

Z wywiadów dowiedziano się, że 6 lat temu chorej w zakładzie ginekologicznym w Warszawie dokonano wycięcia macicy z powodu jej zwyrodnienia rakowatego, przed dwoma zaś mniej więcej laty usunięto w szpitalu Św. Ducha prawą sutkę również z powodu raka. Po tej ostatniej operacji chora czuła się względnie dość dobrze. Dopiero w miesiącu kwietniu 1898 r. zaczęła się uskarżać na bóle w krzyżu, w pasie i prawej okolicy barkowej. Następnie w ciągu dni kilku dość nagle rozwinęło się osłabienie w nogach do tego stopnia, że chora bez pomocy laski chodzić nie mogła. Osłabienie to w miesiącu maju zaczęło dość szybko postępować, tak, że pod koniec tego miesiąca nastąpiła już zupełna utrata ruchów w nogach i jednocześnie zjawiły się bóle, parestezye i niemożność zatrzymania moczu.

W szpitalu, pomimo możliwie sumiennego doglądu, zaczęły się wytwarzać odleżyny na pośladkach i jednocześnie stan ogólny stale się pogarszał. Osłabienie się wzmogło, tętno dochodziło do 120, bóle w nogach i krzyżu stawały się coraz dokuczliwsze, na nogach wystąpił znaczny obrzęk. Zaburzenia ze strony układu nerwowego pozostały te same, jedynie zanotować można było utratę zupełną odruchu podeszwowego, który przedtem jeszcze istniał i zupełne nietrzymanie nie tylko już moczu, lecz i kału.

Wskutek powiększających się i gangrenujących odleżyn na pośladkach, łydkach i w okolicy pięt, przy objawach silnego wycieńczenia i podniesionej ciepłoty ciała, chora dnia 3 października zmarła.

Rozwój choroby, jej objawy i przebieg był tak typowy, że za najprawdopodobniejsze można było uznać rozpoznanie — zapalenia rdzenia na wysokości górnej grzbietowej części jego, które objęło cały przekrój rdzenia, doprowadziło do zupełnego zniszczenia przewodnictwa ruchu i czucia i zakończyło się zaburzeniami troficznymi w postaci odleżyn. Ze względu na szybki względnie rozwój choroby, brak wszelkich zniekształceń ze strony stosu kręgowego — mniej prawdopodobnem stawało się przypuszczenie istnienia raka przerzutowego w kanale kręgowym, który uciskając, zniszczyłby rdzeń na pewnej wysokości.

Przy sekcyi z wielu względów ograniczyć się musiano jedynie do wyjęcia rdzenia i mózgu, przyczem przekonano się, że stos kręgowy na całej swej długości zmian żadnych nie przedstawiał. Rdzeń zaś na wysokości piątej i szóstej pary nerwów grzbietowych posiadał konsystencję miększą, opony przekrwione, a na przekroju poprzecznym przedstawiał wyraźny obraz makroskopowy zapalenia rdzenia. Na preparatach drobnowidzowych z tej wysokości widzimy zmiany w naczyniach, nacieczenie zapalne, obrzęk tkanki i zupełny prawie rozpad włókien nerwowych białej substancyi, co najlepiej uwidoczniają preparaty, barwione metodą PAL'a.

Przez zastosowanie do badań metody MARCH'ego, najlepszej dotychczas metody, uwidaczniającej zwyrodniałe włókna nerwowe, byliśmy w stanie zbadać szczegółowo przebieg rozmaitych pęczków białej substancyi rdzenia, które uległy zwyrodnieniu poniżej i powyżej miejsca chorobowego. Preparaty otrzy maliśmy udatne, zwyrodniałe pęczki wystąpiły bardzo wyraźnie, co zawdzię czamy tej okoliczności, że sprawa chorobowa w naszym przypadku nie trwała długo. Zastosowując metodę MARCH'ego w tych przypadkach, w których sprawa chorobowa trwała bardzo długo i doprowadziła do znacznego rozpadu myeliny, otrzymuje się zazwyczaj obrazy drobnowidzowe niejasne, mogące naprowadzić na wnioski fałszywe. W tych razach produkty rozpadu myeliny, rozsiewając się po wszystkich częściach rdzenia, występują przy barwieniu metodą MARCH'ego w postaci drobnych, czarnych ziarenek, imitujących włókna zwyrodniałe w tych miejscach, gdzie w rzeczy samej zwyrodnień żadnych niema.

Rozpatrzenie przebiegu pęczków zaczniemy od tych, które uległy zwyrodnieniu w kierunku w s t ę p u j ą c y m:

I. Pęczki tylne, t. j. GOLL'a i BURDACH'a. Wiemy już dziś dokładnie, że przeważna liczba włókien, składających pęczki tylne, stanowi prze-

dłużenie korzonków tylnych i bierze początek swój w komórkach zwojów międkręgowych. Wiemy również, że każde włókno tylnego korzonka, przedostawszy się do rdzenia, dzieli się na gałązkę wstępującą i zstępującą ¹⁾. Gałązki wstępujące z początku przebiegają w obrębie pęczków BURDACH'a, powoli jednak odsuwane bywają przez nowowstępujące do rdzenia korzonki coraz więcej w kierunku ku przegrodzie tylnej, aż wreszcie przechodzą całkowicie do pęczków GOLL'a. Dziś ustalonym został fakt, że korzonki tylne, należące do górnej grzbietowej części rdzenia i wszystkie szyjowe, przenikając do rdzenia, wchodzą na całej swej długości w skład wyłącznie tylko pęczków BURDACH'a, a nie przechodzą zupełnie do pęczków GOLL'a. Fakt ten zdobyty został głównie dzięki anatomo-patologicznym badaniom na rdzeniach ludzkich. Dotychczas przez badania doświadczalne na zwierzętach z przecięciem tylnych korzonków i następnem badaniem histologicznem zwyrodnień wtórnych nie został dokładnie stwierdzony, a to dlatego, że w górnej grzbietowej części kręgosłupa istnieją grube wyrostki kręgowe i silnie rozwinięta muskulatura, co znacznie utrudnia wykonanie tej bardzo delikatnej operacji. W ostatnich czasach badania SCHAFER'a na materiale anatomo-patologicznym (*tabes, pachymeningitis cervicalis*, i inne) wykazały, że wyłącznie w pęczkach BURDACH'a przebiegają włókna, pochodzące z czterech pierwszych korzonków grzbietowych i rzecz prosta wszystkich szyjowych.

Przypadek nasz może poniekąd służyć potwierdzeniem tego faktu. Ognisko chorobowe w nim po stronie prawej zachodziło nieco wyżej, niż po stronie lewej, sięgało bowiem 4-ej pary nerwów grzbietowych. Odpowiednio ku temu spotykamy na przekrojach rdzenia na całej długości powyżej ogniska po stronie lewej zwyrodnienie wyłącznie tylko pęczka GOLL'a, po stronie zaś prawej wzdłuż zwyrodniałego również pęczka GOLL'a widzimy w niewielkiej liczbie zwyrodniałe włókna i w pęczkach BURDACH'a (rys. 1).

Uległe zwyrodnieniu włókna w obrębie pęczków GOLL'a stanowią zaledwie część tej całej masy włókien, która przez tylne korzonki przedostała się do rdzenia poniżej ogniska, większość bowiem gałązek wstępujących tylnych korzonków kończy się na rozmaitych wysokościach rdzenia w obrębie szarej substancji, mniejszość zaś tylko dosięga rdzenia przedłużonego. Ta mniejszość właśnie, która uległa zwyrodnieniu, ciągnie się wzdłuż całej szyjowej części rdzenia aż do miejsca, w którym znajdują się jądra pęczków GOLL'a i BURDACH'a. Na całej swej długości zwyrodniałe włókna układają się w dość oryginalny sposób, na przekroju bowiem poprzecznym wykazują postać flaszki, przylegającej podstawą do obwodu rdzenia, a przeciwnym końcem dosięgającej spoidła tylnego.

Pośród komórek jąder GOLL'a i BURDACH'a kończą się, jak wiemy, w postaci drzewiastych rozgałęzień włókna tylnych pęczków. Zakończenie to widocznem jest i na naszych preparatach: w jądrach pęczków GOLL'a występuje

¹⁾ Podręcznik histologii ciała ludzkiego, zbiorowo napisany pod redakcją prof. HOYERA. Rdzeń kręgowy i przedłużony, opracowany przez L. DYDYŃSKIEGO, str. 375.

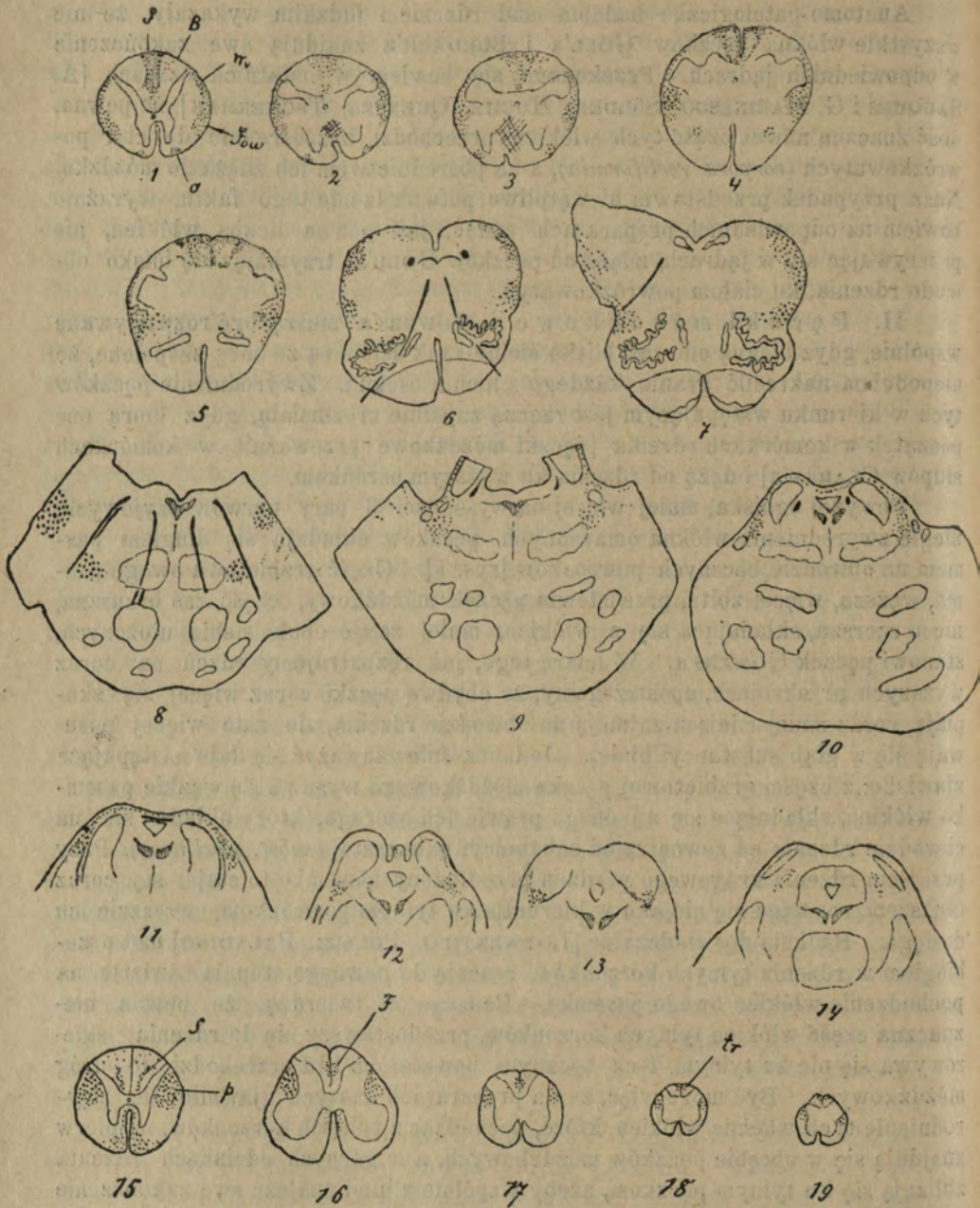
w postaci nader drobnych ziarenek; po stronie zaś prawej także ziarenka widzimy w obrębie pęczków BURDACH'a.

Anatomo-patologiczne badania nad rdzeniem ludzkim wykazały, że nie wszystkie włókna pęczków GOLL'a i BURDACH'a znajdują swe zakończenie w odpowiednich jądrach. Przekonano się bowiem w ostatnich czasach [A. SAUQUES i G. MARINESCO, SÜLDER, HOCHÉ, QUENSEL, TSCHERMAK], że pewna, dość znaczna nawet część tych włókien przechodzi bezpośrednio do ciał powrózkowatych (*corpora restiformia*), a za pośrednictwem ich zdąża do mózdzku. Nasz przypadek przedstawia niewątpliwe potwierdzenie tego faktu, wyraźnie bowiem na odpowiednich preparatach widać, jak pewna liczba włókien, nie przerywając się w jądrach, zdąża od pęczków GOLL'a, trzymając się blisko obwodu rdzenia, ku ciałom powrózkowatym.

II. Pęczki mózdzkowe i GOWERS'a muszą być rozpatrywane wspólnie, gdyż biegną one tak blisko siebie i tak ściśle są ze sobą zespolone, że niepodobna nakreślić granic każdego z nich z osobna. Zwyrodnienie pęczków tych w kierunku wstępującym jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, gdyż biorą one początek w komórkach rdzenia [pęczki mózdzkowe przeważnie w komórkach słupów CLARKE'a] i dążą od rdzenia ku wyższym ośrodkom.

Powyżej ogniska, mniej więcej na wysokości 3 pary nerwów szyjowych, uległe zwyrodnieniu włókna omawianych pęczków układają się długim pasmem na obwodzie bocznych powrózków [rys. 1]. Część grzbietowa owego pasma, węższa, więcej zbita, przedstawia pęczek mózdzkowy, część zaś brzuszna, nieco szersza, składająca się z włókien, mniej ściśle obok siebie ułożonych, stanowi pęczek GOWERS'a. W miarę tego, jak rozpatrujemy rdzeń na coraz wyższych przekrojach, spostrzegamy, że obydwie pęczki coraz więcej się skupiają, coraz mniej miejsca zajmują na obwodzie rdzenia, ale zato więcej posuwają się w głąb substancji białej. Jednocześnie zauważyć się daje następujące zjawisko: z części grzbietowej pęczka mózdzkowego wysuwa się wązkie pasemko włókien, składające się z jednego prawie ich szeregu, który układa się na obwodzie rdzenia na zewnątrz od substancji gąbczastej (*subst. gelatinosa*). Przy przejściu rdzenia kręgowego w rdzeń przedłużony pasemko to staje się coraz dłuższem, rozciąga się niejako w kierunku ku tylnym powrózkom, wreszcie ich dosięga. Badania doświadczalne [LOEWENTHAL, PELLIZI, PALADINO] nad przebiegiem w rdzeniu tylnych korzonków rzucają do pewnego stopnia światło na pochodzenie włókien owego pasemka. Badacze ci twierdzą, że pewna nieznaczna część włókien tylnych korzonków, przedostawszy się do rdzenia, skierowują się nie ku tylnym, lecz bocznym powrózkom i tu przechodzi do dróg mózdzkowych. Być może więc, że na preparatach naszych ujawniło się zwyrodnienie tych właśnie włókien, które, pochodząc z tylnych korzonków, najpierw znajdują się w obrębie pęczków mózdzkowych, a w górnych odcinkach rdzenia zbliżają się ku tylnym pęczkom, ażeby wspólnie z nimi znaleźć swe zakończenie w jądrach pęczków GOLL'a i BURDACH'a.

Na przekrojach rdzenia przedłużonego, na których jądra pęczków GOLL'a występują w pełni swego rozwoju i jednocześnie zaczynają wytwarzać się ciała powrózkowate [rys. 5 i 6], widzimy szereg zwyrodniałych włókien, zdążających



G—pęczek GOLL'a; B—pęczek BURDACH'a; m—droga mózdkowa; Gow — pęczek GOWERS'a; o—pęczek oliwkowy; p—droga piramidalna; S—pęczek SCHULTZE'go; F—pole owalne FLECHSIG'a; tr—pole trójkątne.

ku ciałom powrózkowatym z jednej strony od pęczków GOLL'a, z drugiej zaś od pęczków mózdkowych, z którymi ściśle są związane i pęczki GOWERS'a. Rozpatrując szereg preparatów z tej wysokości odbiera się wrażenie, jak gdyby istniał łącznik pomiędzy pęczkami tylnymi z jednej strony, a GOWERS'a z drugiej. Czy jednak w rzeczy samej istnieje łącznik taki w tem znaczeniu, że od pęczków tylnych odchodzą włókna ku pęczkom GOWERS'a, tego na preparatach naszych stwierdzić nie byliśmy w stanie. Niektórzy autorowie [HOCHÉ, ROSSOLIMO, QUENSEL] o takim przechodzeniu włókien wspominają. Jest to rzecz dużego znaczenia, albowiem pęczek GOWERS'a, jak o tem się przekonamy, stanowi długą drogę, zdążającą aż do mózgowia; gdyby więc do niego przyłączały się i włókna tylnych pęczków, mielibyśmy wskazówkę, że pewna część włókien, służących do przewodniczenia czucia, zdąży wprost do wyższych ośrodków, nie przerywając się w rdzeniu przedłużonym. Niektórzy sądzą apriorystycznie, że taka droga bezpośrednia dla czucia istnieje, przyjmując bowiem jej istnienie, łatwiej wytłómaczyć sobie możemy ścisłość i dokładność lokalizacji czucia [KOHNSTAMM].

W rdzeniu przedłużonym na wysokości największego rozwoju oliwek kończy się wspólny przebieg pęczka mózdkowego i GOWERS'a [rys. 7]. W miejscu tem pęczek mózdkowy przechodzi do ciał powrózkowatych a pęczek GOWERS'a zajmuje przestrzeń między ciałami powrózkowatymi i wstępującymi korzeniami n. trójdzielnego z jednej strony, a oliwkami z drugiej. Niektóre z jego włókien dochodzą do samych oliwek od zewnętrznej pośladowanej ich powierzchni i, zdaje się, kończą się pośród znajdujących się w nich komórek. Powoli pęczek GOWERS'a, oddzieliwszy się zupełnie od pęczka mózdkowego, odsuwa się od powierzchni rdzenia przedłużonego, przenika w głąb jego substancji, kierując się nieco ku grzbietowym jego częściom. W dolnych częściach mostu VAROL'a [rys. 8] pęczek GOWERS'a przyłącza się do włókien ciała czworobocznego (*corpus trapezoidum*) i zajmuje wtedy miejsce, ograniczone korzeniami wychodzącymi nerwu twarzowego, jądrami tegoż nerwu, wstęgą przyśrodkową i podstawową częścią mostu VAROL'a.

[D. n.]

II. O WIELOLICZNYCH KOSTNIAKACH U DZIECI.

(*Exostosis cartilaginea multiplex, Exostoses de croissance*).

Podał

Józef Brudziński.

Miano *exostosis cartilaginea* wprowadzone zostało przez ASTLEY COOPER'a; istota tego cierpienia wyświeconą została przez VIRCHOW'a. Są to wyrosła kostne na powierzchni kości, składające się częścią ze zbitej, częścią

z gąbczastej substancji kostnej, na wolnej powierzchni pokryte cienką warstwą chrząstki, ponad którą idzie jeszcze warstwa łączno-tkankowa; często jednak powierzchnia chrząstkowa pokryta bywa workiem maziowym (*exostosis bursa*).

Cechę charakterystyczną tych kostniaków stanowi związek ich ze wzrostem kości: zjawiają się podczas rozwoju, przestają rosnąć wraz z zakończeniem okresu wzrostu kości. Ciekawy jest fakt, zaobserwowany przez VOLKMANN'a, potwierdzony przez HARTMANN'a i NASSE'go, że już zupełnie zakończone w swym rozwoju kostniaki mogą znowu częściowo lub nawet całkowicie się wessać.

Siedliskiem ich są punkty nowotworzenia się tkanki kostnej: okolice nasad kości. Kostniaki te bywają nieraz bardzo liczne. W przypadku prof. PRZEWOSKIEGO znaleziono na ogłędzinach pośmiartnych około dwustu większych i mniejszych kostniaków.

Drugą charakterystyczną cechą kostniaków stanowi fakt, iż są dziedziczne i występują u kilku członków tej samej rodziny. REINICKE zebrał z literatury 36 przypadków kostniaków ze stwierdzoną dziedzicznością: w jednym przypadku kostniaki występowały już w piątym pokoleniu, w dwu w czwartym, w 15-tu w trzecim, w 12-tu w drugim, w sześciu u kilkorga rodzeństwa.

Dwa przypadki wielolicznych kostniaków u dwojga rodzeństwa, których ojciec również był obarczony tem cierpieniem, miałem sposobność spostrzegać w ambulatoryum kol. SKOWROŃSKIEGO. Przypadki te przedstawiłem w Tow. Lek. na posiedzeniach w d. 4 lutego i 4 marca b. r.

A. H. chłopiec lat 8 i dziewczynka Olesia H. lat 3.

W budowie chłopca żadnych zбочeń zauważyć się nie daje, tak, że kostniaki zauważyłem wypadkiem przy badaniu tętna. W tej bowiem okolicy na kości promieniowej i między kością promieniową a łokciową występowały szpiczaste wyrośla kostne. Po zbadaniu całego kościaka okazało się, iż cały pokryty jest kostniakami, których wielkość waha się od ziarnka grochu do guzów wynoszących parę centymetrów w obwodzie i na wysokość, w kształcie stożków, jakby sopli lodowych. Największe wyrośla stwierdzono w okolicy stawów kolanowych, na kości udowej z zewnętrznej i wewnętrznej strony i w dole podkolanowym, na kościach goleni — w okolicy główki kości strzałkowej, na dolnym końcu piszczeli, zwłaszcza na prawej kończynie. Wyrośla stwierdzono również w okolicy stawu mostko-obojęzykowego, w okolicy stawu barkowego, na kości ramieniowej. Najwięcej dotkniętą okazała się kość promieniowa: 3 wyrośla kostne na prawej kończynie; stwierdzono również wyrośla na kości łokciowej na pierwszej falandze wskazującego palca, na czwartym palcu [pierwsza i druga falanga] u lewej ręki.

Cała kość promieniowa kończyny górnej lewej wygięta pałakowato; to samo, choć w znacznie mniejszym stopniu, daje się zauważyć na kończynie górnej prawej.

Duże kostniaki stwierdzono na obu kościach biodrowych na powierzchniach zewnętrznych, na łopatkach [na *spina scapulae*], na żebrach

w miejscach połączenia z chrząstkami w kształcie małych szpiczastych guziczków.

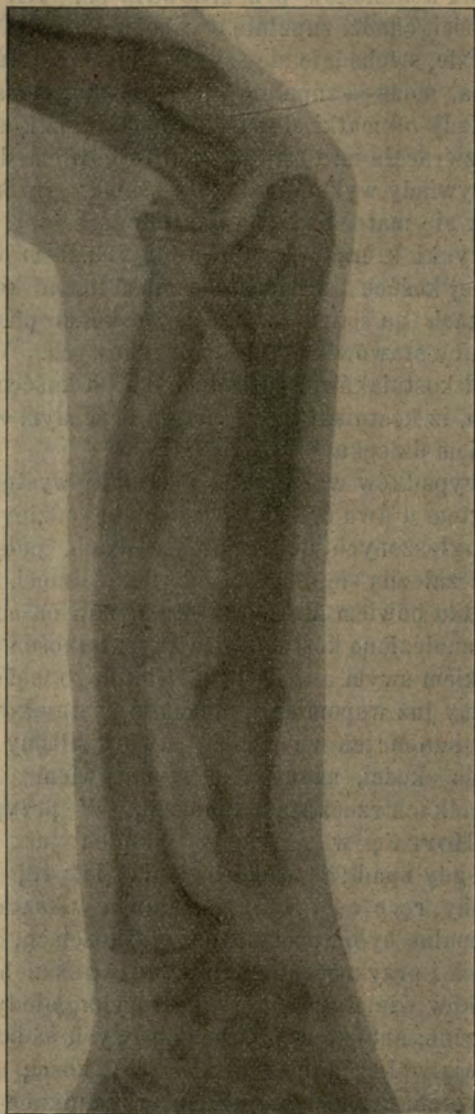
Na kościach sklepienia czaszki kostniaków wcale nie było. Ogólna liczba dostępnych badaniu kostniaków przekraczała 50. Nie sprawiają one chłopcu żadnych dolegliwości, chodzi zupełnie swobodnie, może wykonywać ruchy w najszerszym zakresie, swobodnie się schyla i bez wysiłku wstaje z ziemi, ręce mu odstają od tułowia, może je zupełnie szczelnie przycisnąć.

Zbierając wywiady od matki, dowiedziałem się, iż kostniaki te zauważyła już dawno, lecz nie zwracała na to uwagi, nic to bowiem dziecku nie przeszkadzało. Dokładne wywiady wykazały, iż takie same „guziki“ na kościach miał i ojciec chłopca i jak się matce zdaje, ma i młodszą jej trzyletnią córeczką. Po zbadaniu dziewczynki, którą matka następnym razem przyprowadziła, przekonałem się, iż i na jej kośćcu znajdują się dość liczne kostniaki, mianowicie największe na łopatkach (na *spina scapulae*) i na kości promieniowej, mniejsze na żebrach i w okolicy stawów mostko-obojęczykowych. Wielkość ich wogóle znacznie mniejsza od kostniaków, stwierdzonych na kośćcu chłopca, co zgadza się zupełnie z faktem, iż kostniaki te pozostają w ścisłym związku z rozwojem kośćca, czyli z wiekiem dziecka.

Z podanych przypadków widzimy, iż kostniaki występowały tu już w drugim pokoleniu, przytem u dwu członków tej samej rodziny. Siedliskiem były, jak we wszystkich ogłoszonych dotąd przypadkach, połączenia chrząstkowe kości. Wielkość ich zależną się okazała od wieku dzieci, wogóle jednak była średnią. W przypadku bowiem prof. PRZEWOSKIEGO na miejscu spojenia kości łonowej z biodrową znaleziono kostniak, mający wielkość i postać dużej gruszki, osadzonej wierzchołkiem swym na kości [u 36-letniego mężczyzny]. W przypadkach naszych, jakieśmy już wspominali, obecność kostniaków nie sprawiała żadnych dolegliwości, ani zaburzeń w ruchach, stwierdziliśmy również nieznaczne tylko zniekształcenia kości, mianowicie wykrzywienie kości promieniowej. W niektórych przypadkach rzecz się ma inaczej. W przypadku np., ogłoszonym przez prof. HOFFA'ę w r. 1900, chłopiec już w wieku 5-iu lat nie mógł sam wstać, gdy upadł; w wieku badania [lat 16] wykazywał niezgrabne, skrzepowane ruchy, ręce odstawały od tułowia w kształcie skrzydeł i przyprowadzenie ich normalne było niemożliwe. Na kościach, oprócz wyrosli, zauważono wykrzywienia i przykrócenia. BESSEL-HAGEN zebrał z literatury 20 przypadków kostniaków wielolicznych, przy których pojedyncze kości lub całe kończyny były skrócone; autor ten na zasadzie swych badań wyciąga wnioski, iż kostniaki wywierają wpływ ujemny na wzrost kości; mowa tu naturalnie o kostniakach większych, w naszych bowiem przypadkach kostniaki nie spowodowały skrócenia kości.

HOFFA dokonał w przypadku swym zdjęcia rentgenowskiego; zdjęć podobnych przy kostniakach do r. 1900 jeszcze nie robiono. Oprócz wyraźnego obrazu samych kostniaków, rentgenografia wykazała na wszystkich kościach, gdzie miały swe siedlisko kostniaki, albo brak zupełny linii nasadowych (*Epiphysenlinien*) albo nader słabe ich zarysy, co świadczy o zbyt wczesnem kostnieniu nasad. Podług dzieła IOHNA POLLAND'a (*Traumatic separation of the epiphys-*

ses), w którym autor przytacza szczegółowe dane co do kostnienia nasad każdej z kości długich, powinno ono mieć miejsce najwcześniej około 20 roku, gdy tymczasem chłopiec HOFFA'y miał lat dopiero 16. HOFFA przypuszcza, iż podo-

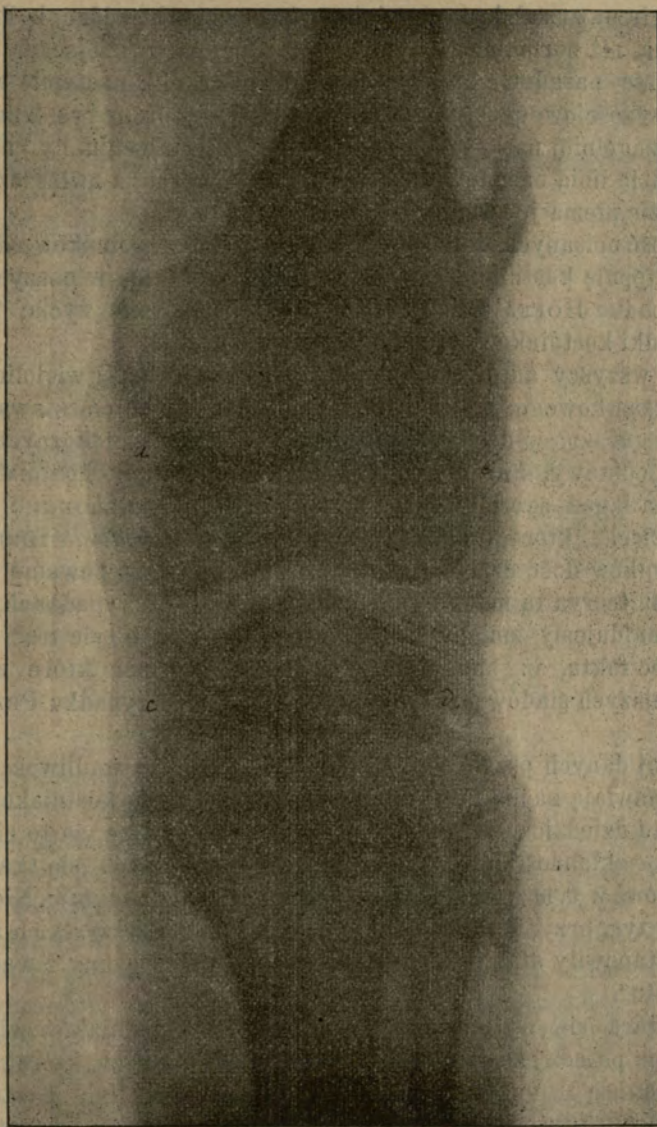


Rys. 1.

ne zmiany w nasadach zachodzą we wszystkich przypadkach kostniaków wielolicznych.

W pierwszym z naszych przypadków [dokonał zdjęcia rentgenowskiego kol. BARSCZEWSKI [z kości ramienia i przedramienia i kości dolnej kończyny].

Kostniaki wystąpiły bardzo wyraźnie: dość duży soplek kostny w okolicy wyrostka łokciowego, rozlane zgrubienie dolnego końca kości łokciowej, wraz z pewnem skróceniem samej kości [patrz rys. 1]. Kość promieniowa nieco wy-



Rys. 2.

krzywiona. Bardzo duże wyrośla wystąpiły na obrazie rentgenowskim kości dolnej kończyny: dolnego końca kości udowej i górnego odcinka kości goleniowych [patrz rys. 2].

Ze zdjęć rentgenowskich w naszym przypadku okazuje się, iż zgodnie z przypuszczeniem wypowiedzianem przez HOFFA'ę, linie nasad i w tym razie są znacznie węższe; nie nastąpił tu jeszcze zupełny zanik linii nasadowych, jak w przypadku HOFFA'y, gdyż mamy do czynienia z osobnikiem o 8 lat młodszym; w każdym razie na zasadzie zestawień porównawczych widać, iż linia nasadowa jest węższa, niż normalnie w tym wieku a w paru miejscach jest nawet przerwana [linie nasadowe na kości udowej i piszczeli]; nastąpiło więc tu już przedwczesne częścioweskostnienie linii nasadowej [por. na rys. 2 linie *ab* i *cd*]. Widać to szczególnie na kościach, uległych zniekształceniu, np. na kości promieniowej, gdzie linia nasadowa jest zaledwie widoczna, a zwłaszcza na kości łokciowej, gdzie niema jej wcale.

Większość opisanych dotąd przypadków dotyczy osobników od 10—20 lat. Niekiedy występują kostniaki znacznie wcześniej, jak np. w naszych przypadkach; w przypadku HOFFA'y zauważono je w trzecim roku życia; przytaczano nawet przypadki kostniaków wrodzonych.

Obecnie wszyscy autorowie zgadzają się, iż kostniaki wieloliczne są pochodzenia chrząstkowego; jaki jednak jest mechanizm ich powstawania? Pomiaryamy tu teorię urazu: co do powstawania kostniaków wielolicznych nie ma ona najmniejszej podstawy; starano się tłumaczyć powstawanie kostniaków działaniem zakażenia łagodnego lub toksyn na chrząstkę: LANNELONGUE spostrzegł kostniaki u dziecka, którego ojciec cierpiał na *osteomyelitis*. BRUN spotykał u takich osobników dość często gruźlicę. Wiązano występowanie kostniaków z krzywicą: o ile teoria ta mogłaby mieć zastosowanie w przypadkach, gdzie obok kostniaków w znajdujemy zmiany krzywicowe na kośćcu, o tyle traci zupełnie na wartości wobec faktu, iż spotykano kostniaki u dzieci, które nie wykazywały najmniejszych śladów krzywicy, jak np. w przypadku PRZEWOSKIEGO i HOFFA'y.

Najwięcej danych przemawia za teorią wrodzonej wadliwości w rozwoju kośćca. Przemawiają za nią fakty kliniczne: występowanie kostniaków w okresie rozwoju kości i dziedziczność tego cierpienia. ZIEGLER uważa to cierpienie za oddziedziczoną skłonność do nadmiernego nowotworzenia się tkanki kostnej. PRZEWOSKI mówi w tym względzie w opisie swego przypadku: „Nie ulega wątpliwości, że w tym przypadku, podobnie, jak prawie we wszystkich innych, liczne kostniaki stanowiły stan patologiczny wrodzony, związany z wadliwym rozwojem szkieletu“.

HOFFA stara się wytłumaczyć tworzenie się kostniaków wielolicznych, opierając się na przedwczesnem kostnieniu linii nasadowych, którego przyczynę stanowi, zdaniem HOFFA'y, wrodzony wadliwy zarys linii nasadowej: materiał, przeznaczony na wzrost kości w kierunku podłużnym, wskutek nieznanym nam dotąd bliżej zaburzeń w rozwoju linii nasadowych zużywa się na nie-normalny wzrost w kierunku poprzecznym.

Jak jednak wytłumaczyć występowanie kostniaków wielolicznych przy braku wszelkich zбочzeń we wzroście kości długich? Wogóle, o ile teoria wrodzonej wady rozwojowej ma najwięcej danych, za zupełnie uzasadnioną, jak dotąd, uważaną być jeszcze nie może.

L I T E R A T U R A.

1. Prof. PRZEWOSKI. Exostosis cartilag. multiplex, czyli osteomata chondralia multiplicia. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1900. (str. 329).
2. BROCA et DALAGLANDE. Traité des mal. des Enf. Grancher, Comby Marfan, Tom. V.
3. HOFFA. Ueber multiple cartilag. Exostosen. Fortschr. auf. d. Geb. der Roentgenstr. 1900. T. III Z. 4.
4. RERNICKE. Ueber die Erblichkeit der multiplen Wachstumsexostosen. Beitr. z. klin. Chir. v. Bruns, VII. 1891.
5. BESSEL-HAGEN. Langenb. Arch. XLI. 1890. str. 447.
6. ZIEGLER. Pathol. Anatomie. 1892.
7. GIBNEY. Hereditary multiple Exostosis. (4 przyp. w jednej rodzinie). Americ. Journ. of. medic. scienc. 1876.

III. Jakie wody mineralne, wewnątrznie użyte, przynoszą największy pożytek w skazie moczanowej i czego się po nich spodziewać można?

Napisał

Dr K. Ciagliński (Siedlce).

Kwestya to bardzo stara, ponieważ corocznie tysiące artrytyków pije różne wody mineralne i jeżeli poruszam ją dziś w słowach paru, robię to z powodu wielkiej różnaitości poglądów, jaka między lekarzami w tym względzie panuje i pragnę tylko zastanowić się, jaką odpowiedź na to pytanie dać mogą nasze dzisiejsze wiadomości balneoterapeutyczne; innemi słowami — o ile jesteśmy w stanie podzielać: 1) na samą przemianę materyi i 2) na usunięcie wadliwych jej produktów; pierwsze pytanie należy do najczęściej omawianych, a najmniej rozstrzygniętych w balneologii; drugie natomiast możemy dość ściśle rozwiązać.

Rozpatrzmy poszczególne składniki odnośnych wód mineralnych:

Że woda, „per se“ stosowana w większych ilościach, wywołuje obok zwiększenia ilości moczu także wzmożone wydzielanie mocznika, chlorków i wogóle części stałych — fakt to już dawno znany i różnie tłumaczony; po najświeższych jednak poszukiwaniach NOORDEN'a (*Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels*. Berlin. 1893) zdaje się nie ulegać wątpliwości, że zależy on wyłącznie od lepszego przepłukania tkanek, nie zaś od wpływu na przemianę materyi.

Co się tyczy działania roztworów NaCl—zdania są podzielone: wszyscy zgadzają się na to, że niezbyt koncentrowane roztwory wchłaniają się najłatwiej ze wszystkich wogóle roztworów solnych już w górnych odcinkach dróg

pokarmowych i działają silnie moczopędnie, czy jednak wydzielanie mocznika i wogóle części stałych moczu wzmagają się więcej, niż po wprowadzeniu odpowiedniej ilości czystej wody, jest dotąd nierozstrzygniętem. BISCHOFF, VOIT, FEDER znajdowali znaczniejsze wydzielanie mocznika, DUBELIR natomiast — zmniejszone wydzielanie tegoż; PUGLIESE i COGGI dochodzą do wniosku, że roztwory soli kuchennej działają na przemianę materii białkowej oszczędzająco. Ważne są w tym względzie doświadczenia KATZ'a, który robił na sobie doświadczenia z 1½% - wą solanką „Harzburg Cordoquelle“; przez 5 dni przed właściwym doświadczeniem autor utrzymywał się w równowadze azotowej, następnie przez 5 dni pił wodę: 1-go dnia 420 ctm. sz., następnych po 1050 ctm. sz. dziennie; znalazł zmniejszenie wydzielania substancji azotowych przez urynę, zrównoważone większą zawartością azotu w kale. Według NOORDEN'a i DAPPER'a, którzy operowali z solankami Kissingen i Homburg, nie można przypisywać roztworom soli kuchennej wyraźnego wpływu na rozpad ciał białkowych; GLAX twierdzi, że roztwory NaCl na przemianę materii nie wywierają wpływu, a przynajmniej tak nieznaczny, że można go wcale nie brać w rachubę.

Roztwory węglanów alkalicznych, jakkolwiek nie w tym stopniu co poprzednie, działają także moczopędnie; STADELMANN, robiąc doświadczenia na sobie i uczniach swoich, znalazł przy tem znaczne wzmoczenie wydzielania moczem HCl w związku z Na i K, z czego wnosi, że moczopędne działanie węglanów alkalicznych zależy od ich rozszczepienia i wytworzenia się chlorków.

Działanie węglanów na przemianę materii wyraża się podług SEEGEN'a, SEVERIN'a i MAYER'a zwiększonym wydzielaniem mocznika, zależnym od wzmoczonej przeróbki ciał azotowych; natomiast BURCHARDT i KLEMPNER widzieli tylko silne wahania w wydzielaniu się mocznika; podług JAWEN'a przyswajanie białka upośledza się tylko przy dawkach wielkich, działających czyszcząco; wielkie dawki zdają się też obniżać sprawy utleniania, jak to można wnosić ze zmniejszenia ilości kwasu siarczanego w moczu.

O ile użycie alkaliów, *resp.* wód alkalicznych wzmagają alkaliczność krwi i czy to w ogóle jest możliwym, żadnych pewnych wiadomości nie mamy, jak twierdzi SCHMIEDEBERG (*Grundriss der Arzneimittellehre*. Leipzig. 1895).

Nie można zato od czasu doświadczeń PFEIFFER'a podawać w wątpliwość własności rozpuszczania kwasu moczowego, którą posiadają głównie wody alkaliczne, [POSNER i GOLDENBERG], ale i alkaliczno-solne i solanki.

O działaniu roztworów węglanów ziem na przemianę materii nie wiemy nic prawie; natomiast nie ulega wątpliwości, że podnoszą ilość moczu i rozpuszczają kwas moczowy, co wykazały doświadczenia LEHMANN'a i POSNER'a. Na 14-ym Kongresie medycyny wewnętrznej w Wiesbaden 1896 r. zwrócił NOORDEN wspólnie ze STRAUSS'em uwagę na bardzo ważną właściwość związków wapna: wiążą one kwas fosforowy, przez co mocz robi się uboższy w ten ostatni i sposobniejszy do rozpuszczania kwasu moczowego i przy dłuższym nawet użyciu większych dawek moczu nie alkalizują, jak to ma miejsce przy dłuższym użyciu węglanu sodu, wiadomo zaś że silnie alkaliczny odczyn moczu zmniejsza jego zdolność rozpuszczania kwasu moczowego.

O działaniu na przemianę materii roztwotów soli obojętnych, *resp.* wód alkaliczno-solnych wiemy także niewiele: podczas gdy SEEGEN, znajdując przy swych doświadczeniach z wodą Karlsbadzką zmniejszenie wydzielania mocznika i chlorków sodu przy powiększeniu wagi ciała, wyprowadza wniosek, że woda ta na przemianę ciał białkowych wpływa hamująco, LONDON przy swych doświadczeniach ze Sprudlem nie znajdował żadnego wyraźnego wpływu na przemianę materii, natomiast LEVA, operując z Lucinsquelle, przy użyciu większych porcyi wody znalazł zwiększone wydzielanie mocznika przy niewzmóženem lub nawet zmniejszonym wydzielaniu kwasu moczowego i fosforowego.

Sole litynowe znajdują się w znanych nam wodach mineralnych w tak małych ilościach, że trudno im przypisywać jakieś działanie terapeutyczne.

Reasumując przytoczone dane, widzimy, że nic pewnego o działaniu wewnętrznie użytych wód mineralnych na przemianę materii nie wiemy; najprawdopodobniej jednak wpływ ich w tym kierunku jest albo żaden, albo bardzo nieznaczny; zatem pierwszego punktu naszego programu nie wypełniają.

Inaczej rzecz się ma z drugim punktem—usuwaniam z ustroju produktów wadliwej przemiany materii. Od czasu doświadczeń GARROD'a nie ulega wątpliwości, że głównym takim produktem, znajdującym się w sokach i tkankach interesujących nas chorych, jeśli nie we wszystkich, to przynajmniej w ogromnej większości przypadków, jest kwas moczowy; czy będziemy go uważali za truciznę chemiczną i nekrotyzującą, jak chce EBSTEIN, czy odkładanie się jego będziemy uważali za wtórne w tkankach zmienionych pod wpływem jakiegoś miejscowo działającego fermentu, jak twierdzi NOORDEN; czy przyjmiemy hipotezę MORDHORST'a ¹⁾ o krążeniu we krwi kwasu moczowego w postaci niewidzialnych drobinek (*Kugel-Uraten*), które osadzają się w tkankach pod wpływem zmniejszonej alkaliczności ich i zimna, następnie przy sprzyjających okolicznościach mogą zmienić się w igły kwaśnego moczanu sodu, a wreszcie w kryształki kwasu moczowego, które wypełniając naczynka limfatyczne, powodują wstrzymanie krążenia limfy i wybuch ostrego ataku podagry,—zawsze usuwając kwas moczowy z tkanek chorego ustroju, zrobimy mu przysługę.

Temu wskazaniu jesteśmy w stanie w znacznej mierze zadość uczynić: idzie o to, żeby przez wprowadzenie większych ilości wody do ustroju i jednocześnie zwiększenie wydzielania moczu, rozpuścić nagromadzony w tkankach kwas moczowy i przepłukać je, o ile można, dokładnie. Osiągnąć zwiększenie wydzielania moczu, nawet znaczne, można zapomocą każdego roztworu solnego, *resp.* każdej wody mineralnej, podawanej w większej ilości i na zimno, byle tylko koncentracja roztworu pozwalała na wchłanianie płynu w górnym odcinku dróg pokarmowych; pierwszeństwo jednak oddać należy lekkim solankom i roztworom węglanów alkalicznych. Niezmiernie ważną w tym względzie rolę odgrywa zawartość w wodzie wolnego kwasu węglowego, który wzmacnia znacznie działanie moczopędne, podnosząc ciśnienie w układzie tętniczym czy to odrucho-

¹⁾ MORDHORST. Zur Pathogenese der Gicht. Verhandlungen des XIV Congresses für innere Medicin. 1896.

wo, czy też, jak GLEX przypuszcza, na skutek chwilowego zwiększenia zawartości jego we krwi przy szybkim wchłanianiu.

A więc przy skazie moczanowej dla przepłukania tkanek należy podawać wodę zimną, ze znaczną zawartością kwasu węglanego wolnego, zawierającą niezbyt koncentrowane roztwory soli kuchennej lub węglanów alkalicznych, *resp.* sodu; zaś dla wypełnienia drugiej części wskazania—rozpuszczenia złogów kwasu moczowego,—mamy—jak to wyżej wykazano—głównie dwa środki: węglany alkaliu i węglany ziem alkalicznych, a między nimi głównie węglany sodu i wapnia, przyczem ten ostatni, jak to zaznaczono wyżej, pod niektórymi względami przewyższa pierwszy; należy więc starać się wybrać wodę, zawierającą przy znacznej zawartości wolnego CO², jeśli można, wszystkie 3 składniki: sól kuchenną, sodę i węglan wapnia, a jeśli takiej nie znajdziemy, to przynajmniej dwa z nich. Zdają się, że pod tym względem najwięcej zbliżają się do ideału wody, u nas mniej w tym celu używane: „*Wildungen Helenenquelle*“, która w litrze zawiera: 2,6 węglanów wapnia i magnezu oraz 1,0 soli kuchennej przy 1351 ctm. sz. wolnego kwasu węglanego, a dla osób dobrze odżywionych ze skłonnością do zaparcia: „*Tarasp Luciusquelle*“, zawierająca w litrze: 3,4 węglanów ziem ze znaczną przewagą wapnia, 3,6 soli kuchennej, 4,8 dwuwęglanu sodu, 2,1 siarczanu sodu przy 1060 ctm. sz. wolnego kwasu węglanego; mała zawartość [0,02] żelaza znaczenia niema. Do tej samej grupy zaliczyć należy także „*Rohitsch Styriaquelle*“, która zawiera jednak tak wielkie ilości węglanów wapnia i magnezu ze znaczną przewagą ostatniego, że nie przez każdy żołądek dobrze znoszona być może; zawiera ona w litrze: 5,3 węglanów ziem, 1,4 dwuwęglanu sodu, 1,9 siarczanu sodu przy 1583 ctm. sz. wolnego kwasu węglanego; wszystkie te źródła są zimne—ciepłoty 9, 5° i 8° R. i u nas także, o ile niema ubocznych przeciwwskazań, na zimno podawane być winny.

Za daleko mniej odpowiednią uważałbym więcej u nas używaną wodę „*Contrexeville Pavillon*“, która wolnego kwasu węglanego nie zawiera wcale i obok niewielkiej ilości węglanów ziem [1,3 w litrze] zawiera względnie znaczną ilość (1,1)—gipsu.

Jasnym jest, że ponieważ przy stosowaniu wód mineralnych, jak zresztą każdej metody terapeutycznej, oprócz *indicatio morbi* wypada się liczyć z wieloma innymi względami, spotkamy nie mało wypadków, w których — dajmy na to—stan narządu krążenia nie pozwoli na użycie wód, zawierających wielkie ilości wolnego kwasu węglanego, lub stan organów trawienia wymagać będzie użycia wody o wysokiej ciepłocie i t. p.; w takim razie wypadnie ordynację odpowiednio zmodyfikować.

Poparcie przytoczonych wywodów teoretycznych obserwacjami klinicznymi przy złożoności metody balneoterapeutycznej jest zadaniem zaiste trudnem: należałoby wybrać chorych, znajdujących się w tem samym stadium choroby z podobnymi przynajmniej warunkami osobniczymi i poddać ich działaniu różnych wód przy zupełnie identycznych innych czynnikach terapeutycznych i dyecie; warunki takie można sobie stworzyć w jakimś wielkim szpitalu, nie jesteśmy zaś w stanie stawiać w warunkach takich naszych pacjentów w kurorcie; jakkolwiekbydź, sądzę, że z biegiem czasu, kiedy się nagromadzi

większa liczba obserwacyi, pewne wnioski kliniczne wyciągnąć z nich będzie można.

L I T E R A T U R A .

- JULIUS GLAX. Lehrbuch der Balneotherapie. Stuttgart. 1897. T. I.
v. NOORDEN. Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels. Berlin. 1893.
BISCHOFF. Der Harnstoff als Mass des Stoffwechsels. Giessen, 1853.
VOIT. Untersuchungen über den Einfluss des Kochsalzes, . . . und der Muskelbewegungen auf den Stoffwechsel. München. 1860.
FEDER. Zeitschrift für Biologie. T. 13 i 14.
DUBELIE. Noch einige Versuche über den Einfluss des Wassers und des Kochsalzes auf die Stickstoffaufgabe vom Thierkörper. Zeitschrift für Biologie. T. 28 1892.
PUGLIESE UND COGGI. VIRCHOW's Jahresbericht für das Jahr. 1894. T. I.
STADELMANN. Ueber den Einfluss der Alkalien auf den menschlichen Stoffwechsel. Verhandlungen den IX Congresses für innere Medicin. Wiesbaden und Stuttgart. 1890.
SEEGEN. Ueber die Ausscheidung des Stickstoffs der in Körper zersetzten Albuminate Sitzungsberichte der K. Akademie der Wissenschaften, T. IV. 1867 und Studien über den Stoffwechsel. Gesammelte Abhandlungen. Berlin. 1888.
SEVERIN. Ueber die Wirkung des kohlen-sauren Natrons auf den Gehalt des Harns der Harnsäure und freier Säure. Inaug. Dissert. Marburg. 1868.
JAQUES MAYER. Ueber den Einfluss der Natronsalze auf den Eiweissumsatz im Thierkörper. Zeitschr. für klin. Med. T. 3. 1881.
BURCHARD. Ueber den Einfluss des kohlen-sauren resp. citronensauren Natrons auf den Stoffwechsel, speciell auf die Stickstoffausscheidung. Inaug. Diss. Dorpat. 1889.
KLEMPNER. Ueber die Stickstoff und Harnsäureausscheidung bei Zusatz von kohlen-sauren resp. citranensauren Natron. Inaug. Diss. Dorpat. 1889.
JAWEIN. Zur Frage über den Einfluss des doppelt kohlen-sauren resp. citronensauren Natriums in grossen Dosen gegeben auf den Stickstoffumsatz . . . Zeitschrift f. klin. Med. T. 22. 1893.
PFELFFER. Zur Aetiologie und Therapie der harn-sauren Steine. Verhandlungen des V Congresses für innere Medicin. Wiesbaden. 1886.
L. LEHMANN. Erden (erdige Brunnen) und Harnlöslichkeit. Deutsche med. Woch. 1879. Nr. 29.
POSNER. Zur Therapie des Harnsäureüberschusses. Berliner klin. Woch. 1890. Nr. 27.
NOORDEN-STAUSS. Zur Behandlung der harn-sauren Nierenconcremente. XIV Congress f. inn. Medicin. Wiesbaden. 1896.
SEEGEN. Physiologisch-chemische Untersuchungen über den Einfluss des karlsbadener Mineralwassers auf einige Factoren des Stoffwechsels. Wien med. Woch. 1860.
LONDON. Ueber den Einfluss des Kochsalz und Glaubersalzhaltigen Mineralwassers auf den Stoffwechsel. Zeitschrift f. klin. Med. T. 13. 1888.
LEVA. Ueber die Einwirkung des Taraspen-Wassers auf den Stoffwechsel. Berlin. klin. Woch. 1894. Nr. 11.
KATZ. Einfluss der Harzburgen Cordoquelle auf den Stoffwechsel in menschlichen Körper.
v. NOORDEN. Ueber den Einfluss den schwachen Kochsalzquellen auf den Stoffwechsel des Menschen. Frankfurt a. M. 1896.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

60. Erik Ekgren. O wpływie masażu na zawartość białka w moczu chorych na nerki.

Tak zwany białkomocz fizyologiczny spostrzegamy dość często po silnych ruchach mięśni lub po zimnej kąpeli. Można także wykazać ślady białka w moczu u ludzi zdrowych po spożyciu przez nich obfitej strawy białkowej. Wiadomo również oddawna, że silne podniety psychiczne mogą wywołać czasowy białkomocz. Wobec tego przy patologicznym białkomoczu pochodzenia nerkowego leczenie powinno polegać na usunięciu tych czynników, które już same przez się są w stanie wywołać fizyologiczne wydzielanie się białka. Ponieważ co do szkodliwości ruchów mięśniowych czynnych dla chorych na nerki jesteśmy już dobrze powiadomieni, przeto autor wziął sobie za cel badania wpływ ruchów biernych czyli masażu na białkomocz u ludzi, dotkniętych cierpieniem nerek. Nie będziemy tu opisywali sposobu i przebiegu jego badań, zaznajomimy tylko czytelników z ich wynikami, jako bardzo ważnymi pod względem praktycznym.

Główny wynik badań autora jest taki: pod wpływem ogólnego masażu ciała ilość białka w moczu chorych na nerki wzrasta dość znacznie, następnie ruchy z oporem kończyn górnych wywierają taki sam wpływ na wzrost białka, jak podobne ruchy kończyn dolnych. Zdaje się jednak, jakoby ciało mogło się jakoś przyzwyczaić do masażu.

Przyczyny tego faktu a tembardziej patogeniczy białkomoczu autor nie może wytłómaczyć. Skłania się jednak ku mniemaniu WEISS'a, który twierdzi, że podczas silnej pracy mięśni albo energicznego masażu ciała podnosi się ciśnienie krwi, potem jednak, po masażu a szczególnie, gdy po pracy mięśniowej następuje pocenie się, ciśnienie to pada.

Białkomocz jest w każdym razie jednym z najczęściej występujących objawów choroby nerek. Chociaż utrata białka nie przynosi bezpośredniej szkody ustrojowi, jednakże, jak twierdzi SENATOR, w niektórych razach już samo wydzielanie się białka drażni nerki. Wobec tego, ruchów z oporem lub ogólnego masażu ciała nie należy ordynować, jeżeli się nie wie na pewno, że dana osoba nie cierpi na białkomocz, albo przynajmniej należy zalecać wykonywanie zabiegów tych u podobnych pacjentów z największą ostrożnością i częstym badaniem moczu. Rozumie się, że w takim razie należy zaniechać i usuwania obrzęków u chorych na nerki zapomocą masażu.

(*Deutsche medicinische Wochenschrift*. 1902. Nr. 9).

J. Lipsztat.

61. W. Pick [z kliniki NEISSER'a]. Łuszczyca i cukromocz.

Do rzędu chorób skórnych o etyologii dotychczas nieznanej należy, niestety, tak często spotykana łuszczyca (*psoriasis*). Jedni badacze uważają ją za cierpienie miejscowe pasażystyczne, drudzy za nerwicę naczynioruchową, inni wreszcie widzą w niej przejaw dyskrazyi ogólnej. Z chorób konstytucjonalnych najczęściej łączą łuszczycę z gośćcem, dną oraz moczołwką cukrową.

Autor rozparuje tylko związek, istniejący pomiędzy łuszczycą a moczówką. Według danych statystycznych, zebranych przez WEINBRENNER'a, SCHÜTZ'a, NIELSSEN'a i innych, wśród kilkuset chorych na łuszczycę zdarza się jeden zaledwie przypadek moczówki. NAGELSCHMIDT, wychodząc z założenia, że, być może, zbieżność moczówki i łuszczycy zależy od niedostatecznej asymilacji cukru w obu tych cierpieniach, czynił badania nad cukromoczem pokarmowym u 25-iu chorych na łuszczycę i znalazł go aż w 20% wszystkich przypadków. Gdyby badania innych autorów potwierdziły podobny wynik, to mielibyśmy bardzo ważną podporę do przyjęcia łuszczycy za cierpienie konstytucjonalne. Autor również robił spostrzeżenia nad cukromoczem pokarmowym u chorych na łuszczycę. Otóż z 50-iu chorych na łuszczycę, otrzymujących cukier grochowy, u dwu zaledwie wystąpił cukromocz, gdy z 50-iu również chorych na inne cierpienia skórne [świerzba, pryszczycyca, świerzbieżka, pokrzywka i t. d.] stwierdzono cukromocz pokarmowy aż u trzech.

Ostatecznie autor sądzi, że cukromocz pokarmowy u chorych na łuszczycę należy do zjawisk rzadkich, przynajmniej nie występuje tu częściej, niż w innych cierpieniach skóry. Przypadkowe wykrycie cukru w moczu drobnego ułamka chorych na łuszczycę nie pozwala jeszcze przesądzać o łączności, istniejącej jakoby między łuszczycą a anomaliami przemiany materii.

(*Berliner klinische Wochenschrift*. 1902. Nr. 3).

J. Lipsztat.

62. M. B. Schmidt. O stosunku wysepek Langerhans'a trzustki do cukrzycy.

Ostatnimi czasy często poruszano kwestyę, czy w utlenianiu się cukru w ustroju odgrywają pewną rolę wysepki LANGERHANS'a. Wysepki te przedstawiają się w postaci małych grudek, leżących w zrazikach trzustki. Są one, prawdopodobnie, pochodzenia nabłonkowego; ograniczone są delikatną otoczką łączno-tkankową, zawierającą naczynia. Wewnątrz każdej wysepki znajduje się unaczyniona tkanka łączna i liczne komórki nabłonkowe. Pod względem budowy wysepki te podobne są do gruczołów, które nie posiadają przewodów wyprowadzających i którym przypisuje się pewną sekrecyę wewnętrzną. Do takich gruczołów należą: nadnercza, przysadka mózgowa, gruczoł tarczowy i ciała okołotarczowe (*corpora parathyreoidea*). Doświadczenia, robione przez SCHMIDT'a, MANASSEIN'a i innych, nie wykazały żadnego związku fizjologiczno-histologicznego między wysepkami L. a wyżej wzmiankowanymi gruczołami. Badając 23 trzustki ludzi, zmarłych na cukrzycę, autor tylko w dwóch przypadkach znalazł wyraźne zmiany w wysepkach bez zajęcia innych części trzustki, mianowicie: w jednym zwyrodnienie szkliste, w drugim ostre zapalenie śródmiąższowe.

(*Münch. med. Woch.* 1902 r. Nr. 2).

Springer.

63. L. R. Müller. Badania kliniczne i doświadczalne nad inerwacją pęcherza, кишки stolcowej i narządu płciowego.

W pracy bardzo obszernej, bo wynoszącej 70 stronik druku, autor poddał krytycznemu rozbirowi powtarzane za starymi fizjologami: BUDGE'm, LANBOIS'em i innymi twierdzenie, że w części lędźwiowo-krzyżowej rdzenia znajdują się ośrodki oddawania moczu, kału, erekcyi i ejakulacyi (*centrum ano-spinale, c. vesico-spinale, c. erectionis et ejaculationis*). Autor najpierw zanalizował krytycznie obfity materiał kliniczny, dotyczący wzmiankowanych wyżej zaburzeń w następstwie zniszczenia poprzecznego zupełnego lub częściowego rdzenia, w na-

stępsztwie wielo-ogniskowego stwardnienia rdzenia i przy wiaǳie rdzenia. Mięǳy innymi zaznacza, że cierpienia, umiejscowione w najniższych odcinkach rdzenia, powodują takie same zaburzenia w oddawaniu moczu i kału, co i zniszczenia poprzeczne w wyższych częściach rdzenia; przy cierpieniu stożka rdzeniowego (*conus medullaris*) możliwa jest *erectio et ejaculatio*.

Zaburzenia w oddawaniu moczu i kału przy wiaǳie rdzenia w pierwszej linii zależą od osłabienia czucia w pęcherzu i w kiszce stolcowej. Kapania moczu bez przerwy autor nigdy nie spostrzegął. Dalej autor podaje cały szereg badań doświadczalnych nad zwierzętami, którym niszczył na mniejszej lub większej przestrzeni rdzeń w dolnych odcinkach i obserwował zachowanie się rozpatrywanych czynności. Autor spostrzegął np. u psa, któremu wyjął cały rdzeń krzyżowy i większą część rdzenia lędźwiowego, *erectio penis* i *ejaculatio seminis*.

Oryginalne swe wnioski streszcza autor w ten sposób, że, zdaniem jego, oddawanie moczu, kału i nasienia przedstawia sprawę niezależną od żadnych ośrodków w rdzeniu, sprawę odruchową, zależną głównie od zwojów nerwu sympatycznego, leżących po za obrębem rdzenia. Chodzi tu wszak o czynności życiowe wegetacyjne, których inercyja zależy właśnie od nerwu sympatycznego. Wszystkie te trzy czynności stoją jeszcze w zależności od grup mięśni prądkowanych, inercowanych przez rdzeń, a mianowicie: *compressor urethrae*, *sphincter ani externus* i *musculus ischio- et bulbocavernosus*. Mięśnie te podczas oddawania moczu, kału i nasienia mogą być czynne przy udziale naszej woli, albo też jedynie odruchowo.

Autor podaje jeszcze schematy do szczegółowych badań, dotyczących owych czynności.

(*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. T. 21. Z. 1 i 2).

St. Kopczyński.

64. A. Brandweiner. Leczenie wrzodu wenerycznego zapomocą zamrażania.

Na klinice prof. NEUMANN'a autor wypróbował metodę zamrażania przy leczeniu wrzodów wenerycznych. Używano chlorku etylowego lub chlorku metylowego, z których ten ostatni jest o tyle praktyczniejszy, iż przy jego stosowaniu zamrażanie odbywa się daleko szybciej.

Technika nie różni się od praktykowanej przy miejscowem znieczuleniu. Po dokładnem obmyciu i osuszeniu wrzodu, skierowywa się nań strumień chlorku etylowego lub metylowego z odległości mniej więcej 20 ctm., jednak w celu przyspieszenia ulatniania się chlorku etylu dobrze est jednocześnie puścić na wrzód silny prąd powietrza [na prz. z baloniu, używanego przy żegadle PAQUELIN'a]. Zupełne zamrożenie następuje po upływie 3—5 min. Zamrożony i pokryty trwałym śniegiem wrzód należy natychmiast zasypać jodoformem i opatrzeć zwykłym sposobem. Zamrażania należy powtarzać przy leczeniu ambulatoryjnym jeden raz, a przy klinicznym dwa, nawet trzy razy dziennie w zależności od wielkości wrzodów wenerycznych. Nieraz już po jednym, zwykle jednak po 3—4 zamrożeniach, ewent. po 2—4 dniach wrzody oczyszczają się, tracą swe cechy specyficzne i pokrywają się zdrową ziarniną. Zamrażanie powoduje uczucie palenia, które trwa około 2-ch godzin.

W 33-ch z 40-u przypadków, leczonych wzmiankowanym sposobem, wyniki były zadowalające, zaś w 7-iu—ujemne. Nadmienić trzeba, iż wrzody, opatry-

wane po zamrożeniu nie jodoformem, lecz gazą wyjałowioną, oczyszczały się bardzo opieszale.

(Wiener klin. Wochenschr. 1902. Nr. 17).

R. Bernhardt.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 28-ym b. m. odbyło się w Krakowie [w zakładzie prof. SZAJNOCHY] nadzwyczajne posiedzenie celem uczczenia zasług, jakie w ciągu ćwierć wieku położył dr AUGUST KWAŚNICKI dla Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego i dla jego organu „Przeglądu Lekarskiego“, którego od lat kilkunastu jest niestrudzonym i wybornym redaktorem. Koledzy krakowscy, urządzając to posiedzenie, mieli na celu nie tyle przypomnienie zasług społeczno-lekarskich i naukowych dra KWAŚNICKIEGO, dobrze wszystkim znanych, ile by przy wydarzonej sposobności wypowiedzieć mu wyrazy szczerego podziękowania i uznania, do których i Redakcja naszego czasopisma z przyjemnością na tem miejscu się przylącza.

— Kol. KORYBUT-DASZKIEWICZ, lekarz politechniki warszawskiej, został mianowany ordynatorem Domu Wychowawczego, istniejącego przy tutejszym szpitalu Dzieciątka Jezus.

— **Zmarł** prof. KUSSMAUL.

— XII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie, dnia 14-go i 15-go lipca. Zgłoszono następujące wykłady:

1. Prof. KOSTANECKI: *Descensus testicularum*.
2. Dr BOGDANIK: O urazowie pęknięciu kiszki.
3. Docent dr A. SOŁOWJ: O operowaniu raka macicy sposobem WERTHEIM'a.
4. Prof. L. RYDYGIER: O wypiłowaniu szczęki górnej.
5. T e n ż e: Przyczynki do chorób dróg moczowych [z demonstracją preparatów].
6. T e n ż e: Truskawiec w cierpieniach dróg moczowych.
7. Dr SŁĘK: O nowotworach na kończynach.
8. T e n ż e: O operowaniu hemoroid sposobem WHITEHEAD-ESMARCH'a.
9. Dr PUFF: *Osteoma orbitae* [z demonstracją preparatu].
10. Dr ZALEWSKI: Zmiany w górnych drogach oddechowych u głuchoniemych w młodym wieku na podstawie badań w instytucie lwowskim.
11. Dr ANT. RYDYGIER: Kryoskopja moczu po narkozie chloroformowej.
12. T e n ż e: O wynikach późniejszych po operowaniu wodniaka moszen sposobem WINKELMANN'a.
13. Dr JASIŃSKI: O torbielach trzustki.
14. T e n ż e: O skórzakach w okolicy krzyżowej.

L. Rydygier.

Przewodniczący Zjazdów chir. polsk.

SANATOGEN

26—13

Środek wzmacniający.

Tonicum, zupełnie nie drażniące.

pp. Lekarzom próbki i broszury wysyła bezpłatnie reprezentant

p. Biertümpfel,

WARSZAWA, Marszałkowska 136.

Fabrykanci: BAUER & C-o

Berlin S. O. 16.

MAGISTRA A. BUKOWSKIEGO

Apteka i Pracownia Chemiczna

12—10

Marszałkowska Nr. 54.

poleca własnego wyrobu:

Ampulles cacodylliques № 1—2 i 3 po 1 ctm. sześć. Pudełko 10 szt. 1,50 kop.

Sirupus jodo-tannicus phosphatus stosowany w pedyatryi zamiast tranu, zawiera 0,2% jodu w połączeniu z garbnikami, 0,04% fosforu i 0,4% tlenku wapnia w stanie rozpuszczalnym. Cena flaszki 75 kop.

Sirupus Thymi cps. używa się w pedyatryi zamiast pertussis niemieckiej przy kaszlu. Cena flaszki 60 kop.

Pastyłki: z Extr. Hydrastis sic. à 0,25, **Haematogeni sicci** à 0,3, **Ferratini** 0,1 c. Sol. **Fowleri gutt 1**, pokryte masą kakaową.

Glandulae parotis siccae w pastylkach à 0,3

Suppositoria i Solutio Suprarenalini.

6—2

Dr. W. Bujakowski

stale ordynuje

w *Druskienikach.*

D-r Feliks Kołakowski

Choroby zębów i szczęk, plomby, zęby sztuczne, aparaty.

12— 2

Krucza 41.

DR. CZESŁAW OTTO

praktykuje jak dawniej w Busku.

Pół włóki

nad rzeczką, pod lasem Milanowskim, przy samym plancie Kolei Wiedeńskiej, sprzedam na morgi.

Jerozolimska 63 m. 2 do 2-ej.