

GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ R. D. PROF. DRA L. RYDYGIERA WE LWOWIE.

I. KILKA UWAG W SPRAWIE LECZENIA GRUŹLICY JĄDER.

[Według referatu, który miał być przedstawionym na XI Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie].

Napisał

Dr M. W. Herman,

asystent kliniki.



Szanowni Panowie!

W sprawie leczenia gruźlicy jąder mówiono na naszych posiedzeniach już dwukrotnie. Po raz pierwszy poruszył ten temat w r. 1892 prof. W. WEHR, a po raz drugi ubiegłego roku doc. L. KRYŃSKI.

Wykład pierwszy, wywołany został znaną propozycją BARDENHEUER'a, który, wychodząc z założenia, że gruźlica przyjądra bywa bardzo często pierwotną sprawą i że potrzeba czasu, przynajmniej kilku miesięcy, zanim stamtąd na jądro właściwe się przeniesie, usiłował wycięciu przyjądra nadać walor typowej metody. Metoda ta nadawałaby się oczywiście tylko do przypadków początkowych, a zaleta jej polegałaby na zachowaniu dla organizmu jądra właściwego. Nie wiem, czy wielu zwolenników i których metoda ta znalazła. Lecz wiem, że nie uznali jej: DUERR, KOCHER, BRUNS i inni. Również protestem przeciwko tej metodzie był wykład WEHRA. Oparciem dla prelegenta były wówczas preparaty anatomiczne. Chodziło o 35-letniego mężczyznę, który od 7-miu miesięcy zauważył guzik wielkości orzecha łaskowego w ogonie przyjądra. Jakkolwiek badaniem klinicznym w jądrze właściwym zmian stwierdzić nie można było, wyjęto jądro w całości. Badanie anatomiczne wykazało liczne prosówkowe gruzełki rozsiane w całym jądrze.

Późniejszy wykład KRYŃSKIEGO był jakoby echem dyskusji, toczących się rok przedtem w towarzystwach chirurgicznych paryskich. Zgadzano się tam,

prawie jednomyślnie, na to, aby w obec gruźlicy jąder zachowywać się bardzo powściągliwie i wycinając ogniska chorobowe, pozostawiać tkankę niezajątą. Gorącymi rzecznikami takiego postępowania byli wówczas, a pewno i dziś są: QUENU, RECLUS, LUCAS CHAMPIONIÈRE, TUFFIER, ROUTIER, BARY, DELBET, POIRIER, SCHWARTZ i w. in.

Przemawiając przeciw trzebieniu, jako metodzie z wyboru w przypadkach gruźlicy jąder, autorowie ci opierają się na następującem rozumowaniu:

1. Gruźlica nie zawsze zajmuje równocześnie przyjądrze i jądro, gdyż, jak doświadczenie naucza, ogranicza się najczęściej do samego przyjądrza. Pucóż zatem usuwać cały narząd, kiedy tylko część jego jest chorą?

2. Z drugiej natomiast strony, bardzo często nawet kastracya nie jest operacją doszczętną, gdyż równocześnie mogą być zajęte i inne części układu moczopłciowego i to tem prawdopodobniej, że, zdaniem autorów francuzkich, gruźlica w układzie moczopłciowym częściej szerzy się, zstępując od nerek lub od gruczołu krokowego.

3. Dalej, kastracya nie jest wcale zabiegiem obojętnym dla ustroju ludzkiego. Występują niekiedy ciężkie zaburzenia nie tylko w sferze psychicznej, ale i w ustroju.

4. Do trzebienia zniechęcają przypadki i to wcale nierzadko obserwowane, że po jednostronnem wycięciu jądra, w pewien czas potem zjawiała się gruźlica w drugim, albo też po obustronnem wytrzebieniu, rozwijała się dalej i bez przeszkody w innych częściach układu moczopłciowego.

5. Natomiast, zdaniem tych samych chirurgów francuzkich, jądro jest dość odporne na różne zabiegi operacyjne, odporniejsze niż inne narządy gruczołowe z przewodami. Po wycięciu całego przyjądrza lub po zrezekowaniu przewodu nasiennego, jądro nie zanika, mimo, że jego specyficzny produkt nie zostaje zeń odprowadzonym. I jakkolwiek ta jedna jego czynność traci wówczas znaczenie, pozostaje druga, ważna dla jednostki, t. j. „*secretion interne*“.

Nad obu wykładami WEHRA i KRYŃSKIEGO rozwinęła się ożywiona dyskusya, w której wygłaszano, jak to zwyczajnie bywa, różne zapatrywania. Ogólnie tylko zaznaczyć można, że po pierwszym wykładzie większość przemawiała za postępowaniem radykalnem, pojedyncze tylko i nieśmiałe głosy stawały w obronie metod zachowawczych, po drugim zaś wszyscy, którzy przemawiali, godzili się w zapatrywaniach z prelegentem, względnie z chirurgami francuzkimi.

We Francyi te zasady postępowania oszczędzającego, o ile możności, jądro, rozwijały się dalej. X. DELORE, zwolennik wycięcia przyjądrza w *epididymitis tuberculosa*, zaleca, aby w każdym przypadku dodać orchidotomię rozpoznawczą, a nawet częściową orchidektomię, jeżeli się tego potrzeba okaże. Przez przecięcie jądra chce się autor przekonać, czy w tkance jego są już rozsiane gruzełki prosówkowe. Tu już dodam, że przeciw temu postępowaniu podniosły się głosy, twierdzące, że 1) orchidotomia nawet nie daje dokładnego wyobrażenia o stanie jądra, gdyż zdarzyć się może, że wprowadzie na po-

wierzchni rozkroju gruzełków nie zobaczymy, to jednak poniżej tej płaszczyzny mogą one istnieć nawet w sporej liczbie, a 2) to właśnie dyagnostyczne przecięcie może się stać dopiero przyczyną zakażenia zdrowej dotychczas tkanki.

Inną drogą, jeszcze bardziej zachowawczą, zdaje mi się jednak mało racjonalną, poszedł MAUCLAIRE. Ten leczyć chce gruzlicę jąder przez podwójne podwiązanie i wycięcie przewodu nasiennego, czy też całego sznurka. Po tym zabiegu następuje zanik jądra a z nim i tkanki gruzliczej, o ile ta zropieniu nie uległa. Wielekroć bowiem razy przed operacją stwierdził ropienie, gojenie następowało tak powoli, że aby je przyspieszyć, musiał ropnie przecinać i ściany jamki wyskrobywać. MAUCLAIRE zauważył również, że czem młodszym był operowany, tem szybciej następował zanik jądra. U chorych wyżej 50-ciu lat zanik następował bardzo powoli.

Poza granicami Francji nie wszyscy przyjęli te jakoby nowe poglądy. Przypomnieć bowiem trzeba, że już o wiele przedtem BARDENHEUER ogłosił swą *resectio epididymis* a po zatem ten i ów z chirurgów w szczególnie korzystnych warunkach ograniczał się na bardzo częściowych zabiegach. ALBERT zasadniczo i w każdym przypadku zachowywał się wobec gruzlicy jąder wyczekująco.

Podobne stanowisko zajmuje od dawna GUSSENBAUER, jak to wynika z jego przemówienia w dyskusji nad tą sprawą na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich. Trzebieenie ogranicza do przypadków niezwykle ostro i gwałtownie przebiegających. Tę opinię podzielają również SCHLANGE, STEMPEL, BIER i HENLE. RYDYGIER ze swojej praktyki ma przypadek, w którym już przed 5-ciu laty ograniczył się do wyskrobania ogniska serowatego w przyjądrzu i osiągnął trwałe wyleczenie bez zaniku jądra. Dalej przypominam, że jeszcze w r. 1896 SENN zalecał wstrzykiwanie mieszanki jodoformowej w ogniska gruzlicze przyjądrzy.

Coś podobnego, ale już w odmiennym sensie, zalecał BUENGNER na 30-tym Kongresie chirurgów niemieckich. Radził on mianowicie, aby w przypadkach gruzlicy, zajmującej nietylko jądra, ale i gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne, po dokonanej kastracji, uprzystępnic sobie przewód nasienny i przezeń nastrzykiwać mieszankę jodoformową.

Wszystko to jednak poszło w zapomnienie i dopiero od czasu nawoływań chirurgów francuzkich, zaczęto mówić o oszczędzającym leczeniu gruzlicy jąder, jako o metodzie nowej; i młodszy chirurgowie niemieccy, jak: O. LAUZ i PAYR, dopiero od francuzów uczą się tych zasad konserwatywnych.

Naprzeciw tego obozu, broniącego z całych sił całości jąder, staje drugi— radykalistów, a jak w tamtym tak i w tym wykazać można różne odcienia. Najskromniejsi to ci, którzy ostatecznie godzą się na kastrację, ale tylko jednostronną, protestują zaś przeciw obustronnej. Tu np. należą z chirurgów francuzkich BERGER i REYNIER. Bardziej radykalnym jest BUENGNER, który nie tylko nie wzdyga się w danym razie przed wytrzebieeniem zupełnem, ale dodaje jeszcze dawniej już zalecane wyrwanie przewodu nasiennego. Tego roku jeszcze zalecał ten zabieg i uspokajał trwożliwych, że po wyrwaniu *vasis*

deferentis nie naddziera się otrzewna, ani nie powstają krwotoki. Jeszcze o krok naprzód posuwa się R. KOENIG, który trzebiąc metodycznie, otwiera kanał pachwinowy, odszukuje przewód nasienny, śledząc go możliwie daleko do miednicy małej i przecina tak nisko, jak może i w częściach, które uznał za zdrowe. A gdy wykryje w gruczole krokowym daleko posunięte zmiany, i ten sobie uprzystępnia z cięcia parasakralnego.

Do krańcowych radykalistów należą BOLTON, V. MOSCHKOWITZ i H. H. YOUNG. Pierwszy z nich, po wykonaniu typowej kastracji odsłania gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne, gruczęlicę zajęte, przez tymczasowe wypilowanie kości krzyżowej sposobem RYDYGIERA, poczem gruczoł i pęcherzyki wyluszcza. V. MOSCHKOWITZ tak samo chce za każdym razem wydalić wszystko gruczęlicę zajęte. Więć w odpowiednich przypadkach, po wytrzebieniu prowadzi przez międzykrocze cięcie poprzeczne [jak O. ZUCKERKANDL w innym celu], odsłaniając tym sposobem dno pęcherza, prostatę, i pęcherzyki nasienne. Widocznie jednak i tego nie dość. Niedawno bowiem chirurg amerykański H. H. YOUNG wskazał nowe drogi. W przypadkach rozległej gruczęlicy narządu płciowego przecina powłoki brzuszne w smudze białej od spojenia łonowego aż ponad pępek, gdzie dodaje jeszcze cięcie poprzeczne, tak szerokie, jak oba mięśnie proste. Otrzewnej jednak nigdzie nie przecina. Odsuwa ją na tępo, zwłaszcza z całego pęcherza i z zatoki DOUGLAS'a. Tak przygotowawszy pole operacyjne, w miarę potrzeby wyluszcza pęcherzyki nasienne i gruczoł krokowy, przecina pęcherz i wyskrobuje owrzodzenia gruczęlicze na jego błonie śluzowej a rozszerzywszy kanał pachwinowy wciąga przezeń do jamy brzusznej jądra i wydała je wraz z nieprzerwanym przewodem nasiennym. Tym sposobem operował dwóch chorych i obaj, co w tem wszystkim najdziwniejsze, zabieg ten zniesli. Nowy dowód, jak wiele człowiek wytrzymać zdoła!

Obóz radykalny wytacza na poparcie swych zapatrywań ciężkie działa w postaci statystyk, obfitych w liczby i w czas obserwacji. Ostatnie zestawienie BRUNS'a obejmuje 111 przypadków z 34-letni lat. W tem 78 chorych przebyło jednostronną kastrację, 33 obustronną. Z pierwszych zmarło 12% na dalej postępującą gruczęlicę narządu moczopłciowego, stwierdzoną już podczas operacji; na gruczęlicę innych narządów, głównie płuc, zmarło 15%; u 26% wystąpiła następnie gruczęlica drugiego jądra, 46% pozostało zupełnie zdrowych i to przez 3 do 34-letni okres obserwacji. Z chorych trzebionych po obu stronach 15% umarło skutkiem gruczęlicy narządu moczopłciowego, 25% na gruczęlicę innych narządów, natomiast 56% zostało przy życiu [w 3 do 30 lat po operacji] i cieszy się zupełnym zdrowiem. BRUNS wyraźnie zaznacza, że u chorych zupełnie trzebionych nie występowały nigdy objawy z braku jąder, w szczególności nigdy nie stwierdził żadnych patologicznych objawów psychicznych.

Nie mniej obfita statystyka SIMON'a stwierdza na 107 przypadków kastracji 96% wyleczeń.

Obóz umiarkowanych nie rozporządza takimi cyframi, brak ten przeto stara się wypełnić rozumowaniem i dowodzeniem teoretycznym. Po której stronie prawda?

Jednem słowem rozstrzygnąć kwestyi spornej nie można i trzeba wielu argumentów, aby w tak delikatnej sprawie oświadczyć się za jedną lub drugą stroną. Względ na tę okoliczność niechaj usprawiedliwi długie wywody, jakie nastąpią.

Nie zacznę od HIPPOKRATESA, lecz tylko od patogenезy gruźlicy jąder. Dla nas, ludzi dzisiejszych, nie ulega żadnej wątpliwości, że gruźlica jąder jest sprawą infekcyjną, wywołaną przez specyficzne prątki Koch'a. Nie wiemy tylko jak i skąd prątki owe do przyjądrzy się dostają, nie wiemy, czy w gruźlicy układu moczowo-płciowego jądra są pierwszym punktem zaczepienia, czy też zawsze ulegają zakażeniu z innego miejsca tegoż układu i w końcu nie wiemy, czy gruźlica w jądrach może być jedynem ogniskiem chorobowem w ustroju, czy też zawsze jest już sprawą przerzutową? Na te pytania otrzymuje się tyle odpowiedzi, wiele ich tylko wogóle dać można. Więc jedni mówią, że częściej [a może zawsze?] jądra zostają zakażone z jakiegoś miejsca wyżej [np. w prostatie] położonego, drudzy naodwrot twierdzą, że zwykle gruźlica szerzy się od jąder w górę. Wątpliwości nie usuwają obserwacye kliniczne, te bowiem zawsze szwankują i można je łatwo dociągać do własnych teoryi. Przypadki sekcyjne sprawy nie rozjaśniają, w takich bowiem razach zmiany bywają już tak daleko posunięte, że trudno ocenić gdzie było pierwotne ognisko i w którym kierunku infekcyja się szerzyła. Eksperymentów nie wiele, a i tych wartość względna. W ostatnich czasach BAUMGARTEN robił doświadczenia na królikach i wygłasza zapatrywanie, że w układzie moczowo-płciowym gruźlica szerzy się tylko w kierunku zstępującym t. zw. kierunku prądu wydzielnego, a więc: z nerek przez moczowody do pęcherza, a z jąder przez przewody nasienne do gruczołu krokowego. BRUNS na podstawie swej statystyki przychyliła się zupełnie ku zapatrywaniom BAUMGARTEN'a, a na podstawie pewnej części własnych spostrzeżeń przyznać mu może słusność każdy z chirurgów. Natomiast inna część obserwacyi sprzeciwia się takiemu pojmowaniu kwestyi, a czyni tak np. większość chirurgów francuzkich. Również brakuje apodyktycznej odpowiedzi na drugą połowę powyższego pytania: czy gruźlica w jądrze może być pierwotną i jedyną sprawą chorobową w całym ustroju, czy też zawsze występuje jako sprawa przerzutowa z innego ogniska? Nie jeden z nas na pewno ze swej praktyki takie przypadki, w których po odjęciu jednego gruźliczego jądra operowany na resztę życia nigdy żadnych zmian gruźliczych nie przedstawiał. Większość jednak spostrzeżeń, a przynajmniej znaczna ich część z naszej kliniki wykazuje, że gruźlicę jąder widuje się u ludzi z wyraźną budową gruźliczą (*habitus phthisicus*), okazujących zmiany w innych narządach, głównie w płucach.

Streszczając się, tak odpowiedziałbym na powyższe pytania: Gruźlica jąder u ludzi chyba nader rzadko bywa sprawą pierwotną w ustroju. Najczęściej w jądrach *tuberculosis* występuje jako sprawa przerzutowa [najprawdopodobniej drogą naczyń żylnych] z innego, chronologicznie wcześniejszego ogniska [płuca, kości]. W zamkniętym układzie moczowo-płciowym bywają jądra, obok nerek, pierwszym narządem dotkniętym sprawą chorobową. Jądra bowiem i nerki, jako narządy gruczołowe z obfitą siecią naczyniową i obdarzone

funkcją samodzielną, są w tym układzie-moczo płciowym najbardziej wystawione na wpływy, które z nich czynią *locus minoris resistentiae* w obec inwazyi prątków gruźliczych. Ta infekcyja przerzutowa nastąpić może jedno- lub wielo-miejscowo, to znaczy, że zakażeniu ulegz może tylko jedno jądro, albo oba, albo równocześnie z jądrami mogą zostać zakażone i nerki.

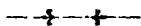
[C. d. n.].

Z ODDZIAŁU CHOROÓB NERWOWYCH DRA W. GAJKIEWICZA W SZPITALU STAROZAKONNYCH
W WARSZAWIE.

II. PRZYPADEK PRZYMOTU RDZENIA Z OBJAWAMI BROWN-SÉQUARD'A.

Napisał

Konstanty Stróżewski.



Nowsze prace, poświęcone sprawie przymiotu rdzenia, wyodrębniają następujące typy kliniczne owego cierpienia: 1) zapalenie opon rdzeniowych (*meningitis spinalis syph.*), 2) zapalenie jednoczesne opon i rdzenia (*meningo-myelitis syph.*) i wreszcie 3) zapalenie samego rdzenia (*myelitis syphilitica*). Najczęściej cierpieniu ulegają jednocześnie opony rdzeniowe i sama istota rdzenia, z tego powodu *meningo-myelitis* należy do najzwyczajniejszych postaci przymiotu rdzenia.

Objawy, jakie dają powyższe typy kliniczne, zależne są między innymi od umiejscowienia w rdzeniu sprawy chorobowej i od rozległości zmian anatomicznych; w ogólnym zarysie przedstawiają się pod postacią porażen zupełnych lub niezupełnych obu lub jednej górnej lub dolnej kończyny; niekiedy zaś pod postacią porażenia połowicznego lub wszystkich 4 kończyn. Często przytem bywają zaburzenia czuciowe i niedostateczność zwieracza pęcherza i kiszki prostej. W rzadkich przypadkach przymiot rdzenia daje obraz kliniczny, znany pod nazwą typu BROWN-SÉQUARD'a. Dotychczas w literaturze niewiele ogłoszono podobnych przypadków, zwłaszcza porażen połowicznych ze wszystkimi odpowiednimi objawami. W niektórych z tych przypadków rozpoznawano za życia gumat rdzenia, lecz badanie pośmiertne nie potwierdzało rozpoznania klinicznego. Na oddziale dra GAJKIEWICZA spostrzegalem przypadek przymiotu rdzenia o czystym typie BROWN-SÉQUARD'a. Przypadek ten poniżej podaje.

M. P. lat 26, woźnica. Na 3 tygodnie przed wstąpieniem do szpitala, jakoby wskutek przeziębienia chory poczuł ból w okolicy szyjowej kręgosłupa, następnie w lewej ręce; w tydzień potem wystąpiło osłabienie lewych kończyn, pierwszej nogi, potem ręki. Przymiot i nadużycia wyskokowe chory neguje. Kawaler. Rodzina chorego zdrowa; chory miał trypra przed 8-iu laty; szankra nie było. W 10-ym roku życia 2 owrzodzenia na plecach, po których zostały blizny głębokie. Zresztą zawsze był zdrow. Przy zapisywaniu się na oddział dnia 20. X. 1900 znaleziono stan następujący: na skórze liczne białe głębokie blizny, zwłaszcza na tułowiu i szyi. Gruczoły chłonne powiększone. Na kośćcu zmian nie widać. Żrenice nierówne: prawa szersza i oddziaływa na S. i A., lewa węższa i nie oddziaływa. Nerwy twarzowy i podjęzykowy w porządku. Ruchy głową ograniczone. Z lewej strony szyi znaczne obrzmienie, przy którego dotykaniu występuje silny ból. Górna lewa kończyna wisi nieruchomo; bark lewy stoi niżej od prawego. Ruchy w tej kończynie bardzo ograniczone, palcami i ręką zupełnie niemożliwe. Czucie zachowane na niej zupełnie. Odruch łokciowy silny. Lewa dolna kończyna osłabiona, ale mniej, aniżeli górna lewa. Odruch kolanowy lewy silniejszy od prawego; odruch z Achillesa silny, lekki *clonus pedis sin.*; z lewej strony objaw BABIŃSKIEGO. Odruchy brzuszne istnieją. Ból i ciepłość chory czuje mniej na prawych kończynach i na prawej połowie tułowia, aniżeli na lewej stronie (*hypealgnesia*, miejscami *analgesia dextra*). Czucie na dotyk niekiedy gorsze na górnej prawej kończynie, aniżeli na lewej, niekiedy jednakowe; na twarzy, tułowiu i dolnych kończynach jednakowe z obu stron. Czucie mięśniowe zachowane. Zaników, ROMBERG'a niema. Chód paretyczny. Mocz, wypróżnienia, serce, płuca w porządku.

Dnia 11. XI. 1900. Chory rusza lepiej głową, we wszystkie strony. Obrzmienie szyi prawie zupełnie zniknęło. Lewa żrenica węższa, obie oddziaływają na S. i A. Nerw twarzowy i podjęzykowy w porządku. Bark lewy niżej stoi od prawego. Chory cokolwiek porusza palcami i w łokciu; *supinatio* i *pronatio* możliwe. Ruchy lewą dolną kończyną lepsze. Odruchy z lewej strony: kolanowy i z Achillesa silny; *clonus pedis* i BABIŃSKIEGO. Czucie z prawej strony osłabione na ból i ciepłość; z lewej w porządku. Chory chodzi bez pomocy, silnie ciągnąc lewą nogę. Kości, mięśnie i stawy z lewej strony bolesne przy uciskaniu. Skarży się na silny ból nad lewem uchem; słyszy dobrze. Badanie wziernikiem zmian nie wykrywa.

Dnia 7. XII. Opuchnięcie szyi zniknęło. Przy elektryzacji [statyczną maszyną], chory nie czuje bólu na prawej stronie [prócz głowy]. Gruczoły szyjowe powiększone, łokciowe bardzo małe. Głowa nie boli. Ruchy szyjowe swobodne. Żrenice równe, dość wąskie, oddziaływają dobrze. Nerwy VII i XII w porządku. Ruchy górną lewą kończyną wszystkie możliwe, ale niezgrabne i słabsze, aniżeli prawą, zwłaszcza palce ręki. Dynamometr $\left\{ \begin{array}{l} \text{pr.} = 65 \\ \text{lewa} = 15. \end{array} \right.$ Odruch łokciowy lewy silniejszy od prawego. Napięcie mięśni w lewej górnej kończynie zwiększone. Czucie na kończynach górnych na dotyk, ból i temperaturę dobre i jednakowe z obu stron. Na tułowiu osłabienie czucia zaczyna się

z przodu od sutki, a z tyłu od połowy łopatki z prawej strony. Ruchy dolną lewą kończyną wszystkie możliwe, ale słabsze, aniżeli prawą. Odruch kolanowy i z Achillesa silniejszy z lewej strony; *clonus sin.* Czucie na prawej nodze słabsze, aniżeli na lewej, miejscami zupełne znieczulenie. Odruch brzuszny na prawo jest, na lewo go niema. Odruch z moszny jest. Czucie mięśniowe dobre. Zaników niema.

Dnia 14. I. 1901. Stan chorego przy wypisywaniu się z oddziału był następujący: źrenice równe i dobrze oddziaływają; nerwy czaszkowe w porządku. Siła lewej kończyny górnej nieznacznie słabsza od prawej: dynamometr $\left\{ \begin{array}{l} \text{pr.} = 80 \\ \text{lew.} = 65 \end{array} \right.$; ruchy cokolwiek mniej zgrabne. Odruch łokciowy lewy żywszy. Dolne kończyny co do siły jednakowe; chodzi chory zupełnie dobrze. Odruch kolanowy i z Achillesa żywszy lewy; *clonus pedis sin.*; objaw BABIŃSKIEGO z lewej strony wyraźniejszy, niż z prawej. Odruchy brzuszny i z moszny istnieją. Czucie wogóle jednakowo dobre, z wyjątkiem okolicy nad prawem biodrem i miejscami na prawem udzie, gdzie mamy *hypalgesiam*. Zresztą chory zdrów zupełnie.

Streszczając w krótkich słowach powyższy przypadek, widzimy, żeśmy mieli następujące objawy: porażenie ruchowe lewych kończyn, znaczne zaburzenia czuciowe na prawych kończynach, obrzmienie lewej okolicy szyjowej. W wywiadach zaś brak przymiotu. Przy różniczkowym rozpoznaniu musieliśmy brać pod uwagę nowotwór, mianowicie *lympho-sarcoma*, który widocznym stała się na szyi, a w głębi mógł wywierać ucisk na lewą połowę rdzenia, dając tym sposobem objawy porażenia o typie BROWN-SÉQUARD'a. Jednakże liczne bliźny głębokie na różnych częściach ciała chorego, obrzmienie chłonnych gruczołów łokciowych kazało przypuszczać przymiot, jako przyczynę całego cierpienia. Z tego też względu zalecono choremu wcieranie szaruchy i wewnątrz jodek potasu. Leczenie to doprowadziło chorego do zupełnego zdrowia; tym sposobem potwierdziło rozpoznanie przymiotu. Brak przymiotu w wywiadach u chorych naszych szpitalnych należy do pravidła; w znacznej mniejszości przypadków niewątpliwego przymiotu ośrodków nerwowych, chorzy wiedzą o pierwszych i drugich objawach przymiotu. Trudno sądzić, kiedy nastąpił pierwotne zakażenie w danym przypadku; wiemy obecnie, że ciężkie objawy przymiotu układu nerwowego, zaliczane do trzeciorzędnych przejawów przymiotu, mogą występować bardzo wczesnie po pierwotnym zakażeniu. Znany przypadek, gdzie takie objawy, jak porażenie połowiczne występowało już po jednym lub po paru miesiącach po zarażeniu się przymiotem. A więc i w danym przypadku trudno sądzić, kiedy miało miejsce pierwotne zarażenie się przymiotem; bliźny przemawiają za tem, iż musiało ono nastąpić w dzieciństwie chorego, zwłaszcza, że chory sam pamięta, iż bliźny owe istnieją u niego od bardzo dawna.

A teraz ciekawa kwestya z jakim typem przymiotu rdzenia mieliśmy do czynienia w danym przypadku i gdzie znajdowała się sprawa choroby? Objawy kliniczne świadczą za umiejscowieniem cierpienia w dolnej części szyjowej rdzenia, ponieważ mieliśmy porażenie obu lewych kończyn, a zarazem objawy

ze strony lewej źrenicy. Ponieważ mieliśmy porażenie ruchowe lewych kończyn, a zaburzenie czucia w prawych kończynach, więc ognisko chorobowe znajdowało się w lewej połowie rdzenia.

Wielkie jest prawdopodobieństwo, iż w danym przypadku mieliśmy do czynienia z gumatem, lecz, jakem już wyżej wzmiankował, w dotychczas ogłoszonych przypadkach przymiotu rdzenia rozpoznawanych za życia gumatów badanie pośmiertne nie potwierdzało; zazwyczaj miano do czynienia z jednoczesnym zapaleniem syfilitycznym opon i rdzenia. W naszym przypadku za gumatem między innymi przemawia wielka ograniczoność ogniska chorobowego. Jeśli przyjąć istnienie gumatu w danym przypadku, to znajdował się on w oponach rdzenia i wywierał ucisk na istotę rdzenia. Zupełny powrót chorego do zdrowia przemawia za tem, że gumat nie znajdował się w istocie rdzenia, gdyż po wessaniu się gumatu zostałyby blizna na miejscu uszkodzonej części istoty rdzenia, co wyraziłoby się przez pewne objawy kliniczne. Prócz gumatu, w danym przypadku możemy przypuszczać z wielkiem prawdopodobieństwem zapalenie opon rdzeniowych, które wywierało ucisk na rdzeń i tym sposobem dało powyżej opisane objawy kliniczne. W każdym razie, czy to był ucisk ze strony gumatu, czy ze strony opon, uległych zapaleniu, cierpieniu uległa tylko pewna ograniczona część lewej połowy rdzenia, mianowicie głównie boczne pęczki rdzenia; tylne pęczki rdzenia były swobodne, ponieważ w danym przypadku nie mieliśmy zaburzeń zmysłu mięśniowego i nie było okolicy nadczułości, co zwykle występuje w przypadkach, kiedy zajęte są tylne pęczki rdzenia.

Pouczający przypadek cierpienia rdzenia z objawami BROWN-SÉQUARD'a przedstawił w Towarzystwie Lekarskiem Berlińskim HENNEBERG. W jego przypadku przy badaniu pośmiertnem znaleziono *gliosarcoma*, zajmujący od 1-go do 5-go odcinka lewą połowę szyjowej części rdzenia; przednie i tylne pęczki rdzenia były swobodne. Za życia u owego chorego spostrzegano objawy podobne do objawów, spostrzeganych u naszego chorego,

L I T E R A T U R A.

- 1) BRETEAU. Des myérites syphilitiques précoces. Paris 1889. — 2) BROUSSE ET ARDIN-DELTEIL. Syphilis medullaire précoce avec syndrom de BROWN-SÉQUARD. Revue de Médecine Nr. 9. 1900. — 3) W GAJKIEWICZ. Syfilis układu nerwowego. Odczyty Kliniczne 1890. Nr. 18, 19, 20. — 4) LAMY. La syphilis des centres nerveux. Encyclopédie scientifique. — 5) LE PETIT. Etude sur la paraplégie syphilitique. Paris 1878. — 6) MACKENZIE. A case of hemiparaplegia spinalis. Lancet. June 9, 16. 1883. — 7) OPPENHEIM. Zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems. Berlin 1890. — 8) ORŁOWSKI. Syfilis rdzenia. Warszawa 1898. — 9) Specielle Pathologie und Therapie NOTHNAGEL's X. T. II. część. — 10) STOCKTON. A case of BROWN-SÉQUARD paralysis. American Journal. July. 1900. 11) STRUPPLER. Beiträge zur Pathologie der Gehirns — und Rückenmarksyphilis. Münchener Med. Wochenschr. 1899 Nr. 49 i 50. — 12) HENNEBERG. Ueber einen Fall von Halbseitenläsion des Rückenmarkes. Centralblatt für Nervenheilkunde u. Psychiatrie. 1900 Nr. 127.



STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Wartość kliniczna nakłucia lędźwiowego.

Podał

Kazimierz Rzętkowski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 35].

IV.

O terapeutycznym znaczeniu nakłucia lędźwiowego, powiemy niewiele. Nadzieje, jakie pokładał w tym zabiegu projektodawca jego QUINCKE, niestety ziściły się w bardzo niewielkiej części. Zachęcony powodzeniem nakłucia w swoich przypadkach surowiczego zapalenia mózgu [ostrego], QUINCKE nie bez pewnej słuszności przewidywał *a priori*, że nakłucie lędźwiowe okaże się pożytecznym w tych razach, kiedy idzie o obniżenie ciśnienia w jamie czaszkowej wskutek zebrania się w niej płynu. Zwłaszcza oczekiwał dobrych skutków w razach nagłego podwyższenia się ciśnienia w jamie podpajęcznej, które samo przez się zagraża choremu śmiercią. To też przepowiadał punkcyi dobre rezultaty, zarówno w *meningitis tuberculosa*, jak i w dobotliwych przypadkach wodogłowa ostrego. Co do gruźlicy opon, to QUINCKE miał przedewszystkiem na widoku te przypadki, w których przy niewielkiej ilości gruzełków na oponie miękkiej, w komorach mózgu zbiera się bardzo wiele płynu, skutkiem czego ciśnienie na mózg zwiększa się nieproporcjonalnie do natężenia samej sprawy gruźliczej, jako takiej; QUINCKE przeto uważa za prawdopodobne, że po usunięciu doraźnym niebezpieczeństwa skutkiem podwyższonego ciśnienia na mózg, stan chorych może się poprawić, a nawet czasem gruzełki mogą uleść otorbieniu.

Przypadek wyleczonego gruźliczego zapalenia opon mózgowych, ogłoszony w 1894 roku (*Deutsche med. Wochenschr.* 1894, № 36) przez FREYHAN'a, zdaje się potwierdzać powyższe przypuszczenia QUINCKE'go. Szkoda jednak, jak to słusznie zarzuca LICHTHEIM, że FREYHAN nie stwierdził drogą szczepienia, iż w przypadku swoim miał rzeczywiście do czynienia z lasecznikami gruźlicy [patrz u STRAUSS'a str. 377]. Wogóle, co do *meningitis tuberculosa*, przewidywania QUINCKE'go nie sprawdziły się. Tak, CONCETTI ocenia bardzo sceptycznie terapeutyczne znaczenie punkcyi lędźwiowej przy gruźlicy opon, *hydrocephalus chronicus*, guzach mózgu, potwierdzając natomiast przewidywania QUINCKE'go co do ostrego wodogłowa u dzieci. KOHRS robił nakłucie przy guzach mózgu, gruźlicy opon, wodogłowi przewlekłym bez powodzenia. Atoli w przypadkach ropnego zapalenia opon widział po punkcyi bardzo zachęcające rezultaty. PFAUNDLER uważa punkcyę za zabieg czysto symptomatyczny, usuwający tylko nagłe wzmoczenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. SIEGERT zaleca robienie jak można najwcześniej nakłuć w przypadkach *meningit. cerebrospinal. epidem.* FISCHL naogół sceptycznie wyraża się o punkcyi, to samo czyni LEUBERT. Docent RACZYŃSKI robił punkcyę w przypadkach wodogłowa przewlekłego u dzieci. Wniosek, do jakiego R. dochodzi, jest następujący:

„zostawmy sposobowi QUINCKE'go należne mu miejsce w szeregu środków, służących do rozpoznawania chorób, porzućmy jednak nadzieję, abyśmy [z wyjątkiem korzystnego niekiedy wpływu na pewne objawy] mogli z jego pomocą wyleczyć wodogłowie lub choćby powstrzymać dalszy jego rozwój“. BRAUN również dochodzi do wniosku, że punkcyja łądzwiowa ma daleko większe znaczenie rozpoznawcze, niż lecznicze. GARRÉ jest zdania, że punkcyja może mieć lecznicze znaczenie tylko w przypadkach *meningit. serosae*. Zgodnie z ostatnim poglądem, BRASCH [od GOLDSCHIEDER'a] w przypadkach tej sprawy widział doskonałe rezultaty nakłucia, częstokroć bezpośrednio po zabiegu. To też BRASCH zaleca nakłucie nie tylko w *meningitis serosa acuta*, ale nawet *chronica* — gdzie możemy napewno pomódz, a w każdym razie nie zaszkodzić choremu. STRAUSS widział wyleczenie w dwóch przypadkach *mening. cerebro-spinal. epid.*, oraz w przypadku *mening. cerebro-spinal. serosa*. W innych przypadkach [gruźlica opon, guz] polepszenia nie było. Prócz tego podaje rezultaty kilku nakłuć, wykonanych w klinice v. ZIEMSEN'a. W przypadku *paralysis spinalis spasticae* po dwóch punkcyjach [w odstępie 12-tu dni, pod chloroformem, płyn wychodził kroplami, za pierwszym razem 50 ctm. sz., za drugim 48 ctm. sz. pod ciśnieniem 16—18 mm. Hg] widział lekką poprawę „w kontrakturze kończyn dolnych“ [czy trwały? *przyp. spraw.*]. W przypadku *mening. cerebro-spin. purul.* [140 mm. H₂O, 20 ctm. sz.] poprawa przedmiotowa, zmniejszenie sztywności karku. W przypadku mocznicy [patrz niżej] nakłucie bez skutku. Co do tej ostatniej sprawy, to i inni autorowie [FUERBRINGER] ujemnie odzywają się o nakłuciu łądzwiowym. To samo przeświadczenie naogół istnieje co do nakłucia w przypadkach guzów mózgu [LICHTHEIM, FUERBRINGER]. KROENIG jednak wspomina o jednym przypadku, dotyczącym kobiety z guzem mózgu, u której każdorazowo punkcyja sprowadzała znaczną poprawę, do tego stopnia, że pacjentka sama się o nią dopominała. LENHARTZ robił punkcyję u chlorotyczek, cierpiących na silne bóle głowy [patrz szczegółowiej Kongr. XV str. 326]. Dochodzi on do wniosku, że w tych razach mamy do czynienia ze zwiększeniem się ilości płynu w jamach mózgowych, stąd owe uporeczywe bóle głowy, „które często ustępowały po jednej punkcyi“. W dwóch przypadkach ciężkiej blednicy robił również nakłucie i KROENIG [silne długotrwałe bóle głowy, zastoina na dnie oka] w obu przypadkach zauważył znaczną, uderzającą poprawę: KROENIG potwierdza poglądy na tę sprawę LENHARTZ'a. Atoli LEYDEN uważa nakłucie łądzwiowe przy blednicy za nieuzasadnione i co najmniej zbyteczne. Potwierdza on natomiast pożytek nakłucia łądzwiowego u dzieci hydrocefalicznych: u jednego takiego dziecka w przeciągu 6-ciu miesięcy wykonał nakłucie sześciokrotnie, wypuściwszy razem 189 ctm. sz. płynu. Stan dziecka poprawił się znakomicie. Tymczasem KASSEL robił nakłucie kilkakrotnie u dzieci hydrocefalicznych i z gruźlicą opon i za każdym razem bezskutecznie. Z pracy SLARYK'a i MANICATIDE [od HEUBNER'a] możemy wnosić o całkowitej bezużyteczności nakłucia w przypadkach gruźlicy opon u dzieci: na 19 przypadków, gdzie autorowie wykonali 27 nakłuć, tylko w jednym [przyp. III ciśn. 160 mm. H₂O leżący, 300 mm. siedzący, 25 ctm sz.] po punkcyi nastąpiła lekka poprawa, która po 5-ciu godzinach ustąpiła pogorszeniu. Autorowie nigdy nie widzieli dodatniego wpływu nakłucia na drgawki.

Wspomniemy wreszcie o tem, że Bozzolo stosował z dobrym skutkiem nakłucie w 3-eh przypadkach *choreae Sydenhami*, a SEEGLKEN również z dobrym skutkiem w jednym przypadku *encephalopathiae saturninae*.

V.

Zanim na zasadzie powyższych danych z literatury wypowiemy wnioski ostateczne o wartości nakłucia dyagnostycznej i leczniczej, musimy jeszcze

poruszyć pytanie czy i o ile zabieg ten jest sam przez się niebezpieczny dla pacjentów?

W literaturze znajdujemy wzmianki o przypadkach śmierci po nakłuciu łądziwiowem. GUMPRECHT zebrał z literatury [do r. 1900] 17 takich przypadków. Historję ich streścimy w poniższej tablicy, ułożonej z danych, poczerpniętych z tego autora.

| № porządk. | Autor | R o z p o z n a n i e | Szybkość zejścia śmiertelnego | Ilość płynu wypuszczonego |
|------------|-----------------------|--|--|---------------------------|
| 1 | Fuerbringer | guz lewego zraza czołowego | na drugi dzień | 22 ctm. sz. |
| 2 | " | ? | po 24-ch godz. | 50 " |
| 3 | " | guz prawej półkuli mózdzku | po 6-ciu godz. | 50 " |
| 4 | Lenhartz | guz lewej półkuli mózgu | po 7-miu godz. | ? |
| 5 | Lichtheim | <i>sarcoma</i> lewej półkuli mózdzku | na drugi dzień | 25 " |
| 6 | " | <i>tumor cerebri</i> | w 1-ną godzinę | ? |
| 7 | " | " " | w 6 minut | 30 " |
| 8 | " | <i>tumor cerebelli</i> | na drugi dzień | 20 " |
| 9 | Noelke (od Quinke'go) | <i>tumor sellae turc.</i> | po 30-tu minutach | 5 " |
| 10 | " | <i>hydrocephalus</i> | na drugi dzień | 15 " |
| 11 | Kroenig | <i>haemorrh. cerebri</i> z wylewem do komór | po 3-ch minutach | 75 " |
| 12 | " | peknięty tętniak gałązki <i>art. foss. Sylvii</i> | zaraz <i>apnoe</i> , po 1½ godz. oddechu sztucznym | 15 " |
| 13 | " | <i>cysticercus ventriculi IV-i</i> | po 5-ciu godzinach | 5 " |
| 14 | Wilms | <i>sarcoma</i> lewej półkuli mózdzku | po 3-ch minutach | 13 " |
| 15 | Bull | <i>mening. tbc.</i> | po ¾-ch godziny | 6—8 " |
| 16 | Gumprecht | <i>glioma thalami opt. dextri</i> | po 12-tu godzinach | 5 " |
| 17 | " | guz na podstawie mózgu (<i>thal. opt.</i> , wzg. czworacze) | po 2½ godziny | 10 " |

Z powyższej tablicy widzimy, że na 17 przypadków śmierci „po“ nakłuciu, wypada 11—co stanowi nieledwie 65%—na guzy mózgu. W większości tych przypadków guzy zamykały komunikację pomiędzy przestrzeniami podpajęczni mózgu i rdzenia. Na to wskazywały dane z sekcji [ogromne rozszerzenie komór mózgowych], oraz dane z nakłuc [mała ilość wydobytego płynu]. GUMPRECHT, który zestawia patologię tych przypadków, stwierdza, że u chorych tych, przy istnieniu wybitnych objawów ciśnienia wewnątrzczaszkowego, już podczas punkcji występują pewne groźne objawy [bardzo silny ból głowy]. Ciśnienie płynu rdzeniowego jest nieznaczne. Zdaniem jego, śmierć powstaje tu skutkiem gwałtownego uszkodzenia ośrodka oddechowego [chorzy przestają oddychać, a serce działa nieco dłużej] z powodu „naruszenia równowagi hydrostatycznej“, jakie nastąpiło po wypuszczeniu płynu rdzeniowego. Opierając się na danych, poczerpniętych z prac autorów angielskich [HORSLEY, MAC-EWEN, DICE DUCKWORTH], GUMPRECHT radzi próbować w tych razach trepanacji czaszki podczas sztucznego oddechu. To ma na czas jakiś utrzymać chorego przy życiu.

Wogóle jednak GUMPRECHT nie uważa, aby nakłucie łądźwiowe było zabiegiem niebezpiecznym. To samo zdanie wypowiada o nakłuciu CONCERTI, który uważa je za zabieg nieszkodliwy i dostępny nawet w praktyce prywatnej. Zdanie jego podzielają JEMMA, PFAUNDLER, RACZYŃSKI. FISCHL wraz ze STADELMANN'em wątpi, aby zabieg omawiany wszedł kiedykolwiek w użycie w praktyce prywatnej. Dla LEUTERT'a nakłucie łądźwiowe jest dostatecznie usprawiedliwione przez fakt, że wykonywa się je zazwyczaj u chorych i tak straconych. BRAUN zaleca ostrożność przy guzach mózgu, przy których i STADELMANN—jak i przy uremii—uważa nakłucie za zabieg raczej szkodliwy, niż pożyteczny.

U wielu autorów znajdujemy wzmianki o wzmaganiu się bólów głowy podczas wypuszczania płynu, a także o trwających kilkanaście godzin po nakłuciu bólach w kończynach dolnych. Te ostatnie możemy wyjaśnić sobie zadrażnieniem igłą korzonków nerwowych [FUERBRINGER]. Bądź co bądź jednak, znaczna większość autorów nie uważa nakłucia za zabieg niebezpieczny i zbyt ryzykowny, chociaż traktuje je o wiele poważniej, niż nakłucia opłucnej lub otrzewnej.

* * *

Reasumując wszystko, cośmy dotychczas na zasadzie ważniejszych danych z literatury powiedzieli o zabiegu QUINCKE'go, dochodzimy do wniosku, że dodatni jego wynik [t. j. otrzymanie płynu] posiada niewątpliwie poważne znaczenie rozpoznawcze. Sam rezultat badania płynu, otrzymanego drogą nakłucia, powinien być jednak traktowany jako jeden z wielu objawów, których nam dostarczy całkowite sumienne i szczegółowe zbadanie chorego. Ktoby chciał stawiać rozpoznanie tylko na zasadzie wyników badania płynu mózgowo-rdzeniowego, ten niewątpliwie myliłby się nieraz srodze. A o tem wielu autorów zdaje się zapominać. Jako wskazanie do robienia nakłucia, powinno być istnienie w danym przypadku niewątpliwych objawów wzmożenia ciśnienia w jamie mózgowej, zwłaszcza zaś zastoiny na dnie oczów. Prócz tego należy uważać nakłucie za zupełnie usprawiedliwione dyagnostycznie w przypadkach podejrzenia gruczlicy opon mózgowych.

Wyników leczniczych od punkcji możemy oczekiwać tylko w *meningitis serosa acuta*. Na przebieg gruczlicy opon nakłucie nie wpływa wcale, w przypadkach zaś guzów mózgu może spowodzić znaczne pogorszenie, a nawet śmierć.

L I T E R A T U R A.



Źródła ważniejsze.

H. QUINCKE. a) Verh. des X Congr. f. inn. Med. 1891. Ueber Hydroceph. b) Ueb. mening. serosa. Samml. klin. Vortr. VOLKMANN'a Nr. 67, 1893; c) Ueb. r Lumbal-punction. Berl. klin. Woch. 1895 Nr. 41; d) Zur Physiologie der cerebro-spin. Flüssigk. Du Bois und Reicherts Arch. 1872 [cyt. wedł. a]; e) Verh. d. XV Congr. f. inn. Med. 1897, str. 348. — BAUEMLER. Vorh. d. X Congr. f. inn. Med. 1891. — TILLAUX i BERGMANN według STRAUSS'a [str. 331]. — STRAUSS. Die diagn. Bedeut. der Punction des Wirbelkan. Deut. Arch. für. klin. Med. T. LVII, 3 i 4 1896 r. [bogata literatura do roku 1895!]. — KROENIG a) Vhdl. des XIV Congr. f. inn. Med. 1896. b) Vhdl. des XV Congr. f. inn. Med. 1897—opis aparatu. c) Vhdl. des XVII Congr. f. inn. Med. 1899. d) D. med. Woch. 1897. T. V. str. 110.—FUERBRINGER. a) Vhdl. des XV Congr. f. inn. Med. 1897 [bogata literatura od r. 1895—1897!] b) Berl. klin. Woch. 1895 str. 272. c) D. M. Woch. 1897. T. V, str. 110; 1896. Nr. 27. T. V. 1895, Nr. 45.—LEUTERT. Die Bedeut. der Lumbal-punct. für die Diagn. intracranialen Complicationen der Otitis. Münch. Med. Woch. 1897. Nr. 8.—RACZYŃSKI. O nakłuciu łądźwi-

wem w przewlekłym wodogłowi u dzieci. Przegląd Lekarski. 1897. Nr. 33, str. 422. — BRAUN. Ueber die Lumbalpunet. und ihre Bedeut. Arch. für klin. Chirurgie LIV. 4. D. M. Woch. 1898. T. L. str. 4, oraz Sém. méd. 1897, str. 158. — BRASCH. Erfolge der Lumbalpunetion bei Hydroceph. chrou. Erwachsenen und Mening. serosa. Zeitschr. f. klin. Med. XXXVI, 1 i 2. 1898 str. 85. — SLARYK i MANICATIDE. Zur bacill. Diagn. der Meningitis tuberculosa durch Lumbalpunet. Berl. klin. Woch. 1898. Nr. 18. — RZĘTKOWSKI. Przypadek ostrego surowiczego zapalenia opon mózgowych (Gaz. Lek. 1899. — BOZZOLO w Sém. méd. 1900. Nr. 15, str. 126. — FREYHAN patrz cyt. w tekście, oraz Berl. klin. Woch. 1895. Nr. 13. — RIEKEN wedł. STRAUS'a, tudzież RANKE. — LICHTHEIM. a) Berl. klin. Woch. 1895. Nr. 13; b) D. M. Woch. 1893. Nr. 46 i 47. — LENHARTZ. a) Münch. med. Woch. 1896 Nr. 26. b) Vhdl. d. XIV Congr. f. inn. Med. 1896. c) Vhdl. d. XV Congr. f. inn. Med., str. 326 i 349. — STADELMANN. a) Berl. klin. Woch. 1895. Nr. 27. b) D. M. Woch. 1896. T. V. 137. — SCHWARZ. Deut. Arch. f. klin. Med. 1898. LX. 2 i 3 str. 256. — BERNHEIM i MOER, JACOBY, STROM BULL, JEMMA i BRUNO, WENTWORTH cyt. wedł. SCHWARZ'a. — HABEL. D. M. Woch. 1896. Nr. 42. — THIELE. D. M. Woch. 1897. Nr. 24. — GOLDSCHIEDER. Vhdl. d. XIV Congr. f. inn. Med. 1896. — J. LANGER. Zeitschr. f. Heilkunde. XX, 327 wedł. D. M. W. 1899. T. L. 155, — SCHIFF. Wien. klin. Woch. 1898. Nr. 9 ref. w M. M. W. 1898, 344. — A. FRAENKEL. Berl. klin. Woch. 1895. Nr. 13. D. M. W. 1896. T. V. 137 i 166. — OPPENHEIM. D. M. W. T. V. 1897. — JEMMA. Gaz. d. Osped. Nr. 139, str. 97. Ref. w M. M. W. 1898, str. 280. — GARRÉ patrz Sém. méd. str. 158 z r. 1897. — PFAUNDLER. M. M. W. 1898, str. 1393. — FROHMANN. Vhdl. d. XV Congr. f. inn. Med. str. 347, r. 1897. — HEUBNER. a) Berl. klin. Woch. 1895. Nr. 13 i 14; b) D. M. W. 1896. 27. T. V, str. 167. c) D. M. W. 1897. T. V, str. 109. — SEEGLKEN. M. M. W. 1896. Nr. 47. — DENIGÈS i SABRAZÈS. Rev. de Méd. 1896 Nr. 10, oraz Sém. med. 1896, str. 337. — CONCETTI. M. M. Woch. Nr. 22 z r. 1899, str. 755. — KOHRS M. M. W. 1900. Nr. 33, str. 1152. — SIEGERT, FISCHL. M. M. W. 1898, str. 1393. — LEYDEN. D. M. W. 1896. T. V, str. 165. — GUMPRECHT. D. M. W. 1900. Nr. 24, str. 386.

XI Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 35].

Prof. WEHR przemawia za stosowaniem chloroformu, jako najodpowiedniejszego środka znieczulającego. Przeważna liczba przypadków śmierci przy uspianiu chloroformem zależy od nieumiejętnego chloroformowania. Również należy szczególną zwracać uwagę na świeżość chloroformu, który z łatwością przy dostępie tlenu i światła, rozkłada się na fosgen [CO_2Cl_2] i kwas solny [HCl]. Wydzielający się fosgen posiada w wysokim stopniu własności drażniące. Stąd też, jak twierdzi kol. KADER, wyłącznie należy stosować chloroform ANSCHUTZ'a, nie używając tej samej fiaszeczki po raz drugi. Nawet u psów, nadzwyczaj wrażliwych na chloroform, przy chloroformie ANSCHUTZ'a, jak o tem mówca przekonał się doświadczalnie, uspianie przebiega zupełnie prawidłowo. Kwestya kosztów nie powinna być zupełnie brana w rachubę.

Doc. KRYŃSKI przy chloroformowaniu zwraca głównie uwagę na barwę twarzy, której bledność lub sinica daje ważne wskazówki co do stanu serca. Chloroform zadawać należy od początku do końca kropla po kropli, z początku po 3-5. później po jednej na sekundę.

Kol. A. ZAWADZKI zaleca przy chloroformowaniu maskę JUNKER'a, uważa eteryzację również za bardzo dobry sposób znieczulania ogólnego; nie mając osobistego doświadczenia w metodzie BER'a, Z. dziwi się, że w dotychczasowych komunikatach nie podano przeciwwskazań do jej stosowania.

Kol. ODERFELD i CZAPLICKI podnoszą zalety maski JUNKER'a ze względu na możliwość użycia małej ilości chloroformu i rzadkie powikłania.

Kol. PRUSZYŃSKI uważa obawy o zanieczyszczenie chloroformu przy przelewaniu, według kol. WEHRA, za przesadzone. Rozkład na fosgen i kwas solny odbywa się pod wpływem bardzo silnych środków utleniających np. kwasu chromnego, a nie w zetknięciu z tlenem atmosferycznym.

Zresztą P. sądzi, że nawet najlepszej fabryce wierzyć nie można co do czystości środka, którego bardzo nieznaczne zanieczyszczenie może wywołać nieobliczone dla chorego następstwa. Chirurg nie powinien przystępować do chloroformowania, dopóki nie przekona się za pomocą bardzo prostych metod, wymagających zaledwie paru minut czasu, czy chloroform nie zawiera chloru i kwasu solnego. W ten sposób marnowanie resztek chloroformu okaże się zbyt znaczne. P. zgadza się z kol. KADEREM, który uważa oddech za najważniejszy moment przy chloroformowaniu; wiadomo bowiem, że przy zatruciu chloroformem najpierw poraża się ośrodek oddechowy a następnie ośrodki krążenia, aczkolwiek okres pomiędzy jednym a drugim porażeniem może być tak krótki, że prawie jednocześnie ustaje oddech i krążenie. Stąd też należy przy chloroformowaniu z jednakową starannością baczyć na stan oddechania i serca.

Prof. RYDYGIER nie stosował znieczulania lędźwiowego, zupełnie będąc zadowolony z użycia chloroformu, przy którym przypadki śmierci lub asfikcyi przeważnie zależą od niedbałości lub nieudolności chloroformującego. Przeciw stosowaniu metody BIER'a przemawia duży procent niepowodzeń: 12, na 62 u kol. ZIEMBIKIEGO, 24% w klinice wrocławskiej oraz jeden przypadek kol. KADERA, który musiał czekać 45 minut na znieczulenie.

Prof. KADER, aczkolwiek nie miał ani jednego przypadku śmierci przy uspieniu chloroformem a tylko 21 asfiksyi, traktuje każdą narkozę jako zabieg bardzo poważny. Przy chloroformowaniu zaleca z początku puszczać krople bardzo powoli, przechodząc stopniowo do większej ilości, następnie powoli, a z pierwszym głębszym oddechem maskę usunąć. Stosowanie eteru o tyle jest nieodpowiednie, że przy tem znieczulaniu jest dużo wydzieliny i że nie da się ono tak dobrze kontrolować jak chloroformowanie. Do tropokokainy K. nie znajduje przeciwwskazań, nie przeceniając jednak tego sposobu znieczulania.

Następujące odczyty odbyły się, ze względu na znaczną liczbę tematów, bez dyskusyi.

Prof. WEHR: „O pierwszym opatrunku własnego pomysłu“. Opatrunek przedstawia się w postaci chustki, złożonej wzdłuż przekątni, w której połowie przyszywa się poduszczecka, służąca do osłony rany. Cały ten opatrunek, zwinięty w wałek i opakowany wyjaławia się; a następnie, chwytając za oba wystające końce, nakłada się na ranę.

Kol. FROMMER [Kraków]: „O usiłowaniu zastąpienia jodoformu proszkiem węgla“. Na oddziale prof. TRZEBICKIEGO stosował F. według rady A. FRAENKEL'a zawiesinę węgla kostnego w glicerynie przy gruźlicy stawów, przyczem zauważył, że zabieg ten nie okazuje wpływu na samą sprawę chorobową, natomiast występuje po nim obrzmienie i bolesność stawów, a w razie przetok—obfita ropna wydzielina.

Kol. KIKOR [Kraków] w streszczeniu pracy p. t. „o zmianach szybkości ruchu krwi w mięśniach prążkowanych podczas ich czynności dowolnej i odruchowej“, dokonanej w pracowni fizyologicznej przy użyciu fotohematometru prof. CYBULSKIEGO, zaznaczył, że przy skurczu mięśnia następuje przyspieszenie prądu krwi w odpowiedniej tętnicy, jako też i w żyłce, oraz podniesienie ciśnienia; w ten sposób powstający przyływ krwi do mięśnia tlómaczy krwotoki następujące przy operacjach na mięśniach.

Kol. ODERFELD przedstawił mózg z dwoma kilakami w płacie czołowym w okolicy bruzdy ROLAND'a. Mózg pochodził od mężczyzny lat 38, który w 20 roku zaraził się syfilisem. 2 lata przed śmiercią wystąpiły bóle głowy ponad uchem prawem i w okolicy potylicznej, a badanie obiektywne wykazało, oprócz bolesności opukowej w okolicy ucha prawego, podwójne widzenie, wzmoczenie odruchów kolanowych i porażenie lewego nerwu twarzowego. Od roku zjawily się napady padaczkowe, które były coraz częstsze. O. dokonał trepanacji, przyczem w *zona motorica* domniemanego guza nie wykrył. Przypadek ten znajduje się w sprzeczności z nauką o lokalizacji ośrodków ruchowych mózgu.

Prof. TRZEBICKY: „O leczeniu gruczolaków żółzowych na szyi“. Na 800 przypadków wyluszczenia gruczolu, T. mógł zebrać wiadomości w 165, z tego 85 chorych wyzdrowiało, u reszty wystąpiły nawroty. Następnie prof. TRZEBICKY przedstawił chorą, u której z powodu chrząstniaka rezekował rękonożę mostka i otworzył prawą jamę opłucnej; opłucna była zrosnięta z guzem. Chora przeżyła prawostronne zapalenie płuc.

Prof. RYDYGIER podał własny sposób odkrycia pola operacyjnego, który zastosował w przypadku tętniaka workowatego tętnicy podobojczykowej, znacznych rozmiarów, nisko usadowionego. Cięcie rozpoczyna się na wewnętrznym brzegu mięśnia mostko-sutko-obojęzykowego lewego na granicy pomiędzy środkową a dolną $\frac{1}{3}$ częścią; stąd prowadzi się je ku dołowi ponad stawem mostko-obojęzykowym lewym, kończąc na wysokości dolnego brzegu chrząstki pierwszego żebra; następnie ponad rękonożę mostka przedłuża się cięcie na stronę prawą poza chrząstkę pierwszego żebra prawego, ku górze po brzegu zewnętrznym mięśnia mostko-sutko-obojęzykowego prawego powyżej jego połowy. W cięciu tem wycina się górną część rękonożę mostka, wewnętrzną część I żebra prawego i płat wraz ze skórą i przylegającymi mięśniami, po podwiązaniu naczyń, unosi się ku górze. W ten sposób odsłania się nie tylko tętnica bezimienna, lecz częściowo i łuk aorty. Po podwiązaniu, *resp.* wycięciu tętniaka, płat opuszcza się ku dołowi i ustala za pomocą szwów.

Na zakończenie posiedzenia prof. RYDYGIER przedstawił kilka nowych przyrządów z fabryki STILE'go: przyrząd do iniekcji SCHLEICH'a, przyrząd do utrzymania pięty podczas zakładania opatrunku gipsowego na kończynę dolną i t. d., a prof. KADER entorotom DEMBOWSKIEGO oraz zmienione przezeń igły DECHAMPS'A, używane przy resekcji wątroby.

D. 16 zrana uczestnicy zjazdu zwiedzali klinikę wewnętrzną prof. KORCZYŃSKIEGO, a następnie oddział szpitalny prof. TRZEBICKIEGO.

Poczem kol. HERMAN asystent prof. RYDYGIER'a miał odczyt p. t. „W sprawie chirurgicznego leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego“.

Zaznaczywszy, że zmiany anatomiczne, w przebiegu *skolekoiditis*, nie zawsze pozostają w ścisłym związku z objawami klinicznymi, a tem samem nie mogą być decydującymi we wyborze sposobu leczenia, H. proponuje następujący podział:

I. *Skolekoiditis acuta*: a) *simplex*. Napad ostry, bez wyraźnego nacieku, mija bez śladu po kilku dniach. Napad powtórny albo nigdy nie powraca, lub dopiero po kilku latach. Wystarcza zupełnie leczenie środkami wewnętrznymi—zabieg operacyjny zbyteczny.

b) *periskolekoiditis seroso-fibrinosa*. W czasie napadu ostrego stwierdzić można wyraźny *plastron*, utworzony z wysięku surowiczowo-włóknikowego w otoczeniu wyrostka robaczkowego i lekkich zrostów pętli jelit. Jak w poprzedniej odmianie, tak i tu, zmiany ustępują doszczętnie bez leczenia chirurgicznego.

go. Zabieg operacyjny wskazanym byłby tylko wówczas, gdyby odmiana ta przeszła w formę przewlekłą.

c) *periskolekoiditis purulenta*: α) *saccata*, β) *progrediens*. W pododmianie α) ropień tworzy się w najbliższym otoczeniu wyrostka robaczkowego. Objawy kliniczne znane. Czekać powinno się tak długo, póki ropień dokładnie nie zogniskuje się; poczem niezwłocznie należy go otworzyć. W pododmianie β) ropienie w okolicy wyrostka robaczkowego szerzy się albo w górę ku nerkom, przeponie i t. d., lub w dół ku miednicy małej. Rozpoznawszy tę pododmianę, należy jak najrychlej odsłonić okolicę kątnicy, bardzo o to się starając, aby jamy otrzewnowej nie otworzyć. W obu przypadkach t. j. α) i β) zadowolić się narazie trzeba tylko zapewnieniem ropie swobodnego odpływu. Wyrostek robaczkowy odcina się tylko wówczas, gdy łatwo daje się wyszukać; w większości jednak przypadków powstrzymać się należy z wycięciem wyrostka aż do czasu, kiedy rana po otwarciu ropnia zagoi się, lub przynajmniej oczyści.

d) *skolekoiditis acuta cum peritonitide diffusa*. Operować należy natychmiast po rozpoznaniu, a wtedy wystarczy cięcie lędźwiowo-brzuszne. Nie należy jamy otrzewnowej przepłukiwać i drenować, ani też szukać wyrostka robaczkowego, zadawałając się tylko wytamponowaniem rany.

II. *Skolekoiditis chronica*: a) *remittens*, b) *recurrens*.

W pierwszej odmianie chorzy skarżą się stale na dolegliwości w okolicy kątnicy, w drugiej zaś, między napadami czują się zupełnie dobrze. W tej formie, bez względu na odmianę, wskazanym jest zabieg operacyjny doszczętny [*skolekoidectomy*], wykonany w okresie pomiędzy napadami, à froid. W napadzie ostrym operować tylko na mocy wskazań i według zasad, wymienionych pod c) i d).

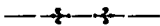
III. *Skolekoiditis larvata*.

Postać bardzo trudna do rozpoznania. Wskazanym jest zabieg operacyjny doszczętny.

[C. d. n.]

Pruszyński.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



95. A. Zimmern. Leczenie elektrycznością włókniaków macicy.

Metoda stosowania elektryczności w leczeniu włókniaków macicy liczy równie gorących zwolenników, jak i przeciwników. Pierwsi stosują ją za często, nieraz nawet ze szkodą dla chorych, drudzy zaś zarzucają jej, że jest czysto empiryczną, nie opartą na żadnych naukowych podstawach. Autor stara się dowieść, że metoda ta obecnie jest już dosyć ściśle opracowana i posiada swoje wskazania i przeciwwskazania; stara się też określić należne jej miejsce w terapii cierpień ginekologicznych. Zarzut, że elektryczność nie daje prawie nigdy zupełnego wylecznia, jest słuszny, ale w wielu razach elektryczność potrafi usunąć wszystkie objawy chorobowe, co dla chorej jest rzeczą najważniejszą, albowiem w takich razach uciekanie się do operacji staje się zbytecznym. W innych znowu przypadkach, kiedy operacja jest z różnych powodów przeciwwskazana, albo kiedy chora lub rodzina jej na operację się nie zgadzają, elektryczność może oddać dość wielkie usługi, usuwając niektóre z bardziej niepokojących objawów.

Po opisanii szczegółowem przyrządów, używanych w elektroterapii włókniaków macicy, autor zaznacza, że sposobem najlepszym i najczęściej obecnie stosowanym jest galwanokaustyka.

Przy stosowaniu elektryczności należy zachować też same wymagania aseptyki co i przy innych zabiegach operacyjnych. Siłę prądu należy zwiększać stopniowo i bezwstrząśnień, przyczem trzeba pamiętać, że chorej nie należy nigdy sprawiać bólu, a więc należy stopniować siłę prądu głównie według wrażliwości chorej. Różnice pomiędzy pacjentkami są dosyć znaczne, i tak: jedne znoszą łatwo 80 do 100 *miliamperów*, wtenczas kiedy inne narzekają już przy 30 *ma*. Za zasadę jednak można przyjąć, żeby na pierwszym posiedzeniu nie przekraczać nigdy 50 *ma*. Dalszy ciąg leczenia zależy w zupełności od tego, w jaki sposób ustrój będzie reagował na pierwszą próbę. Niektóre osoby nie mogą znieść prądu siły 50 *ma*, ale te przypadki można tłumaczyć tylko jakąś specjalną idiosynkrazją. Najczęściej macica, której otoczenie jest zdrowe, znosi łatwo 50 *ma*, w razie zaś stanu zapalnego przypadków—reaguje specjalnie. Obecność więc zmian chorobowych w przydatkach stanowi bezwzględne przeciwwskazanie do stosowania elektryczności. W razie jeżeli zmiany w przydatkach są tak małe, że nie dają objawów, to już wystarczy prąd o sile 50 *ma* do wywołania objawów odczynowych: podniesienia ciepłoty do 38° i 39° i bólów. Pojawienie się objawów reakcyjnych stanowi przeciwwskazanie do dalszego stosowania elektryczności. Jeżeli zaś chora dobrze się czuje po pierwszym posiedzeniu, to w takim razie na następnych możemy zwiększać siłę prądu, starając się dojść do *maximum*, jakie chora znieść może. W taki sposób możemy po kilku posiedzeniach dojść do 100, 150 *ma* i wyżej.

Im większa będzie w użyciu siła prądu, tem więcej będzie szans, że guz zatrzymał się w rozwoju, jeżeli zaś idzie nam głównie o działanie hemostatyczne prądu, to w takim razie 80 *ma* stanowi dawkę przeciętną, zupełnie wystarczającą. Przez cały czas trwania posiedzenia elektroda maciczna musi pozostawać w macicy zupełnie nieruchoma, gdyż w przeciwnym razie łatwo o przedziurawienie macicy. Czas trwania posiedzenia zależy od siły prądu i od celu, jaki się zamierza osiągnąć. Pierwsze posiedzenia nie powinny trwać dłużej nad trzy minuty, następne można przedłużać do pięciu. Czas trwania posiedzenia powinien być odwrotnie proporcjonalny do siły prądu: posiedzenie powinno być krótkie, jeżeli siła prądu przenosi 100 *ma*, w innych razach może być dłuższe. Po upływie danego czasu zmniejszać trzeba siłę prądu tak samo stopniowo, jak się ją przedtem podnosiło, dopóki się nie dojdzie do 0, następnie ostrożnie wyjmuje się zgłębnik z macicy. Przy użyciu bieguna dodatniego tkanki macicy często przylegają do zgłębnika; czasami oddzielić je można, stosując lekkie ruchy rotacyjne, w innych zaś razach należy zastosować przez kilka sekund słaby prąd w kierunku przeciwnym. Po posiedzeniu chora musi pozostać w łóżku przynajmniej godzinę, a następnie przez cały czas kuracji powinna unikać wszelkiego zmęczenia. Posiedzenia powinny się odbywać dwa do trzech razy tygodniowo, a w razie silnych krwotoków nawet codziennie. Liczba posiedzeń powinna być dosyć znaczna, *minimum* jest 15 do 20, ale zwykle dopiero po dwóch miesiącach można sobie zdać sprawę z otrzymanych wyników.

Przy stosowaniu galwanokaustyki można posługiwać się biegunem dodatnim lub ujemnym. Jeżeli najbardziej niepokojącym objawem są krwotoki, w takim razie należy stosować biegun dodatni. Działanie bieguna dodatniego opiera się tutaj na jego właściwościach hemostatycznych, których dowodzą fizjologija i chemija bijologiczna. Biegun ujemny posiada działanie wprost przeciwne: zamiast powstrzymać może powiększyć krwotok. Jeżeli zaś bardzo

niepokojącymi są objawy uciskowe i zależy na zmniejszeniu wielkości guza, w takim razie należy stosować biegun ujemny. Biegun ujemny stosuje się także przy bolesnem mięśniaczkowaniu. Siła prądu przy stosowaniu bieguna ujemnego powinna być mniejsza, niż przy stosowaniu biegu dodatniego. W razie jeżeli dla jakichkolwiek powodów wprowadzenie zgłębnika do jamy macicy jest trudne lub niemożliwe, to można poprzestać na galwanizacji szyi macicznej lub pochwy; i ta daje wyniki zupełnie zadawalające.

Następnie autor podaje statystykę i z niej okazuje się że objawem, który najczęściej i najłatwiej ustępował przy leczeniu elektrycznością, były krwotoki, a mianowicie ustępowały w 90% przypadków. Polepszenie otrzymywano najczęściej już po kilku posiedzeniach, często jednak krwawienie powracało, skoro leczenie przerywano. Po leczeniu, systematycznie przez dłuższy czas prowadzonym, prawie nigdy powrotu nie było. W niektórych przypadkach razem z zatrzymaniem krwotoków otrzymywało się przyspieszenie okresu klimakte rycznego.

Co do wpływu elektroterapii na rozwój guza, to tutaj wyniki są znacznie mniej zadawalające. Większość autorów podaje nie więcej nad 10% przypadków, w których osiągnięto zatrzymanie się rozwoju guza, a i tę cyfrę jeszcze niektórzy podają w wątpliwość. Przytem zmniejszenie objawów uciskowych niektórzy podają jako zależne nie od zmiany objętości guza, a głównie od tego, że pod wpływem prądu elektrycznego wysięki ulegają wessaniu, zrosty ustępują i wzmaga się napięcie przewodu kiszkowego. W niektórych jednak razach zmniejszenie objętości guza było tak namacalne, że nie można nie zgodzić się, że prąd elektryczny może mieć wpływ na zanik guza, co zresztą jest w zgodzie i z doświadczeniami fizyologicznymi. Przytem należy zauważyć że guzy śródstienne małe, miękkie, świeże bardziej poddają się działaniu elektryczności, niż guzy twarde, duże. Tutaj można zaznaczyć jeszcze jedno zejście, które się zdarza przy leczeniu elektrycznością, a mianowicie: samoistne urodzenie się dość znacznych włókniaków. Włókniaki pod wpływem prądu stałego mają tendencję wyluszczenia się, wytworzenia szypuły i wydzielania się przez pochwę. Wytłómaczyć to można z jednej strony zmianami w odżywianiu torebki, guz otaczającej, a z drugiej skurczami macicy, wywołanymi przez elektryczność.

Stan ogólny chorych, leczonych elektrycznością, zawsze się poprawia, co zależy od zmniejszania się bólów, ustania krwotoków i poprawy trawienia kiszkowego. Poprawa stanu ogólnego czasami bywa tak znaczna, że pozwala przedsięwziąć zabieg operacyjny, który poprzednio przy ogólnem osłabieniu był przeciwwskazany.

Dobre wyniki w elektroterapii otrzymać można jednak tylko w takim razie jeżeli się ściśle stosować do wskazań i przeciwwskazań. Przeciwwskazania mogą zależeć od stanu ogólnego chorej. I tak przeciwwskazanem jest leczenie za pomocą elektryczności: 1) przy chorobach serca, które w takim razie nie jest w stanie przeciwdziałać zmianom ciśnienia w układzie naczyniowym, 2) przy ostrym zapaleniu nerek, 3) przy hemofilii, 4) przy ciężkich formach chloro-anemii, 5) przy katarze kiszek bo, prąd elektryczny drażni gruczoły i wzmaga perystaltykę, 5) nakoniec stanowczem przeciwwskazaniem leczenia za pomocą elektryczności jest ciąża. Jak już przedtem powiedziano, przy chorobach przydatków elektroterapia może spowodować znaczne pogorszenie. Z drugiej strony przeciwwskazania mogą zależeć od samego guza. I tak guzy, rozwijające się bardzo szybko, guzy dające poważne objawy uciskowe, guzy twarde, guzy z torbielami nie nadają się do leczenia elektrycznością. Najlepsze rezultaty daje elektroterapia przy guzach małych, świeżych, śródstępnych. Jeżeli obszar guza o wiele przewyższa obszar małej miednicy, guz dawno

się rozwinał i daje objawy uciskowe, wtenczas mało już można zaliczyć na dobre skutki elektryzacji. Zbliżanie się okresu klimakterycznego jest okolicznością bardzo sprzyjającą dla leczenia zachowawczego, gdyż wtenczas guz ma i tak tendencję zatrzymania się w rozwoju, zabieg więc operacyjny bywa zbyteczny.

Nakoniec autor zastanawia się nad tem, czy elektryzacja może zastąpić operację i na pytanie to daje odpowiedź przeczącą, a mianowicie kwestyę tę rozstrzyga w ten sposób, że elektroterapia powinna być stosowana w tych jedynie przypadkach, kiedy albo brak dostatecznych wskazań do operacji, albo operacja jest z jakichkolwiek względów przeciwwskazaną, a objawy są dosyć poważne i zmuszają do leczenia, chociażby objawowego.

Fizyologiczne działanie prądu elektrycznego na włókniaki daje się wytłumaczyć w sposób następujący: tkanki pod wpływem prądu stałego rozkładają się w ten sposób, że kwasy i tlen przenoszą się do bieguna dodatniego, a zasady i wodór do bieguna ujemnego. To działanie biegunów objawia się głównie w sąsiedztwie elektrodów, ale należy przypuszczać że toż samo odbywa się i wewnątrz tkanek w kierunku prądu. Kwasy i zasady na dwóch biegunach oddziałują na sąsiednie tkanki i płyny i zmieniają ich skład, i jako rezultat ostateczny otrzymuje się strup, który ze strony bieguna dodatniego będzie ciemno-brązowy, ściśle ograniczony, twardy i suchy, ze strony zaś bieguna ujemnego duży, miękki, rozplwający się. Pierwszy goi się szybko i daje bliznę twardą, ściągniętą, drugi goi się wolno i daje bliznę miękką, mało ściągającą się. Świeża krew pod wpływem prądu stałego daje ze strony bieguna dodatniego czarny twardy skrzep, ze strony zaś ujemnego bieguna masę miękką, mało przylegającą. Krzepliwość u bieguna dodatniego zależy od działania chloru i jego związków na białko krwi. Biegun ten więc ma działanie hemostatyczne, wtenczas kiedy biegun ujemny działa wprost przeciwnie. Prąd stały działa także na nerwy naczynio-ruchowe i wywołuje, jako wynik ostateczny, rozszerzenie naczyń. Dzięki temu krążenie krwi i limfy jest łatwiejsze, tkanki mniej odporne ulegają wessaniu i ogólne odżywienie tkanek wzmacnia się.

Anatomia patologiczna zmian, otrzymywanych przy elektroterapii, dotychczas mało była opracowana, autorowie zaznaczają jedynie w błonie śluzowej, zniknięcie gruczołów i zwyrodnienie tłuszczowe niektórych części tkanki macicy.

Reasumując poprzednio powiedziane, autor sądzi, że działanie hemostatyczne prądu elektrycznego zależy od krzepnięcia krwi natychmiastowego, które zależy od kwasów, wywiązujących się u bieguna dodatniego i krzepnięcia wtórnego, zależnego od podrażnienia ścian naczyń. Bóle zmniejszają się dzięki temu, że przekrwienie się zmniejsza, wysięki wsysają się i zrosty ustępują. Zmniejszenie się guza zależy od działa elektrotonicznego, kataforycznego i elektrolitycznego.

(*Revue de Gynec. et Chir. abdom. 1900. Z. 1, 2, 3, 4, 6*).

Balbina Weisberg.

96. A. Mazeran. O zaparciu stolca skurczowem.

Za najważniejszą przyczynę zaparcia stolca nawykowego uważany jest niedowład błony mięśniowej kiszki; wyrażenia: „zaparcie stolca“ i „niedowład kiszki“ stały się niemal synonimami. Tymczasem zaparcie stolca może być spowodowane zupełnie przeciwnym stanem tejże błony mięśniowej kiszki, t. j. jej skurczem. Autor zajmuje się w swej pracy zaparciem stolca w następstwie skurczu muskulatury kiszki.

W r. 1893 FLEINER odróżniał już zaparcie stolca atoniczne od skurczowego. Prace CHERCHEWSKY'ego, GEOFFROY, KRAUS'a, MATHIEU, BERGER'a, WEBER'a, PINCUS'a i innych przyczyniły się do wyjaśnienia owej sprawy i do stworzenia nauki o „zaparciu stolca skurczowym“.

Z punktu widzenia etyologii należy odróżniać dwie postaci owego zaparcia stolca skurczowego: 1) pierwotną, esencyalną i 2) wtórną, zależną od sprawy oddalanej. Ta ostatnia może być następstwem spraw chorobowych, umiejscowionych w najrozmaitszych narządach, np. zapalenia pęcherza, choroby macicy i przydatków, urazów ściany brzusznej, kolki wątrobowej lub nerkowej, askaryd, przetoki lub szczeliny odbytnicy i t. p. Zaparcie stolca jest tu wyrazem cierpienia narządu oddalonego i powstaje drogą odruchową.

Czy istnieje wszakże, prócz tego zaparcia, zaparcie stolca w następstwie pierwotnego skurczu muskulatury kiszek? Zarówno obserwacya kliniczna, jak skuteczność terapii stanowczo za tem przypuszczeniem przemawiają. Postać ta daje się spostrzegać przeważnie u osób nerwowych, inteligentnych, pracujących umysłowo, natomiast bardzo rzadko u ludzi ze sfery robotniczej. Ważną rolę w etyologii odgrywają zmartwienia, wzruszenia i inne momenty psychiczne.

Co się tyczy obrazu klinicznego, to autor wogóle odróżnia trzy typy chorych, dotkniętych zaparciem stolca nawykowem. Do pierwszego typu należą osobniki dobrze odżywione, pełnokrwiste, cierpiące jednocześnie na hemoroidy; drugi typ stanowią osobniki o twarzy bladej, z brzuchem wpadniętym, z upośledzonym trawieniem (*atonia*); trzeci wreszcie rodzaj chorych na zaparcie stolca nawykowe stanowią przeważnie bardzo wrażliwe, ruchliwe kobiety, z brzuchem prawidłowym, o normalnym napięciu ścianki, trudno dającym się obmacywać; chorzy ci trawią doskonale i cierpią li tylko z powodu uporczywego zaparcia, przeciwko któremu bezskutecznie stosują wszystkie środki czyszczące; ta ostatnia właśnie kategoria chorych dotknięta jest zaparciem stolca t. zw. skurczowem.

Cierpienie to występuje pod dwojaką postacią: bądź w postaci napadów, bądź też w postaci ukrytej. Napad bólu w brzuchu powstaje zazwyczaj nagle, bezpośrednio po wpływie psychicznym, t. j. po wzruszeniu, wysiłku umysłowym i t. p. Ból posiada charakter ściągający, z uczuciem skręcania się czegoś i daje się porównać do skurczów macicy ciężarnej. Powyższemu napadowi mogą towarzyszyć różnorodne zaburzenia nerwowe, objawy skurczu pęcherza lub macicy i t. p. Czas trwania napadu może wynosić od paru minut do kilku godzin.

U innych chorych natomiast napady bólów w brzuchu nie występują i jedyną skargę ich stanowi zaparcie stolca nawykowe. Zaparcie to nie ustępuje żadnym lekami czyszczącym, które chorzy wypróbowali już bezskutecznie. Godnym zaznaczenia według autora jest fakt, że zaparcie u tych chorych wzmaga się zwykle przed miesiączką, natomiast zaś podczas tejże zmniejsza się, gdy wręcz przeciwnie bywa przy zaparciu stolca na tle atonii. Z innych objawów zaznaczyć należy wzdęcie brzucha, niezależne od przyjęcia pokarmów, częste wydalanie gazów przez odbytnicę, wreszcie rozmaite objawy odruchowe, jak uczucie zimna w kończynach, zaburzenia nerwowe, kurcze, migreny.

Badanie przedmiotowe daje mało wskazówek. Brzuch nie jest wzdęty, ani wpadnięty, napięcie ściany prawidłowe. Opukiwanie stwierdza odgłos bębenkowy nad brzuchem. Obmacywanie jest u tego rodzaju chorych bardzo utrudnione, czy to ze względu na bolesność brzucha, czy też z powodu obawy ze strony chorych; czasem jednak udaje się wymacać w okolicy кишки ślepej lub w rogach okrężnicy skurczony odcinek кишки w postaci twardego ołówka.

Autor zwraca uwagę na różnicę, zachodzącą przy wlewaniu wody do

odbytnicy u chorych, dotkniętych niedowładem kiszek i zaparciem skurczowem; otóż, gdy u pierwszych woda wchodzi i wylewa się z największą łatwością, u drugich natomiast tak wprowadzenie wody, jak wydalenie jest prawie niemożliwe. Wypróżnienia u takich chorych są gęste, w postaci wstęg lub orzechów.

Obserwacye autora przemawiają za tem, że skurcz muskulatury kiszek zazwyczaj poprzedza niedowład tejże, t. j. że u chorych, dotkniętych zaparciem stolca skurczowem, z czasem rozwija się niedowład kiszek.

Dużo miejsca autor poświęca sprawie leczenia zaparcia stolca skurczowego. Leczenie to musi mieć na celu zwalczenie skurczu muskulatury i rozpada się na leczenie miejscowe, ogólne i pomocnicze. Z pośród środków farmaceutycznych na pierwszym planie należy postawić beladonę, która posiada według autora wybitne działanie przeciwskurczowe; dawka wynosi 0,01—0,03 w pigułkach lub czopkach. Skutecznymi okazały się także następujące formułki: 1) *Rp. Asae fetidae* 2,0—4,0 + *Vitelli ovi* № I + *Inf. Chamomillae* 200,0. DS. Do jednej ławatywy. 2) *Rp. Extr. bellad.* 0,01 + *Pulv. bellad.* 0,01½ + *Zinci valerian.* 0,04 na jedną pigułkę; wieczorem zażyć 2 pigułki. Okazać mogą usługę w tym celu ławatywy z makowca.

Z zabiegów wodoleczniczych autor poleca prysznic brzuszny [35—37°, na 2—3 minuty], kąpiele nasiadowe ciepłe [33°—36°, na 30 minut], wreszcie okłady rozgrzewające.

Spróbować można także ławatyw z wody o ciepłocie 34—35° z dodaniem oliwy prowanckiej, lub z naparu traw arotomatycznych. Masaż, wbrew innym autorom, M. zachwala.

Niezależnie jednak od leczenia miejscowego, należy postawić chorego w warunki higieniczne, zalecić spokój umysłowy, odsuwanie od siebie trosk i wzruszeń moralnych. Przetwory bromu są przeciwwskazane, gdyż działają przygnębiająco na ustrój.

Co się tyczy diety, to nie należy jej zbyt ograniczać, gdyż trawienie u tego rodzaju chorych odbywa się prawidłowo; należy tylko zabronić napojów zbyt gorących i zbyt zimnych, napojów wysokowych, herbaty, zalecić natomiast pokarmy tłuszczowe.

Stosowanie środków czyszczących należy możliwie ograniczyć, w razie zaś potrzeby podać łyżeczkę oleju rycynowego, lub 0,40 *Casc. sagrad.* bezpośrednio przed podaniem beladony.

(*La Presse médicale.* 1901. Nr. 50).

W. Rubin.

97. C. Gerhardt [Berlin]. O zawieraniu małżeństwa przez suchotników.

Do trudnych pytań, na które musi lekarz odpowiadać, należy kwestya zawierania małżeństwa przez suchotników. W ostatnich czasach podniosły się głosy, które nawołując przeciw drokońskiemu prawom, wskazują, że podniesienie strony psychicznej wpływa dodatnio na przebieg gruźlicy, że małżeństwo zapewnia troskliwszą opiekę i utrudnia wszelkie ekscesy.

W trudnych do rozstrzygnięcia wypadkach czasami jest dobrze zajrzeć do historii. Pewna praca Evisolle'go, wydana w 1850 roku, rzuca wyraźne światło na skutki małżeństwa u kobiet; autor ogłosił 27 spostrzeżeń pomiędzy kobietami, które będąc gruźlicze, zaszły w ciążę; u 3—przebieg choroby nie zmienił się, 12 kobiet, które w czasie porodu znajdowały się w drugim lub trzecim okresie choroby, po rozwiązaniu nie żyły więcej niż 4 miesiące; pomiędzy 10 kobietami, które w czasie porodu znajdowały się w pierwszym okresie gruźlicy lub w początkach drugiego, u 3-ch gruźlica przyjęła bardzo szybki przebieg, u 2-ch znaczne pogorszenie, u 5-ciu lekkie polepszenie. Z 22-ch cho-

rych na gruźlicę kobiet, 3 urodziły pomiędzy drugim a trzecim miesiącem, 3 pomiędzy siódmym a ósmym. Porody były po większej części łatwe, dzieci nikłe.

Wkrótce po tej pracy ukazały się spostrzeżenia innych autorów, które wskazywały na przyspieszający wpływ ciąży i położu na przebieg gruźlicy u kobiet.

Drugą pracą, która na wspomnienie zasługuje, jest praca HERMANA WEBER'a [po angielsku]. WEBER podaje historje 68 osób, które same będąc chore na gruźlicę, poślubiły zdrowe osoby.

Pomiędzy nimi było 3-ch mężczyzn i 2-ie kobiety. Bardzo niewiele mężów kobiet suchotnicznych zaraziło się od nich gruźlicą, natomiast pomiędzy 39 mężami, którzy sami byli chorzy na gruźlicę, a ożenili się ze zdrowymi kobietami, dziewięciu zaraziło swoje żony gruźlicą, a mianowicie: jeden 4 żony, jeden trzy żony, czterech po dwie żony, trzech po jednej, ogółem 18 kobiet zmarło, zaraziwszy się gruźlicą od mężów.

VIRCHOW widział często rozwijanie się ogólnej gruźlicy po zawarciu małżeństwa.

Jeden z ostatnich autorów, którzy tą kwestją się zajmowali, był van SENDYCK. Autor podaje historje 26 kobiet w wieku 20—36 lat, z których część była dziedzicznie obarczona, część bardzo wyniszczona, część już przedtem cierpiała na gruźlicę. U 21 z pomiędzy nich cierpienie płucne zaczęło się lub pogorszyło w czasie położu, u trzech w czasie karmienia, u dwóch w czasie ciąży; z pomiędzy tych 26 kobiet 14, to jest 54%, zmarło najdalej po upływie dwóch lat od zawarcia małżeństwa. Autor odradza zawieranie małżeństw przez suchotników, a nawet usposobionych do tej choroby.

Prof. GERHARDT nie widział również wogóle dobroczynnych skutków zawierania małżeństwa przez chorych gruźliczych. Autor podaje spostrzeżenie, które zrobił jeszcze bardzo dawno, lecz które w licznych modyfikacjach w dalszej praktyce mógł niejednokrotnie potwierdzić: Suchotnik z podgojoną gruźlicą ożenił się z młodą zdrową kobietą. W rok później umiera na gruźlicę, w dwa lata jego żona również na gruźlicę, w kilka lat dziecko na gruźlicze zapalenie opon mózgowych. Przeniesienie zarazka gruźliczego pomiędzy małżonkami może następować na drodze płciowej, co nie jest wcale rzadkością, bowiem statystyki wielu autorów podają zgodnie cierpienie organów moczopłciowych u suchotników na 5%.

Następnie możliwość zarażenia istnieje przy kaszlu i przy spluwaniu bogatej w laseczniczki plwociny.

Na mężczyznę życie płciowe wpływa osłabiająco, wywołując często znaczne pogorszenie sprawy płucnej.

U kobiet cięża, położ, karmienie wpływają z wysokim stopniem niekorzystnie na sprawę płucną. Tylko w wyjątkowo nielicznych wypadkach nie następuje pogorszenie.

W końcu autor wyraża życzenie, żeby każdy kto cierpiał na gruźlicę, przynajmniej rok jeden czekał z zawarciem małżeństwa i decydował się na ten krok tylko wtedy, gdy przez ten przeciąg czasu sprawa zupełnie ucichła.

W dyskusji, która się na ten temat rozwinęła, przyjmowali udział prof. LEYDEN i FÜRBRINGER. Ci podnieśli słuszność wniosków, stawianych przez prof. GERHARDT'a.

(*Zeitschrift für Tuberculose und Heilstättenwesen*).

H. Cybulski [Görbersdorf].

Wiadomości bieżące.

— Nagrodę NOBEL'a po 200000 koron otrzymali FINSEN, wynalazca fototerapii i PAWŁOW prof. w Petersburgu.

Zmarł prof. fizjologii w Würzburgu FICK.

O G Ł O S Z E N I A.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez dra WALENTEGO KOZOROWSKIEGO:

a) Nowe tematy:

1. Oznaczenie osmotycznego ciśnienia krwi i moczu [kryoskopia] u ludzi zdrowych i w rozmaitych warunkach patologicznych.

2. Badania doświadczalne i kliniczne nad zakrzepami żylnymi po chorobach zakaźnych.

3. Jak działa emetyna i apomorfiną na gruczoly i komórki sluzowe?

4. Krytyczno-doświadczalny rozbiór wyników, otrzymanych przez BIERNACKIEGO nad sedymentacją krwi i patognomonicznem jej znaczeniu.

5. Badania bakteryologiczne pyłu, pokrywającego rozmaite przedmioty i sprzęty w salach szpitalnych.

6. Rozpoznanie gruźlicy kiszek na zasadzie badania bakteryologicznego.

7. Fizyczna charakterystyka osób dotkniętych gruźlicą, specjalnie gruźlicą płuc.

b) Tematy pozostawione na rok następny z poprzedniego konkursu:

8. Badania kliniczne i doświadczalne nad dezynfekcją przewodu pokarmowego. [Badanie może dotyczyć środków nowych lub dotychczas niepróbowanych].

9. Badania doświadczalne nad wycinaniem płuc (*pneumectomy*).

10. Badania bakteryologiczne różnych postaci zapalenia pęcherza moczowego (*cystitis*).

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31-go marca 1902 roku. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych tematów, wyznacza się nagroda rb. 300. Takich nagród wakuje obecnie dwie. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopismach, pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ulica Niecała Nr. 7], z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr Brodowski*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu imienia dra ADAMA HELBICHA:

1. Udział lekarzy polskich w postępie medycyny drugiej połowy wieku bieżącego.
2. Zasady określenia niezdolności do pracy i zarobkowania po uszkodzeniach wskutek nieszczęśliwych wypadków.
3. Czy istnieją odrębności w przebiegu i etyologii chorób u ludności żydowskiej w naszym kraju?
4. *Pharmacopoea pauperum* w szerokim rozumieniu tego wyrazu. Praktyczny przewodnik taniego ordynowania środków lekarskich i opatrunkowych.
5. Anatomia patologiczna i etyologia szankra miękkiego.
6. Unerwienie i refleksy jamy nosogardzielowej.
7. Anatomia patologiczna i etyologia dysenterji.
8. Anatomia patologiczna i etyologia *enteritidis follicularis*.
9. Wahanie się ilości pepsyny w chorobach żołądka.
10. Zbadać doświadczalnie na zdrowych i chorych wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem roztworów różnego stężenia dwuwęglanu sodu.
11. Zbadać własności odkażające formaliny.
12. Porównanie wartości metod operacyjnych przetok pęcherzowych u kobiet po porodzie, na podstawie własnego doświadczenia.

Termin do złożenia rozpraw oznaczony został trzechletni, to jest do dnia 19-go października roku 1902. Nagród konkursowych na powyższy okres konkursowy oznaczono trzy, za 3 prace uznane za najlepsze z pomiędzy nadesłanych. Pierwsza nagroda wynosić będzie rb. 450, druga rb. 300 i trzecia rb. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem: „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ [ulica Niecała Nr. 7], z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami. Prawo ogłoszenia drukiem rozpraw uwiecznionych zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr Brodowski*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rb. 240, imienia Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1905 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1901 r. do 31-go grudnia 1904 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1901, 1902, 1903, 1904 i w ciągu stycznia 1905 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa [ulica Niecała Nr. 7] przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr Brodowski*.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава 24 Августа 1901. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.



Instytut chemiczno - bakteryologiczny

F. M. Blumenthala

Moskwa, Mylnikow pereuł. Nr. 4.

Jesienny dziesięciodniowy kurs praktyczny bakteryologii lekarskiej,
chemii i mikroskopii zaczyna się 1 października 1901 r.

Szczegóły ustnie i piśmiennie. — Zgłaszać się należy zawczasu.

SANATOGEN

Środek wzmacniający i pobudzający sprawność życiową,
a głównie systemu nerwowego.

Środek odżywczy przy gruźlicy, nerwowości, niedokrwistości, blednicy, chorobach
żołądka, i kiszek, zбочzeniach w trawieniu u dzieci, podczas zdrowienia po wy-
niszczających chorobach, jako środek wzmacniający odżywianie u matek, kar-
miących piersią.

Doskonałe działanie środka

potwierdzają badania prof. v. Bergmann'a, Eulenburg'a, Tobold'a w berlińskich
klinikach uniwersyteckich; prof. v. Schrötter'a w 3-im oddziale wewnętrznej
kliniki Wiedeńskiego uniwersytetu, w klinice dziecięcej prof. v. Frühwald'a
w Wiedniu, w zamiejskiej lecznicy psychiatrycznej pod Wiedniem i inne.

Przygotowuje firma:

BAUER et C-ie, Berlin S. O. 16.

Znajduje się w aptekach, magazynach aptecznych i u drogistów.

GLÓWNY REPREZENTANT NA WARSZAWĘ: 12—5

H. Biertümpfel, apteka, ul. Marszałkowska № 136 róg Ś-to Krzyskiej.

Prawdziwy tylko w ruskiem opakowaniu.

Przepisywanie na Maszynach

przyjmuje

H. Hilckner, Łódź, Skwerowa 18, m. 9.