

GAZETA LEKARSKA.

I. ZATRUCIA POKARMAMI MIĘSNYMI.

Podali

Leon Nencki i Wacław Wesołowski.

[Rzecz, wypowiedziana na posiedzeniu Wydziału biologicznego Towarzystwa
Hygienicznego Warszawskiego w dniu 22 maja 1902 r.].

— + — + —

Szanowni Państwo!

Sprawa zatruc pokarmami mięsnymi (*Fleischvergiftung*, *Intoxications alimentaires*), pomimo wielu i nader cennych prac, nie została dotychczas należycie wyjaśniona. Prace te jednak rzucają jasny promień światła na tą tak ważną sprawę zatruc i pozwalają nam już dzisiaj na wyróżnienie kilku mniej lub więcej ściśle określonych i odmiennych postaci. Mięso zwierząt, chorych na gruźlicę, karbunkul, nosaciznę, wodowstręt, promienicę, oraz mięso po zatruciu ciałami chemicznymi i uległe rozkładowi, należy wykluczyć z grupy zatruc właściwych pokarmami mięsnymi, w czym godzimy się najzupełniej z prof. B. FISCHER'em. Mięso bowiem zatrute w wyżej wspomniany sposób nie daje charakterystycznego obrazu zatruc mięsem właściwych.

Na pierwszym miejscu stawiamy bardzo już ściśle zbadane zatrucie tak zwane k i e ł b a ś n e, *botulismus* [od słowa *botulus*, kiełbasa] s. *allantiasis*.

Botulismus s. allantiasis wywołane zostaje przez właściwy lasecznik, wykryty przez prof. van ERMENGEN'a z Brukseli w 1896 r.—lasecznik kiełbaśny—*bacillus botulinus*. Lasecznik ten ma wygląd prostej laseczki z zaokrąglonymi końcami, długości 4—6 μ , szerokości 0,9—1,2 μ , układa się pojedynczo lub podwójnie, posiada ruchy właściwe dzięki 4—8-iu rzęsom, nieprawidłowo rozmieszczonym. Rozmnaża się zapomocą zarodników owalnych, wydłużonych, szerszych od samego lasecznika, umieszczonych zwykle na końcach, rzadziej w pośrodku; barwi się dosyć łatwo zwykłymi barwnikami, nie odbarwia się GRAM'em, odbarwia się dosyć szybko alkoholem.

Lasecznik ten należy do bezwzględnych beztlenowców i najmniejszy dostęp powietrza wstrzymuje jego rozwój. Hodowle udają się najlepiej na zalkalizowanej żelatynie z dodatkiem cukru gronowego przy ciepłocie

20°—30° C. Kolonie na żelatynie po 24-ch godzinach okrągławe, szaro-żółtawe, ziarniste, przezroczyste, ruchliwe na obwodzie, rozpuszczają żelatynę, nie ściągają białka, wydzielają CO_2 , H i CH_4 [metan] i dają zapach kwasu masłowego.

Laseczniki te żyją długo o ile na nie nie działa ciepłota wyższa nad 30° C., zarodniki zaś giną po godzinie przy ciepłocie 80° C. i po 15-tu minutach przy 85° C.—Kwas karbolowy 5%-wy zabija zarodniki po 24-ch godzinach, 6%-wy roztwór soli kuchennej wstrzymuje ich rozwój a 10%-wy zabija je. Hodowle są chorobotwórcze dla małąp, myszy, świnek morskich, królików, gołębi i kotów. Psy, kury i żaby są odporne. Toksyna, otrzymana z ich hodowli poraz pierwszy przez prof. L. BRIEGER'a i zastrzyknięta zwierzętom, wywołuje u nich te same objawy co i żywe hodowle samego lasecznika. Toksyna kielbaśna jest nader jadowita; powietrze, światło i ciepłota 60—70° C. pozbawiają ją własności trujących; nie rozpuszcza się w alkoholu amyłowym, eterze, chloroformie, benzolu;—słabe alkalia niszczą ją, tannina, sole obojętne, octan ołowiu, chlorek cynku osadzają ją, lecz nie niszczą jej jadowitości. Własności te stanowczo wyróżniają toksynę kielbaśną od innych ptomain. Lasecznik botulinowy bardzo mało jest rozpowszechniony w naturze i nie znaleziono go dotychczas tam, gdzie zwykle znajdują się inne beztlenowce.

W ustroju żyjącym nie znaleziono go również; nie rozwija się też na podłożach kwaśnych, tak, że nawet CO_2 wstrzymuje jego rozwój. Podłoża alkaliczne sprzyjają jego rozwojowi. Zarazek kielbaśny dostaje się do mięsa, pochodzącego zresztą od zwierząt zdrowych i rozwija się w niem na zasadzie tego, cośmy o jego własnościach mówili, tylko w pewnych szczególnych warunkach, przede wszystkim więc tam, gdzie mięso przez dłuższy czas znajduje się bez przystępu powietrza, w pewnej średniej ciepłocie i wilgoci, a więc w ciemnych, dusznych, źle przewietrzanych piwnicach, w beczkach, nabitych mięsem niesolonem lub niedostatecznie solonem i t. p. Ponieważ mięso na kielbasy przechowują często czas dłuższy w stanie siekanym, pewne warstwy takiej siekaniny przedstawiają nader dogodne warunki dla rozwoju rzeczzonego lasecznika; rozwija się wszakże i w innych gatunkach mięsa, jako to: w wieprzowinie, uprawianej w kadziach masarskich, rzadziej w wołowinie i cielęcinnie, dziczyźnie, w ptactwie.

Zatrucie jadem kielbaśnym występuje po spożyciu zepsutego mięsa nie wcześniej, jak w godzin 12. Zjawiają się wymioty, bóle brzucha, odurzenia aż do nieprzytomności i zaburzenia czucia; ciepłota ciała niepodwyższona a nawet często obniżona; wkrótce zaś występują objawy najbardziej znamienne dla tego otrucia, jako to: porażenie mięśni ocznych [zez], krtani, przełyku, w skutek których następują zboczenia we wzroku, w połykaniu i w mowie a także dokuczliwa suchość w gardle. Niebawem dołącza się zatrzymanie stolca i moczu, zaburzenia w oddychaniu i w krążeniu a wreszcie upadek czynności serca i śmierć przy objawach opuszkowych, to jest porażenia nerwów czaszkowych, wychodzących z opuszki rdzenia. Śmiertelność pierwszego znanego, zbiorowego otrucia wynosiła 30—50%; w przypadku zaś w Elezelles w Heuegau w Belgii w 1891 roku wynosiła 15%.

Drugą grupę niebezpieczeństw przy spożyciu mięsa stanowić może jego pochodzenie od zwierząt, dotkniętych ropnicą lub posocznicą wskutek spraw ropno-zapalnych, przyczem mogą się spotykać zapalenia wymion u krów, pępowiny u cieląt i ropnie w narządach wewnętrznych. Te postaci zachorowań, zdradzające się zmianami, widocznymi w zwierzęciu przy jego uboju, pozwalają w danym razie na wykluczanie podobnego mięsa ze sprzedaży.

Naukowo niezmiernie ciekawym, choć jeszcze nie we wszystkich szczegółach wyjaśnionym, jest szereg wypadków zatrucé nawet nagminnych mięsem, pochodzącem od zwierząt na pozór zupełnie zdrowych, mięsem świeżem, nieprzechowywanem, nie zawierającem jadu kiełbaśnego. Napotykamy tu głównie trzy postaci zachorowań, pochodzących z tego źródła, a mianowicie: postać 1) choleryczną, 2) tyfusową i 3) żołądkowo-kiszkową.

Postać tyfusowa rozpoczyna się po 4—9-cio dniowym okresie wylęgowym, przy charakterystycznych objawach tyfusowych. Przypadki zakażenia osób, otaczających chorego, zdarzają się częściej, aniżeli przy tyfusie właściwym. Postać tyfusowa występuje nader rzadko. Podczas zbiorowego zatrucia w Kłoteniu na 657 osób zachorowało 55, z których zmarło sześć.

Daleko częściej zdarza się postać choleryczna, objawiająca się wymiotami, rozwołnieniem, wypróżnieniami ryżowemi, kurczami łydek i obniżeniem ciepłoty ciała.

Najczęściej jednak występuje postać żołądkowo-kiszkowa przy podniesionej ciepłocie, nudnościach, wymiotach, bólach brzucha i rozwołnieniu. Do objawów tych dołączają się bóle głowy, krzyża i kończyn, wielkie osłabienie zawroty i omdlewanie.

W niektórych epidemiach spostrzegano rozmaitego rodzaju wysypki, *herpes labialis*, rumień, wynaczynienia i t. p. a przy wyzdrowieniu złuszczenie się naskórka. Lekkie postaci kończyły się wyzdrowieniem po 2—5-iu dniach, cięższe po kilku tygodniach. W przypadkach kończących się śmiercią, oprócz oznak kataru żołądkowo-kiszkowego znajdowano tłuszczowe zwyrodnienie wątroby, ostre miąższowe zapalenie nerek, przekrwienie płuc i wypaczynienia. Objawy chorobowe występują zwykle po 14—30-tu godzinach, często zaś już po kilku godzinach po spożyciu mięsa.

Z mięsa, które po spożyciu wywołało zatrucie pod postacią żołądkowo-kiszkową, oraz z wydzielin chorego i z osób zmarłych udało się wyhodować prof. GAERTNER'owi właściwy lasecznik: *bacillus enteritidis Gärtneri*, należący do grupy laseczników *coli* tyfusowych. Laseczники te, podane w pokarmach myszom, morskim świnkom, kozom, cielętom, małpom a nawet ludziom, wywoływały u nich objawy, bardzo zbliżone do objawów postaci żołądkowo-kiszkowej. Laseczники te mają wygląd krótkich pałeczek, obdarzone są ruchami właściwymi, nie tworzą zarodników, żelatyny nie rozpuszczają, GRAM'em się nie barwią, indolu nie wywiązują; z wielkości, kształtu oraz liczby i rozmieszczenia rzęś laseczники te podobne, są bardzo do laseczników tyfusowych i *coli commune* różnią się zaś od laseczników tyfusowych wyglądem hodowli na kartoflu i tem, że rozszczepiają cukier gronowy, od *bacterium coli commune* tem, że rozszczepiają tylko cukier gronowy a nie rozszczepiają cukru trzcinowego, ani mlecznego i nie ścinają mleka.

Najważniejszą jednak cechą, wyróżniającą je od lasecznika tyfusowego i *bacterium coli commune* jest ta ich własność, że są nader zakaźne i z wielką łatwością wywołują toksyny. Najmniejsza ilość tych laseczników, wprowadzona do jamy brzusznej, lub zastrzyknięta podskórnie lub podana z pokarmami, lub też wtarta w uszkodzoną skórę lub rogówkę, wywołuje śmiertelne zakażenia. Podane w pokarmach *per os*, nie umiejscawiają się tylko w przewodzie żołądkowo-kiszczowym, ale tworzą ogniska w narządach wewnętrznych i mięśniach. Laseczniki te, jak wyżej wspomniano, wytwarzają silną truciznę i tem się też daje wyjaśnić fakt, że już w kilka godzin po spożyciu mięsa powstają objawy zatrucia, które nie zależą od laseczników a od toksyny.

Z tego, cośmy mieli zaszczyt Szanownym Państwu przedstawić, pozwalamy sobie wyprowadzić następujące wnioski:

1) Według obecnych pojęć nauki zatrucia pokarmami mięsnymi uważać należy za choroby właściwe, *sui generis*, wywołane przez swoiste laseczniki.

2) Ze względu zaś na dwa różne rodzaje drobnoustrojów, wywołujących zatrucie pokarmami mięsnymi, przyjąć należy dwie postaci zatruc: zatrucie kielbaśne, *botulismus, seu allantiasis*, wywołane przez lasecznik kielbaśny (*bac. botulinus*) i zatrucie mięsem właściwe, występujące pod wieloma postaciami, z których dla jednej wykryty został lasecznik swoisty, należący do grupy laseczników *coli tyfusowych*.

3) Mięso zwierząt, chorych na gruźlicę, karbunkul, nosaciznę, promienicę, wodowstręt oraz mięso, zatrute ciałami chemicznymi i uległe rozkładowi, jako nie dające charakterystycznego obrazu klinicznego, należy wykluczyć z liczby przyczyn zatruc mięsem właściwych.

4) Ponieważ lasecznik kielbaśny przy ciepłocie 30° C., a jego toksyna przy ciepłocie 85° C., daje się zniszczyć, należy zatem w celu uniknięcia zatrucia, spożywać mięsa nie surowe, a gotowane lub pieczone. Wyroby zaś masarskie i wogóle mięsa, przeznaczone na czas dłuższy na przechowanie, dobrze solić, to jest dodawać na każde sto funtów mięsa dziesięć funtów soli kuchennej.

5) Toksyna zatruc mięsem właściwych nie daje się zniszczyć przez gotowanie.

L I T E R A T U R A.



van ERMENGEN. Ueber einen neuen anaëroben Bacillus und seine Beziehungen zum Botulismus. Zeit. f. Hygiene. T. XXVI.

GAFFKY u. PAOK. Ein Beitrag zur Frage der sog. Wurst—und Fleischvergiftungen. Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte. T. VI.

GAERTNER. Ueber die Fleischvergiftung im Frankenhause à Kyffh. Correspondenzblätter von Thüringen. 1888.

KARLIŃSKI. Zur Kenntniss des Bacillus enteritidis Gärtneri. Cent. f. Bacteriologie.

STADLER. Ueber die Einwirkung von Kochsalz auf Bakterien. Arch. f. Hygiene. Tom XXXV.

L. NENCKI. Czy solenie niszczy laseczki kiełbaśne i ich zarodniki? Rzecz wypowiedziana w Wydziale biologicznym. Warsz. Tow. Hygienicznego.

B. FISCHER. Zur Aetiologie der sogenannten Fleischvergiftungen. Zeit. f. Hyg. T. XXXIX. 1902.

II. Z AMBULATORIUM DRA KOZERSKIEGO W SZP. ŚW. ŁAZARZA.

PSEUDOPARALYSIS LUETICA (MALADIE DE PARROT).

Podał

Feliks Malinowski.



„*Pseudoparalysis luetica*“ jest sprawą zapalną kości u noworodków syfilitycznych w pierwszych miesiącach ich życia. Cierpienie to cechuje bezwład kończyn, zgrubienie i bolesność nasad kości. Zwykle bywa zajęta jedna kończyna, lub dwie symetryczne, w rzadkich bardzo razach — wszystkie 4 kończyny. Mięśnie i nerwy oddziałują normalnie na pobudzenia.

Taki przypadek miałem sposobność spostrzegać niedawno. Dnia 8-go listopada, gdy zastępowałem w ambulatorium szp. Ś-go Łazarza dra KOZERSKIEGO, przedstawiono mi dziecko, którego badanie wykazało objawy następujące: dwumiesięczne dziecko płci żeńskiej, średnio odżywione, posiada słabo błyszczące stopki i sapkę. Obydwa ramiona bezwładnie zwieszają się wzdłuż tułowia. W prawym stawie łokciowym dają się zauważyć nieznaczne zginające poruszenia, wyglądające na lekkie podrzucania przedramieniem. W stawie piąstkowym tejże kończyny, jako też łokciowym i piąstkowym lewej nie widać żadnych czynnych poruszeń. Przedramiona w położeniu ksobnem. Ruchy palców górnych kończyn dość swobodne. Dolne kończyny nie wykazują w stawach: biodrowym, kolanowym i skokowym czynnego ruchu. Kończyny te pozostają ciągle nieruchomo zgięte w wyżej wymienionych stawach. Zupełne bierne rozgięcie ich napotyka na opór. Skóra, pokrywająca stawy, normalna. We wszystkich stawach nieruchomych wyczuwamy zgrubienie nasad kości w postaci stożka [najwyraźniej dolne nasady kości goleniowych].

Stawy te są bolesne. Przy ucisku ich dziecko krzyczy; kiedy je zaś zostawimy w spokoju, nie wyraża wcale oznak bólu. Przy szczypaniu skóry, jako też kluciu jej niemowlę również krzyczy; mięśnie ściągają się, lecz kończyny pozostają bez ruchu.

Porażenia mięśni twarzy i oczu, podniesienia ciepłoty ciała nie zauważyłem.

Wywiady w danym przypadku przedstawiają co następuje: według łaskawie mi udzielonych danych przez dra KOZERSKIEGO, przed urodzeniem się dziecięcia matka była leczona od paru tygodni z powodu owrzodzenia lewego migdała i owrzodzenie to znikło po zastosowaniu jodku potasu i odpowiedniego penzlowania. Wówczas też dr KOZERSKI stwierdził nawpół wessane lepiej płaskie części rodnych, przyjął chorą do swego oddziału, gdzie pod wpływem swoistej kuracji [wcierania + KJ] lepiej wessały się zupełnie. Poród odbył się w szpitalu prawidłowo. W ciągu pierwszego miesiąca noworodek nie zdradzał choroby. Dopiero w piątym tygodniu matka zauważyła, że dziecko przestało poruszać prawą nóżką. W ciągu tygodnia sprawa ta rozszerzyła się już na wszystkie kończyny Jednym słowem, urodzone z matki, obarczonej świeżym przymiotem, dziecko zaczęło cierpieć w początku 2-go miesiąca życia na bezwład we wszystkich czterech kończynach, obok zgrubień i bolesności w nasadach kości. Wobec tego rozpoznanie nie przedstawia trudności. Mamy w danym razie typowy przypadek „*pseudoparalysis luetica*“, inaczej zwanej „*Maladie de Parrot*“. Istotnie, przymiot mózgo-rdzeniowy (*sypilis cerebro-spinalis*) musimy wykluczyć ze względu na wczesny bardzo wiek dziecięcia i brak porażenia mięśni twarzy lub oczu. To samo da się powiedzieć o ostrem zapaleniu kości (*osteomyelitis*) i ostrem zapaleniu stawów (*polyarthrititis acuta*), którym towarzyszą zawsze znaczne podniesienie ciepłoty ciała i inne ciężkie ogólne objawy. Wątpliwości co do wrodzonych zwichnień zostaną usunięte, gdy wspomnimy, że dziecko urodziło się zupełnie zdrowe, a ostre porażenie rdzeniowe dzieci (*paralysis essentialis infantum*) różni się bardzo swym specjalnym przebiegiem [gorączka, zależność obszaru, zajętego przez porażenie, od wysokości uszkodzenia, szybkie zmiany w odżywianiu części porażonych i t. d.].

Kurację zastosowałem czysto swoistą: kąpiele sublimatowe i wcierania szaruchy w boczki. Poprawa nastąpiła nadzwyczaj szybko. Po tygodniu już zauważyłem ruchy w zajętych stawach kończyn górnych. Zgrubienie zaczęło się zmniejszać a bolesność była mniej widoczną. Po 2-ch tygodniach zmiany zaczęły ustępować i na kończynach dolnych. Po czterech tygodniach kuracji stwierdziłem, że zginanie czynne odbywa się we wszystkich stawach. Zgrubienia nieznaczne pozostały tylko na nasadach dolnych kości goleniowych. Bolesność ich na ucisk bardzo nieznaczna. Zgrubienia te, aczkolwiek zupełnie niebolesne, trwają do tej pory [t. j. w styczniu 1902 r.].

Leczenie swoiste niemowlę znosiło bardzo dobrze. Karmiła je sama matka, posiadająca dość obfity pokarm.

Wzmianki pierwsze o *pseudoparalysis luetica* napotykamy na początku przeszłego wieku. BERTIN (*Traité des maladies vénériennes des nouveau-nés* 1810 r.) wspomina o bólu w stawach i zgrubieniu kości w połączeniu z bezwładem kończyn u noworodków syfilitycznych.

Dopiero PARROT (*Arch. de Physiologie* 1872 r.), powołując się na trzy swoje osobiste spostrzeżenia, starał się wyjaśnić objawy tej choroby. Przeważnie cierpią na nią niemowlęta w przeciągu trzech pierwszych miesięcy życia. Wyjątkowo VICARELLI obserwował dotknięte nią dziecko w pierwszym dniu życia i HENOCH w 8-ym miesiącu. Choroba PARROT'a bynajmniej nie należy do rzadkich. Podług LABBÉ'go (*La Presse médicale*. Nr. 78. 1900 r.) jest ona udziałem 5-iu % noworodków syfilitycznych. Z pomiędzy 256-iu takich dzieci OBERWARTH zauważył tę chorobę u 12-tu. Wszystkie niemowlęta, dotknięte tą chorobą, PARROT skazywał na śmierć, lecz obserwacye MILLARD'a, FOURNIER'a, MOUSSOUS'a i innych wskazują, że wyleczenie występuje dość często. Nawet CHAUMIER, VAN HARLINGEN i inni przytaczają przypadki samoistnego wyleczenia. Wyniki naturalnie są szybsze i pewniejsze pod wpływem swoistego leczenia. Anatomo-patologiczne zmiany przy chorobie PARROT'a są znane dzięki studjom WEGNER'a, PARROT'a, RANVIER'a, LANCEREUX, FOURNIER'a, PELLIZARI'ego, TAFO-NI'ego, MARCEL'a, LABBÉ'go (*La disjonction épiphysaire des nouveau-nés syphilitiques*).

Badania te wykazały, że sprawa przymiotowa co do częstości dotyka kości w następującym porządku: ramieniową, goleniową, biodrową, promieniową i t. d. Miejscem, najwięcej narażonem na ubezpieczeństwo, bywa pas kostnienia; obfituje on najbardziej w naczynia, a więc najłatwiej podlega zakażeniu. Tutaj dostrzegamy nieregularne zgrubienie substancji kostnej; okraża ono częściowo, lub zupełnie trzon i formuje mniej lub więcej wystający osteofyt,—niekiedy prawdziwą ekzostozę. Te twory kostne pokrywa okostna. Na przecięciu kości gołem okiem dostrzedz można, że chrząstka nasady jest obficie unaczyniona, pas kostnienia nieregularny, sąsiedni szpik kostny blady i żółtawy.

Zmiany histologiczne dotyczą chrząstki, pasa kostnienia i tkanki kostnej. Komórki chrząstkowe są bardzo małe i nie układają się w pobliżu pasa kostnienia w szeregi równoległe.

Pas kostnienia szeroki i nieregularnie odgraniczony. Warstwa tkanki łącznej, obfitującej w naczynia i komórki embryonalne, oddziela nasady od trzonów. Obecność tej warstwy objaśnia oddzielenie się nasad od trzonów kości.

Nowa tkanka kostna nie tworzy się przez narastanie regularne (*per appositionem*) w postaci sierpa, lecz powstają jedynie smugi nowoutworzonej tkanki kostnej drobne i nieliczne. Szpik składa się z wybitnie włóknistej podściółki, przetykanej mniej licznymi, niż normalnie, komórkami.

Gdy wyżej wymienione zmiany anatomo-patologiczne nie były dokładnie znane, HENOCH przypisywał objawy tej choroby zajęciu mleczu pacierzowego. W późniejszych czasach REUTER [1865] jako przyczynę podawał ucisk nerwów obwodowych przez gumaty syfilityczne, ZAPPERT—zaburzenia układu nerwowego ośrodkowego. Te teorie nerwowe nie objaśniają wszystkich objawów [ból, zgrubienie] i nie są oparte na zmianach anatomo-patologicznych. Daleko wię-

cej w zgodzie z kliniką i anatomią patologiczną pozostają wyjaśnienia PARROT'a: zapalenie kości i chrząstki (*osteochondritis*) doprowadza do oddzielenia się nasad kości od trzonów. Mięśnie nie są w stanie wywołać normalnego ruchu, gdyż końce kości ześlizgują się jeden o drugi i dźwignia pozbawiona jest punktu oparcia. Nieprawidłowe zaś położenie kości i podrażnienie chrząstki wywołuje ból, dla uniknięcia którego dziecko trzyma kończyny nieruchomo. LABBÉ do tego stopnia uważa za niezbędny warunek—oddzielenie się nasad, iż utożsamia chorobę PARROT'a z odzieleniem się nasad kości u syfilitycznych noworodków. HEUBNER jednakowoż (*Syphilis im Kindesalter*) zwraca uwagę, że w bardzo wielu przypadkach nie można dowieść oddzielenia się nasad i że dziecko nie zawsze przyjmuje pozycję, sprawiającą najmniej bólu.

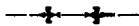
Reasumując dane, jakich dostarczyła obserwacya w naszym przypadku, przychodzimy do wniosków następujących: *Osteochondritis luetica* w danym razie nie doprowadziła do oddzielania się nasad od trzonów, prawdopodobnie, dzięki wcześniej zastosowanemu leczeniu swoistemu. Pomimo tego, nie obeszło się bez wywołania bezwładu w kończynach. Niazawodnie, że zgrubienie kości w pobliżu stawów do pewnego stopnia wpłynęło na ograniczenie swobody ruchów. Najistotniejszą jednak przyczyną, wywołującą unieruchomienie kończyn, zdaniem naszym, jest bolesność obrzmiałej okostnej, która targana przez ścięgna w miejscach ich przyczepów, lub uciskana wzdłuż ich przebiegu podług skurczu mięśni,—boli dotkliwie. Ten to ból prawdopodobnie sprowadza odruchowe unikanie ruchów—*pseudoparalysis*.

II. O PRZEPUKLINACH ŁĘDŹWIOWYCH I BRZUSZNYCH BOCZNYCH (Laparocēle).

Podał

Dr Roman Barącz,

docent chirurgii Uniwersytetu lwowskiego.



[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 31].

Guz ten daje się odprowadzić do jamy brzusznej przy zastosowaniu pewnej siły obu rąk i przy pomocy palców, przyczem palcem można wyczuć w tylnej linii pachowej tuż poniżej ostatniego żebra okrągły otwór, przenikający wiotkie powłoki brzuszne. Przy odprowadzeniu guza nie daje się zauwa-

żyć wyraźne kruczenie. W otwór ten dają się wprowadzić łatwo 4 palce razem złożone, a po usunięciu ucisku palców występuje guz ponownie. Przy dokładnem obmacaniu otworu spostrzegłem, że brzeg jego tylny i górny jest twardszy i bardziej napięty niż przedni i dolny. Górny brzeg tworzy bocznie dolna granica ostatniego żebra, przyśrodkowo mięsień, twardy w dotyku, przebiegający ukośnie z góry—bocznie, ku dołowi—przyśrodkowo, który zdaje się odpowiadać dolnemu brzegowi mięśnia *serratus posticus inferior*. Tylny przy-



Rys. 2.

środkowy brzeg tworzy dobrze rozwinięty mięsień *erector trunci*. Przednia i dolna granica przechodzi we wiotkie, bardzo ścieńczone i skąpo rozwinięte mięśnie brzuszne i nie daje się dokładnie oznaczyć. Przez wspomniany otwór nie można dojść palcem do grzebienia kości biodrowej, oddziela go bowiem od otworu dość wysoka warstwa wiotkiej tkanki mięśniowej, również nie można wymacać na grzebieniu kości biodrowej żadnego zagłębienia. Po wprowadzeniu palców do otworu i przy skombinowanem badaniu [przy równoczesnem ucisknięciu powłok brzusznych drugiej strony ciała] również nie daje się wymacać przez dno otworu żaden wewnętrzny narząd. Powłoki brzuszne nad

guzem są bardzo wiotkie i prawdopodobnie tworzy je tylko skóra. Odgłos wypukowy nad guzem jest wszędzie jawny, bębnowy. Wyrostki kolczaste VIII i IX kręgu piersiowego przedstawiają kifozę pod kątem rozwartym [kąt około 160°]; do wytworzenia jej przyczynia się szczególnie IX krąg piersiowy. Mięśnie grzbietowe i brzuszne są po stronie lewej prawidłowo rozwinięte. Przepukliny innego rodzaju lub innych zniekształceń nie można u dziecka zauważyć.

Przy badaniu wewnętrznych narządów, znaleziono stosunki prawidłowe. Rozpoznanie: przepuklina lędźwiowa wskutek wrodzonego braku mięśni brzusznych i *spondylitis*. Od zamierzonej doszczętnej operacji [odświeżenie i zeszytanie poszczególnych warstw brakujących brzegów mięśniowych], musiałem odstąpić z powodu osłabienia dziecka. Leczenie polegało na założeniu odpowiednio sporządzonej peloty, którą zapomocą przylepca umocowywano. Dziecko mogłem, niestety, obserwować tylko przez dwa miesiące; przepuklina nie zmniejszała się. Dziecko zmarło w pół roku później na zapalenie płuc.

Przypadek nasz odpowiadał w zupełności przypadkom, w których powstanie przepukliny lędźwiowej odnieść należy do braku mięśni brzusznych. Tylko przy dorywczym i niedokładnym badaniu mógłby ktoś mniemać, że w powyższym przypadku miało się do czynienia z górną zwyczajną przepukliną lędźwiową, w rombie LESSHAFT'a. Wprawdzie odpowiadały jej górna i przysrodkowa granica, natomiast jednak brak było granicy dolnej i bocznej. Pojawienie się cierpienia już w 10-ym miesiącu życia, wybitny brak i ścięnczenie mięśni brzusznych przemawiają dosadnie za wrodzonym cierpieniem. Chodziło tu podobnie, jak w przypadkach WYSS'a i GIORDANO, o niedostateczny rozwój i braki we wszystkich trzech warstwach mięśniowych, tworzących ścianę jamy brzusznej, a mianowicie w mięśniach *obliquus externus*, *internus* i *transversus abdominis*. Zapalenie kręgu nie stoi tu w związku przyczynowym z pojawieniem się przepukliny, a należy je uważać li tylko za przypadkowe powikłanie, chociaż nie można wykluczyć, czy nie przyczyniło się ono wskutek rozciągnięcia ściany brzusznej do powiększenia wypuklenia.

II Grupa. Przepukliny lędźwiowe, powstałe wskutek urazu.

Że przepuklina lędźwiowa powstać może wskutek bezpośrednio na okolicę lędźwiową działającego urazu, albo za pośrednictwem urazu, przeniesionego ciężarem ciała lub też wskutek natężenia i przerwania mięśni grzbietowych, na to mamy wiele dowodów w literaturze. Po największej części miało się tu do czynienia z działaniem bardzo znacznych urazów jako to: upadek z wielkiej wysokości [DECAISNE i VANVARENBERG, DESEAUT, SISTACH], silne przygnięcie ciała wozem do muru [CHAPPLAIN], uderzenie w bok [LASSUS], upadek ze schodów [RIGODIN]. W innych przypadkach było tylko podnoszenie znacznie ciężarów [CLOQUET, MONRO, KINGDOM, STARR]. W dwu przypadkach COZE'a, które dotyczyły artylerzystów, przyczyną wystąpienia przepukliny miały być wysiłki jazdy konnej.

Przepukliny tego rodzaju powstają zazwyczaj bezpośrednio po obrażeniu. Chorzy w chwili obrażenia doznają uczucia rozdarcia w okolicy lędźwiowej; bóle zaś w tej okolicy naprowadzają często na ślad cierpienia.

Tego rodzaju przepukliny objaśniają także moje następujące przypadki.

P r z y p a d e k I-szy. Joanna K., 11-letnia dziewczyna ze Lwowa, podniosła w początkach lutego 1901 ciężki stół i przestawiła go na inne miejsce, przyczem uczuła dotkliwy ból w okolicy lędźwiowej lewej. Ból w następnych dniach był tak uporczywym, że zmusił chorą do pozostania w łóżku przez kilka dni. Gdy następnie po upływie kilku tygodni uskarżała się chora na ciągły ból w okolicy lędźwiowej lewej, spostrzeżono po obnażeniu jej w odnośnem miejscu guz i przyprowadzono chorą do mnie 1-go maja 1901.

Badanie wykazało: dziewczyna smukła, źle odżywiona. W okolicy lędźwiowej lewej, tuż pod XII-em żebrzem znajduje się guz podłużnie owalny, mniej więcej wielkości jaja kurzego, którego oś długa przebiega pionowo, a który dokładnie zajmuje miejsce, przez LESSHAFT'a określone. Wypuk nad guzem daje odgłos bębenny, guz zaś powiększa się podczas kaszlu lub podczas nadymania się chorej. Jest on zbitości twardo-elastycznej, skóra nad nim prawidłowa. W położeniu brzuszmem i przy zwiotczeniu mięśni grzbietowych daje się guz odprowadzić po zastosowaniu dość silnego ucisku, przyczem można wyczuć wyraźne kruczenie a zarazem po odprowadzeniu daje się wykazać w powłokach brzusznych otwór, wielkości orzecha laskowego, którego granice odpowiadają w zupełności rombowi LESSHAFT'a. Guz występuje ponownie podczas kaszlu. Zalecono leżenie w łóżku i opatrunek uciskający z wywatowanej peloty i opaski. Sporządzenie odpowiednio zbudowanej peloty ze skóry lub gumy było zbyt cennem, gdyż podczas leżenia w łóżku guz z wolna ustępował, a po upływie miesiąca rodzice więcej już go nie zauważyli. W rok prawie później [6. I. 1902] dokonane badanie wykazało, że w miejscu guza znajdowała się tylko płaska, rozlana, nieznaczna wyniosłość, zwiększająca się nieco tylko podczas kaszlu. Otworu w powłokach brzusznych nie można było więcej wykazać.

P r z y p a d e k II-gi. Władysław S., 16-letni syn wieśniaka ze Siedlisk, zgłosił się 20. IV. 1900 w tutejszej poliklinice, podając, że wskutek doznanego przed 4-remi laty uderzenia dyszlem w lewą okolicę lędźwiową w miejscu tem zauważył przez czas dłuższy bolesność, później garb w okolicy dolnych kręgów piersiowych; następnie powstał w górnej okolicy lędźwiowej lewej guz miękki, z początku wielkości orzecha włoskiego, z czasem zwiększający się. Chory przy dłuższem staniu lub chodzeniu miewa bóle i pieczenie w okolicy lędźwiowej lewej. Ma pochodzić z rodziców zdrowych i posiada 5-cioro zdrowego rodzeństwa.

Badanie wykazało: chłopiec niskiego wzrostu, dość dobrze zbudowany, lichy odżywiony, o bladych policzkach, tudzież błonie śluzowej wargi, schorzałym wyrazie twarzy. W dolnej okolicy piersiowej i górnej lędźwiowej zauwa-

żyć można garb łukowaty, utworzony przez XII-ty krąg pierciowy i trzy górne lędźwiowe; zarazem okazuje się, że wierzchołek garbu zbacza dość znacznie na prawo od linii środkowej, skutkiem czego wytworzyła się w górnych kręgach piersiowych kompensacyjna skolioza ku stronie lewej (*kyphoscoliosis*). Górną część okolicy lędźwiowej bocznej lewej zajmuje guz jajowato-owalny, wiel-



Rys. 3.

kości jaja strusiego, przebiegający wzdłuż łuku żebrowego, 18 ctm. długi, do 12 ctm. szeroki [porów. rys. 3-ci i 4-ty]. Skóra nad guzem prawidłowa i z trudnością układa się we fałdy z powodu napięcia. Obrzęk jest zbitości ciastowatej; przy obmacaniu dają się w nim zauważyć poszczególne guzki twardsze, dochodzące do wielkości orzecha włoskiego, przy silniejszym uciskaniu guza można zauważyć kruczenie. Wypuk nad guzem daje odgłos bębnowo-przytłumiony tak w pozycji stojącej, jak i w położeniu brzuszmem.

Guz ten powiększa się i twardnieje podczas kaszlu i nadymania się, spłaszcza się zaś i mięknie znacznie w położeniu brzuszmem.

Przy silniejszym ucisku i przy pomocy palców w położeniu brzuszmem chorego daje się guz powoli odprowadzić wśród wyraźnego kruczenia, przy czem można wyczuć poniżej XII-go żebra w odległości 10 ctm. od wyrostka



Rys. 4.

kolczystego XII-go kręgu piersiowego wyraźne zagłębienie, w które wprowadzić się dają łatwo końce 2-ch palców; wewnętrzna granica guza najwybitniej zaznaczona i przedstawia się jako niepodatna i twarda listwa, odpowiadająca zupełnie brzegowi mięśnia *erector trunci*; inne ograniczenia otworu są miększe w dotyku. W płucach zmian niema, w sercu szmer skurczowy.

U chorego nie zauważano żadnej innej przepukliny—prócz nieznacznego rozszerzenia obu kanałów pachwinowych. Rozpoznanie: *Hernia lumbalis su-*

perior [w miejscu rombu LESSHAFT'a], *spondylitis obsoleta*. Chory nie zgodził się na zaproponowaną operację doszczętną i nie zgłosił się więcej do polikliniki.

Omówienie obu przypadków nastąpi później.

Niektóre tłuszczaki okolicy lędźwiowej stoją bez wątpienia w związku z przepukliną lędźwiową, podobnie jak tłuszczaki podsurowicze innych okolic bram przepuklinowych. Jako przykład guzów podobnych niech posłuży następujący, przeze mnie obserwowany przypadek.

Przypadek III-ci. W. Z., 62-letni mężczyzna, z Mszańca w Galicyi, zgłosił się dnia 8. VI. 1901 r. podając, że jeszcze przed 30-u laty po silnym wysiłku fizycznym zauważył najpierw ból a później guz wielkości kurzego jaja w lewej okolicy lędźwiowej. Guz ten pozostał aż do obecnej chwili; okazywał on zawsze znaczną twardość, jednak wielkość jego zmieniała się: po wysiłkach [dźwiganiu ciężarów] powiększał się, zaś gdy chory pozostawał w spokoju zmniejszał się widocznie. Chory nie doznaje żadnych bólów w guzie, natomiast cierpi często na dolegliwości ze strony narządu trawienia: nudności i uporczywe zaparcie stolca.

Status praesens. Mężczyzna wysokiego wzrostu, miernej budowy ciała, dobrze odżywiony. W lewej okolicy lędźwiowej można zauważyć na XII-ym żebrze i tuż poniżej tegoż, w odległości 7-iu ctm. od linii środkowej ciała [wyrostków kolczastych kręgów lędźwiowych] guz, wielkości jaja kurzego, podłużnie owalny, lekko wypuklający się, pokryty skórą prawidłową. Guz okazuje się przy palpacji jako twardo-sprężysty, zrazowaty, mało ruchomy, niebolesny. Podczas kaszlu i nadymania się powiększa się nieznacznie. Przy położeniu chorego na brzuchu i po zwiótczeniu powłok brzusznych nie daje się odprowadzić, jednak można wyczuć przy palpacji na dolnym brzegu guza podłużnie-owalny dołek, w który końce 2-ch palców dokładnie wprowadzić się dają. W okolicy lędźwiowej prawej można bezpośrednio pod dolnym brzegiem XII-go żebra stwierdzić nieprawidłową wiotkość powłok brzusznych na przestrzeni kilku ctm. Podczas kaszlu można zauważyć wyraźne uderzanie jelit brzusznych w miejscu opisanego dołka i w odpowiednim miejscu prawej okolicy lędźwiowej. Przy perkusji można zauważyć nad guzem odgłos wypukowy stłumiony bębenny, poniżej tegoż i w odpowiednim miejscu prawej okolicy lędźwiowej odgłos wypukowy bębenny.

Najprawdopodobniej ma się do czynienia w naszym przypadku z przepukliną tłuszczu zaotrzewnowego, nie dającą się odprowadzić z powodu zrostów; jako bramę przepuklinową należy uważać romb LESSHAFT'a. Czy objawy ze strony narządu pokarmowego stoją w przyczynowym związku z przepukliną przyrośniętą, nie daje się stwierdzić z powodu braku dłuższej obserwacji chorego. Przypadki podobne, jak wyżej opisany, mogą przedstawiać trudności rozpoznawcze; guz podobny można łatwo pomieszać ze zwykłym tłuszczakiem. Wszystkie trzy przypadki omówię później.

III Grupa. Przepukliny lędźwiowe, powstałe po ropniach opadowych.

Pierwsze wiadomości o tego rodzaju przepuklinach lędźwiowych zawdzięczamy pracom BRAUN'a i JULIUSZA WOLFF'a. Wykazali oni dokładnie na pod-

stawie 3-ch obserwowanych przypadków, że ropnie opadowe, wychodzące z kręgów lub też grzebienia kości biodrowej, mogą torować drogę dla później powstałych przepuklin lędźwiowych. WOLFF nadto zwrócił uwagę na możliwość kombinacji przepuklin lędźwiowych z podobnymi ropniami i ostrzegał przed pomyłką w rozpoznaniu, która o tyle łatwiej przytrafić się może, o ile obie sprawy chorobowe mogą w tem samym miejscu występować nawet równocześnie. Przepuklinę lędźwiową wzięto 3-krotnie za ropień opadowy, a mianowicie: w przypadkach LARREY'a, DOLBEAU'a i COZE'a; w ostatnich obu przypadkach przecięto nawet guz, a w przypadku DOLBEAU'a wytworzono wskutek przecięcia sztuczną odbytnicę!

W przypadku BASSET'a uważano przepuklinę za tłuszczak i dopiero przed wyluszczeniem spostrzeżono szczęśliwie pomyłkę!

Przypadek WOLFF'a dotyczył przepukliny lędźwiowej, powstałej u 24-letniego mężczyzny w miejscu trójkąta PETIT'a po przebytem zapaleniu kości miednicowych; drugi jego przypadek dotyczył przepukliny lędźwiowej, która powstała po ropniu opadowym wskutek *spondylitis* u 4-letniego chłopca, a którą można było pomieszać łatwo z ropniem opadowym ponieważ wystąpiła w miejscu pierwotnego ropnia powyżej przetoki.

BRAUN był pierwszym, który orzekł na podstawie swego, przeze mnie już powyżej przytoczonego, przypadku, że przepukliny lędźwiowe i ropnie opadowe pochodzenia kręgowego postępować muszą wzdłuż pewnych dróg anatomicznych. Na to zapatrywanie naprowadziła go ta okoliczność, że w jego przypadku występowały najpierw ropnie, a następnie przepukliny symetrycznie w tem samym miejscu. BRAUN mniema na podstawie swego—przez sekcję stwierdzonego spostrzeżenia, że tych dróg należy szukać w dość stale przytrafiających się otworach wśród ścięgniętego przyczepu mięśnia *latissimus dorsi*, które służą za miejsce przejścia dla nerwów *cutanei clunium posteriores superiores*, drogi te atoli są dotychczas mało zbadane.

Przypadki BRAUN'a i WOLFF'a były analogiczne przypadkom CAMPBELL'a, HARDY'ego, RAVATON'a, VAN HENGEL'a i SISTACH'a, w których również poprzedzało nagromadzenie ropy w miejscu przepukliny. W przypadku CAMPBELL'a i BRAUN'a rozchodziło się podobnie jak w przypadku WOLFF'a o ropień opadowy z powodu zapalenia kręgów. Ja nie mogę przytoczyć z własnego doświadczenia żadnego przypadku, należącego do tej grupy przepuklin lędźwiowych.

IV Grupa. Przepukliny lędźwiowe, swoiście występujące.

Do tej grupy zaliczyć musimy te przypadki, w których etyologia przepuklin lędźwiowych nie jest jasna. Możliwym jest, że ma się tu do czynienia z osłabieniem powłok brzusznych i rozciągnięciem blizny po poprzednio zadziaływanym urazie lub też osłabieniem mięśni brzusznych, wskutek nagłego schudnięcia po chorobach gorączkowych. Ten rodzaj przepuklin nie przedstawia zresztą nic typowego. Do tej grupy mógłbym zaliczyć następujący, przeze mnie obserwowany przypadek.

Antoni K., lat 13 liczący, chłopiec ze Lwowa zgłosił się do polikliniki 19-go listopada 1900 r. z powodu ropiejącego gruczolaka w jamie pachowej prawej.

Badanie wykazało: chłopiec dobrze zbudowany o mięśniach silnie rozwiniętych i zdrowym wyglądzie. Prócz ropiejącego gruczolaka w prawej jamie pachowej znalazłem przypadkowo w okolicy lędźwiowej prawej półkulisto wypukłony obrzęk, który na pierwszy rzut oka robił wrażenie zimnego ropnia.

Blizsze badanie wykazało wybitną skoliozę w części grzbietowej kręgosłupa ku stronie lewej, zaś kompensacyjną w części lędźwiowej ku stronie pra-



Rys. 5.

wej; przy obmacywaniu nie można było wykazać ani garbu, ani bolesności kręgów. W okolicy lędźwiowej prawej znajdował się tuż pod XII-em żebrem bocznie od mięśnia *sacro-lumbalis* guz półkulisty, wielkości kuli bilardowej; również podobny guz w odpowiednim miejscu okolicy lędźwiowej lewej, lecz nieco więcej płaski, nieco większy, podłużnie owalny [porów. rys. 5-ty]. Podczas kaszlu i przy nadymaniu się oba guzy powiększają się i napinają, przyczem lewy przyjmuje kształt jajowaty, dochodzi do wielkości jaja gęsiego, oraz przyjmuje położenie ukośne. Wypuk nad obu guzami daje odgłos przytłumiony bębnekowy, wyjaśniający przy opukiwaniu podczas nadymania się. W czasie badania w położeniu brzuszmem i przy zwiótczeniu mięśni grzbieto-

wych dają się oba guzy odprowadzić przy pomocy ucisku palców, przyczem wykazać można po obu stronach, bocznie od mięśnia *sacro-lumbalis* wyraźne zwiotczenie i podatność powłok brzusznych; również można wymacać obustronnie w środku zwiotczonych miejsc otwór, do którego koniec wskaziciela wprowadzić się daje. Kanał pachwinowy prawy miernie rozszerzony, innych przepuklin niema.

Z powyższego widzimy, że w moich 4-ch przypadkach brama przepuklinowa nie odpowiadała trójkątowi PETIT'a, lecz raczej przestrzeni, przez LESSHAFT'a określonej, położonej poniżej ostatniego żebra. Widzimy dalej, że w 2-ch przypadkach istniały równocześnie zniekształcenia z powodu obciążenia kręgosłupa: w jednym przypadku kifo-skolioza pochodzenia gruźliczego, w innym skolioza.

Wedle mego doświadczenia odpowiada brama przepuklinowa w przepuklinach lędźwiowych umiejscowieniem swoim częściej rombowi LESSHAFT'a, aniżeli trójkątowi PETIT'a. Kifoza i skolioza usposabiały do pewnego stopnia do wytworzenia tych przepuklin.

Związek obu spraw chorobowych dałby się wyjaśnić tylko przez dokładne zbadanie okolicy lędźwiowej zwłok osób, dotkniętych kifozą i skoliozą. Prawdopodobnie składają się na to dwie przyczyny: z jednej strony osłabienie mięśni grzbietowych, z drugiej przesunięcie punktów przyczepu mięśni, spowodowane zniekształceniem z powodu obciążenia.

Celem wyjaśnienia przewagi przepuklin lędźwiowych górnych w moich przypadkach, co się z dotychczasowymi doświadczeniami innych chirurgów nie zgadza, wydało mi się wskazanem przeprowadzić jeszcze raz szereg badań anatomicznych okolicy lędźwiowej i na liczniejszym materiale sekcyjnym zbadać jej słabsze miejsca.

Wyniki moich dotyczących doświadczeń podam obszernie w następującej pracy (*Archiv für klin. Chirurgie*).

Rozpoznanie przepukliny lędźwiowej wolnej jest zwykle łatwe, jeżeli się tylko pamięta o możliwości wystąpienia przepukliny w odnośnem miejscu, ponieważ przepuklina ta okazuje typowe cechy przepuklin w ogóle, a przede wszystkim guz daje się odprowadzić, przyczem najczęściej słyszeć można kruczenie, wypuk nad guzem daje odgłos bębnowy, guz powiększa się przy wzmożeniu tłoczni brzusznej.

Trudnijszem jest rozpoznanie przepukliny przyrośniętej, nie dającej się odprowadzić, osobiwie jeżeli zawartość przepukliny stanowi wypadła bryła tłuszczu; tutaj dopomódz mogą do rozpoznania wywiady, umiejscowienie guza, wreszcie towarzyszące objawy. Należy jednak zwrócić uwagę na tę okoliczność, że przytrafiały się mylne rozpoznania [pomieszanie z ropniami opadowymi, z tłuszczakiem].

[D. n.].

Przegląd bibliograficzny.



F. MORITZ. **Zasady żywienia chorych.** 21 odczytów dla studentów i lekarzy. Przełożył dr HENRYK LANDAU. Wydanie dra TEODORA DUNINA. Warszawa. 1902. Str. 348.

Wobec postępu, jaki od czasu wprowadzenia rozumnej dyetytyki widać w leczeniu, przyswajanie książek z tego działu należy do najważniejszych zadań wydawnictw naukowych. Byłoby pożądane, żeby społeczeństwo lekarzy polskich jak najprędzej zdobyło się na dyetytykę polską, bo, jak mówił jeden z najwybitniejszych lekarzy warszawskich, — dyetytyka jest „narodowa”. Tymczasem nieocenione usługi odda każda książka, która toruje drogę nowym zapatrywaniom, która uczy leczyć pożywieniem albo przy najmniej leczenie wspierać.

Tak mało nauczyliśmy się nowego. Gruźlicę płuc leczono przed 60-iu laty kreozotem. Jeżeli godzi się kiedy mówić o postępie, to bezwarunkowo na polu żywienia chorych jest postęp; nie zmiana pojąć, nie zamiana jednej niepojętej siły na inną, równie ciemną, tylko rzeczywisty postęp, uwieńczony wynikami, poparty przez liczby.

Dodajmy, że w społeczeństwie naszym nie wszędzie odczuwać się daje ten postęp. Nie brak nam jeszcze ludzi głodzonych w gorączce, nie brak lekarzy, czyniących różnicę między mięsem białym a czarnym, nie brak takich, którzy się boją usunąć całkowicie cukier z moczu dyabetyków. Książka jedna zmiany pożądanej nie sprowadzi. Wolelibyśmy, żeby książka powstała u nas wskutek potrzeby wyrażenia tego, co przeszło w krew i myśli grona lekarzy; ale jest to początek, jest możliwość wyklucia oczu niedowiarkom lub zacofańcom i dlatego, mimo wszelkich usterek, pozostanie przyswojenie książki MORITZ'a niewątpliwą zasługą.

Książka dzieli się na dwie części: Pierwsza, znacznie większa [200 str.], omawia składniki pożywienia, ich wartość w stosunku do ceny, ich wpływ na ustrój i t. d. Rozpatruje w niej autor naprzód ogólne własności pokarmów, postać, przyrządzanie [70 str.] a potem [na 130 str.] ocenia poszczególne pożywienia: mięso, mleko, pokarmy roślinne, preparaty sztuczne i przyprawy, czyli „używki” (*Genussmittel*).

Druga część, krótsza [140 str.], obejmuje naukę o żywieniu chorych, czyli właściwą dyetytykę. Najwięcej miejsca poświęcono odżywianiu w chorobach żołądka i kiszek, potem odżywianiu niemowląt, wreszcie stosunkowo krótko omawia autor żywienie w chorobach przemiany materii, diety tuczące i wychudające, wreszcie żywienie w chorobach nerek, serca i t. p. Karmienie sztuczne kończy cenną pracę.

Już z podziału książki i ilości miejsca, które autor szczególnym działom wyznaczył, widać, że chodziło mu prawie więcej o fizjologię żywienia, niż o żywienie w chorobach. Naturalnie, że podstawą wszelkiego żywienia jest dokładna znajomość składników, ale i tu autor nie zdradza wielkiej gruntowności. W zapatrywaniach widać ogromny wpływ szkoły monachijskiej i Voit'a może za mało uwzględnienia zdobyczy nowych. Autor powtarza za BUNGE'm teorię o solach sodowych i potasowych, [str. 141], choć taorya ta dawno w gruzach leży. Czasami wpada w sprzeczność z sobą, to znów nie może się zdecydować, której dyecie przypisać wyższość. Wałęsają

się po książce poglądy o powstawaniu kwasu moczowego z nukleiny, oparte, na niezbyt pewnych i często już zaprzeczonych spostrzeżeniach. Za mało wpływu przypisuje autor fizycznym cechom potraw i cała ta strona dyetyki najnowsza i najbardziej zajmująca, stale prawie nie bywa poruszana. Szczególniej czuć tę wadę w dyetytycznych przepisach, dotyczących chorób nerek i serca, gdzie o ilości płynu mało się troszczy autor.

Na 9-ej str. mówi autor, że potrzebna nam ilość soli mineralnych znajduje się w dostatecznej ilości we wszystkich pokarmach, *n a w e t* ¹⁾ w roślinnych. Tymczasem roślinne pokarmy są, jak wiadomo, znacznie obficiej uposażone w sole, niż zwierzęce, a przedewszystkiem przez autora cytowany BUNGE dowodzi z wielką słusnością, że spożywanie pokarmów, nie zawierających soli mineralnych, jest klęską naszego wieku i rzeczywiście mięso ma np. bardzo mało wapna, a mleko bardzo mało żelaza, zatem oddawanie się na opatrnościową zawartość soli jest błędem.

Na stron. 15-ej i 16-ej spotykamy bardzo kategoryczne zdania co do białka krążącego i białka ustrojowego, co do zamiany tłuszczu w węglowodany. Tuby się przydało trochę sceptycyzmu, albo przynajmniej zacytowanie zdań innych.

Autor chwali bardzo str. 80 ej lekkość mięsa białego, pochodzącego z młodych zwierząt, zapominając, że właśnie owo białe mięso obfituje w jadra, zatem w nukleinę, a ta ma być źródłem kwasu moczowego [str. 312]. Dlaczego „dla chorych mięso z „zapaszkim“ się nie nadaje“ [str. 81], jeżeli nadaje się dla zdrowych, nie powiada nam prelegent wcale. Mleko uznaje autor za pożywienie bardzo strawne [str. 92] i mówi, że skrzepy kazeinowe trawi żołądek zazwyczaj łatwo, kiedy w rzeczywistości tak nie bywa i czystego mleka sam autor nie radzi podawać, jeno przekładać je chlebem. Pokarmów roślinnych boi się autor nadzwyczajnie. Owoce są mu zawsze niestrawne, choć przecie nie łatwiej nie znosi organizm, jak owoc. Ziarna zboża posiadają dużo drzewnika i kasze grubo mielone, oraz chleb razowy nie cieszą się względami autora. Tu należałoby się zastrzedz, dlaczego autor tak mówi, ażeby potem zdanie wręcz przeciwnie nie wyglądało na bezkrytyczne powtarzanie za innymi. Twierdzenie, że kleik ma posiadać [str. 116] „wybitne łagodzące własności, to też stosujemy go głównie w cierpieniach dróg oddechowych“ —wydaje nam się najmniej godne komentarzy.

W dyetytyce szczegółowej spotykamy [229 str.] dyetę leczenia nadkwaśności żołądka, która różni się bardzo od przepisów BOAS'a i EWALD'a, zgodnych ze sobą i polecanych w książce LEYDEN'a (*Ernährungstherapie*). Autor zaleca tu pokarmy mięsne, kiedy w ogóle znoszone bywają lepiej roślinne i mniej też drażnią błonę, mniej wywołują kwasu żołądkowego. Wiązanie rzekome kwasu przez białko nie kompensuje nadmiernego wydzielania.

Mówi autor, że *kwa sy*, wprowadzamy w postaci octu, kwaśnych owoców, kwaśnych win, kwaśnego mleka, a o kilka wierszy dalej powiada: „węglany alkaliów... powstają drogą spalania się soli kwasów roślinnych“. O ile ostatnie jest słuszne, o tyle pierwsze i sprzeczne z tem i zupełnie błędne. Wiadomo bowiem, że kwasy organiczne stają się solami w organizmie i spalają się do węglanów. Dalej mówi autor, że „cukier psuje żołądek“. Uważamy to za komunał, jeżeli przytem niema żadnego objaśnienia. Na str. 331-ej spotykamy znówu zachwalanie białego mięsa, choć różnicę tą dawno robić zaprzestał NO-ORDEN i inni.

W innym miejscu mówi autor, że „głównym pokarmem chorego na nerki ma być m l e k o“. Tymczasem powinno być przynajmniej przytoczone zdanie

¹⁾ „nawet“ w oryginale nie jest podkreślone.

tych, co mleko i wogóle płyny ograniczają w chorobach nerek, aby nie utrudzać serca, które ma tu ciężkie zadanie.

Ograniczę się do zarzutów, wymienionych wyżej. Nie trudno byłoby przytoczyć więcej ustępów, na które nie godzę się bez zastrzeżeń, które są zbyt ogólnikowe, albo za mało wyjaśnione.

Widać, że autor pragnął dać książkę łatwą, przystępną, dającą zasady najważniejsze bez rozwodzenia się nad szczegółami, bez zapuszczania się w teorye i sprzeczności. Jest to zaleta, ale jest i wada, bo właśnie w ten sposób powstały usterki.

Zato nie brak książce cennych przymiotów; szczególniej dzielnie pisany jest rozdział o alkoholu, jak przystało na znawcę wpływu pijaństwa. Bardzo trafny jest podział pokarmów mniej lub więcej strawnych i t. p.

Autor pisząc książkę, nie znał dzieła LEYDEN'a: „Leczenie odżywianiem“, złożonego z doskonałych monografii specjalistów. Zebrane tam wiadomości skłoniłyby go do niejednej prawki. Wobec szybkiego postępu nauki, książka, pisana przed pięciu laty, jest już przestarzała i szkoda, że nie przyswoiliśmy sobie rzeczy najświeższych.

Forma tłumaczenia jest bardzo dobra, jasna i zrozumiała. Tłumaczenie niemieckiego „*Sie*“ drugą osobą liczby mnogiej nie wydaje mi się zupełnie zgodne z duchem języka. „Jak wam wiadomo“, „jak wiecie“ nadaje tłumaczeniu charakter niepotrzebnej poufałości. Drobne usterki językowe zniknęłyby przy uważniejszej korekcie, np. „w pierwszym rzędzie“, zamiast „przedewszystkiem“, „przejsz w r a k“. zamiast: przejść w raka; położył zasługi około“, zamiast: zasłużony w sprawie. Tłumacz używa często „jako taki“; mojem zdaniem można to albo opuścić albo zastąpić słowem „sam“; Dalej nie godzę się na umieszczanie zaimka ten, ta, to na końcu zdania; wreszcie słowo „wszak“ radziłbym albo stawiać na pierwszym miejscu, albo zgoła go nie używać; słowo „odżywczo-pieniężny“ lepiejby może zastąpić słowami: wartość odżywcza w stosunku do ceny; jest to dłużej, ale język polski nie lubi tych klejonych wyrazów. To są jednak osobiste zapatrywania, których narzucać nie chcę.

W. Moraczewski.

Karlsbad. Maj. 1902.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

—♦—♦—♦—

71. Müller. Kliniczne i doświadczalne badania nad unerwieniem pęcherza moczowego, kiszki odchodowej i organów płciowych.

BUDGE w 1858 r., opierając się na własnych naukowych pracach, przypuścił istnienie ośrodka dla pęcherza moczowego, kiszki odchodowej i erekcyi (*centrum genito-spinale*) w młeczu pacierzowym, mianowicie w najniższej jego części w t. zw. stożku rdzennym (*conus med.*). Pomimo doświadczalnych prac GOLTZ'a, FRENSBERGER'a i EWALD'a, które dowiodły, iż u psów po wycięciu najniższej części rdzenia czynność kiszki i pęcherza po początkowych zaburzeniach powraca do dawnej sprawności, dawna nauka o istnieniu w rdzeniu ośrodków dla tych czynności została niewzruszona. Najnowsze podręczniki LANDOIS'a, DEJERINE'a, FÜRBRINGER'a i innych nauczają, iż ośrodki owe znajdują się w stożku rdzennym.

MÜLLER przedsięwziął liczne doświadczenia na psach w celu wykazania błędności powyższych poglądów. Zanim autor przejdzie do opisu swoich doświadczeń na psach, podaje krytyczny rozbiór licznych spostrzeżeń klinicznych, które dotyczą chorych, dotkniętych różnemi cierpieniami mlecza, mianowicie: wskutek ucisku ze strony chorych kręgów, tabetyków, dotkniętych skombinowaniem pęczkowem cierpieniem (*combin. Systemerkr.*) i t. d. Analiza powyższych przypadków doprowadza autora do następujących wniosków: zaburzenia w wydalaniu moczu i kału przy cierpieniu, umiejscowionem w najniższym odcinku rdzenia, niczem nie różnią się od zaburzeń przy poprzecznych porażeniach w innych częściach mlecza; dalej, przy cierpieniach stożka rdzennego erekcja może mieć miejsce z dawną sprawnością. A więc pewnem jest, iż ośrodki, od których zależy wydalanie moczu, kału i erekcja, nie należy szukać w rdzeniu.

Autor przytacza bardzo szczegółowe dane, dotyczące operacji na 5-iu psach; operacja polegała albo na przecięciu mlecza, albo na wycięciu kawałka mlecza długości od 1,2 ctm. do 7,5 ctm.; niekiedy po zagojeniu rany i stwierdzeniu zaburzeń, jakie powstały wskutek operacji, robiono nową operację, wycinając nowy, większy od poprzedniego, kawałek rdzenia. Wszystkie powyższe doświadczenia przyprowadzają autora do wniosków, zgodnych z wnioskami, otrzymanymi przez autora przy krytycznym rozbiórze klinicznych spostrzeżeń, mianowicie, że ośrodek dla pęcherza moczowego znajduje się poza obrybem rdzenia. A więc doświadczenia autora potwierdzają hipotezę GOLTZ'a i EWALD'a.

Już *a priori* powinniśmy przypuszczać, że gładka muskulatura pęcherza moczowego powinna otrzymywać nerwy od układu spółczulnego, podobnie jak i inne gładkie mięśnie. Każdy z lekarzy w swej praktyce stwierdza niejednokrotnie, że zdrowy osobnik na żądanie nie zawsze jest w stanie, pomimo wysiłku, oddać mocz; a więc pęcherz nie zależy w zupełności od woli człowieka.

Pęcherz moczowy otrzymuje swoje nerwy od układu spółczulnego, mianowicie: od spłotu kręzkowego dolnego (*pl. mesentericus inf.*) i od spłotu podbrzusznego (*pl. hypogastr.*). Drogi, przez które czynność pęcherza zależną jest od mózgu, idą wzdłuż całego rdzenia. Temi drogami mózg zostaje powiadomiony o stopniu napełnienia pęcherza i temi drogami idzie odruch do wydalania moczu. Zapomocą wzmożenia ciśnienia przez mięśnie brzuszne możemy przyspieszyć wydalanie moczu, a przez naprężenie grupy mięśni, stanowiących *compressor urethrae*, możemy powstrzymać oddawanie moczu.

Unerwienie kiszki prostej jest następujące: kiszka prosta włącznie ze zwieraczem odbytu wewnętrznym (*sphincter ani int.*) otrzymuje nerwy głównie od spłotu odbytniczego (*pl. haemorrhoid.*), po części zaś od spłotu kręzkowego dolnego; *nervi communicantes* łączą te nerwy z rdzeniem i zapomocą tych gałązek otrzymuje się uczucie napełnienia kiszki. Zwieracz odbytu zewnętrzny i skóra naokoło odbytu otrzymują nerwy od rdzenia zapomocą nerwu odbytniczego dolnego. Pęcherz i kiszka odchodowa w swych czynnościach i sposobie unerwienia przedstawiają wiele podobieństwa. Oboje otrzymują nerwy od układu spółczulnego i pośrednio tylko zależą od naszej woli. Przy przerwaniu dróg między mózgiem a zwojami spółczulnymi następuje początkowo zatrzymanie moczu *resp.* kału, a następnie wydalanie odbywa się automatycznie. Do dzisiaj istniejąca nauka o istnieniu w stożku rdzennym ośrodków dla urynowania i oddawania kału jest fałszywą; tam znajdują się tylko komórki zwojowe dla zewnętrznych mięśni, zamykających te narządy. Nie ośrodek defekacji, lecz ośrodek odruchu odbytniczego znajduje się w stożku rdzennym.

Od czasów prac ECKHARD'a z roku 1863, dotyczących mechaniki i unerwienia organów płciowych, zadowalano się przypuszczeniem o istnieniu w stożku rdzennym ośrodków dla erekcji i ejakulacji nasienia. Tymczasem sa-

samo teoretyczne rozumowanie poucza, że przypuszczenie owo jest błędne. Erekcja jest zjawiskiem naczynio-ruchowem, zależnem od silnego przekrwienia ciał jamistych prącia. Wszystkie inne nerwy naczyniowe zależą od układu spółczulnego, tymczasem dla erekcji podręczniki fizjologii i neurologii przypuszczają ośrodek w rdzeniu. Takież samo rozumowanie zastosować możemy do mechaniki wydalania wydzieliny gruczołów, t. j. nasienia. Doświadczenia, robione na psach, które po wycięciu całej krzyżowej części i większej części lędźwiowej rdzenia mogły odbywać akt spółkowania, dowodzą, że w rdzeniu ośrodka dla erekcyi niema.

Przy zniszczeniu najniższej części mlecza wydalanie nasienia jest upośledzone z powodu porażenia mięśni międzykrocza. Mechaniczne podrażnienia, jakie otrzymuje naprężony członek w pochwie, sprawiają uczucie rozkoszy. W chwili wystąpienia ruchów robaczkowych w gładkich mięśniach, otaczających gruczoł krokowy, pęcherzyki nasienne i *funiculus spermaticus*, następuje najwyższy punkt rozkoszy t. j. *orgasmus*. Drogi, prowadzące owe przyjemne wrażenia, idą przez mlecz do mózgu i z tego powodu przy wielu cierpieniach rdzenia wydalaniu nasienia nie towarzyszy uczucie zadowolenia. Cały akt wydalania nasienia jest bardzo skomplikowanym odruchem, który po części zależy od układu spółczulnego, poczęści od rdzenia.

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

K. Stróżewski.

72. Feinberg. Przyczynek do nauki o budowie i etyologii raka.

Autor podaje wyniki kilkoletnich badań nad budową i bakteriologią nabłoniaków złośliwych; badania te stanowiły początkowo dalszy ciąg pracy LEYDEN'a, zasadzającej się na drobnowidzowem badaniu płynów, mających styczność z omawianymi nowotworami, jako to: moczu przy rakach pęcherza, przesięków przy rakach wątroby i t. d. W płynach tych LEYDEN niejednokrotnie spostrzegł komórki, odznaczające się niezwykłą ruchliwością, które SCHAUDINN określił po bliższem zbadaniu, jako emeby. Hodowle tychże pierwotniaków otrzymywał później autor w połowie przynajmniej badanych przypadków, przeszczipiając cząsteczki świeżo wyciętych guzów na najrozmaitsze odżywki, lub pozostawiając kawałki nowotworów w roztworze soli kuchennej. W tychże warunkach otrzymywane były niekiedy hodowle grzybków drożdżowych. Dalsze jednak doświadczenia, przedsięwzięte przez autora w celu sprawdzenia badań poprzednich, stwierdziły niezbiecie, iż obecność wspomnianych ustrojów w płynach, badanych przez SCHAUDINN'a, jak również w hodowlach, otrzymywanych przez samego autora, była wynikiem przypadkowego zanieczyszczenia badanego materiału [badania dokonywane były w instytucie zoologicznym, gdzie jednocześnie pracowano nad pierwotniakami]. W płynach przesiękowych widywał autor wielokrotnie żywo poruszające się komórki, które niekiedy wypuszczały bardzo długie, niciowate wyrostki; były to jednak zawsze komórki, pochodzące niewątpliwie z tkanki nowotworowej, nigdy zaś samoistne ustroje. Wszystkie zatem, opisane powyżej badania, jak również cały szereg doświadczeń ze szczepieniami na zwierzętach, nie doprowadziły do żadnych wyników, dowiodły natomiast, iż prowadzone były w kierunku niewłaściwym. Na zasadzie własnego doświadczenia uważa obecnie autor za jedynie odpowiednią i celową drogę przy poszukiwaniach bakteriologicznych nad guzami złośliwymi—badanie drobnowidzowe samej tkanki nowotworowej, gdzie przedewszystkiem znajdować się winny domniemane pasożyty. W tym też kierunku prowadzone były dalsze prace autora.

Badane były jedynie nowotwory świeże, istniejące czas względnie krótki, nie uległe z tego względu żadnym zmianom wstecznym, wszelkie bowiem postaci zwyrodnienia utrudniają badanie i niejednokrotnie już doprowadzały ba-

daczy do błędnych wniosków. Na preparatach z takich guzów, przygotowanych i zabarwionych zwykłymi sposobami, prócz wielopostaciowych komórek z różnego kształtu jądrami i spotykanych stale zbiorowisk komórek (*alveolae VIRCHOW'a*), dostrzedz niekiedy można twory, podobne do pęcherzyków; twory te leżą zwykle po środku owych zbiorowisk i składają się przy bardzo nawet mocnem barwieniu z istoty dość jednorodnej. Zapomocą odpowiedniej metody utrwalenia, zatapiania i barwienia skrawków udało się autorowi udowodnić, iż pęcherzyki te są samoistnymi ustrojami zwierzęcymi, które posiadają wybitne cechy swoiste, odróżniające je od wszystkich komórek i jąder tkanki nowotworowej. Właściwości te są następujące: 1) Niezwykle wyraźne i prawidłowo, przymtem (podwójnie zarysowana otoczka, barwiąca się doskonale barwnikami zarodziowymi (*Orange G.*). 2) Jąderko, wydastniające się zapomocą barwników jądrowych i okrażone przezroczystym, niezabarwionym paseczkiem. 3) Otaczająca ów jasny paseczek protoplazma, zatrzymująca barwniki zarodziowe. Otoczki jąder w komórkach tkankowych nie posiadają nigdy zarysów podwójnych i prawidłowych, barwią się zaś jedynie barwnikami jądrowymi. Opisaną powyżej budowę jądra [jąderko, otoczono niezabarwionym paseczkiem] uważa autor za właściwą jednokomórkowym ustrojom zwierzęcym, która je różni od wszystkich komórek i jąder ustroju ludzkiego [jedynie tylko komórki zwojów nerwowych mają zbliżoną nieco budowę jądra]. Jądra takie posiadają np. pasożyty, wywołujące chorobę korzeni kapusty (*Kohlhernie*). Co się tyczy protoplazmy omawianych „pasożytów raka“, to dodać należy, iż ta ostatnia nie zabarwia się barwnikami jądrowymi nawet wtedy, gdy zaródź komórek, przy przebarwieniu preparatu, przybiera wyraźny odcień różowawy.

Orange G. zabarwia ją również zawsze słabiej, niż protoplazmę komórek tkanki nowotworowej. Kształt owych pasożytów jest przeważnie jajowaty, niekiedy na jednym z końców nieco zaokrąglony. Widzieć można również twory okrągłe, które prawdopodobnie rozpatrywać należy jako przekrój poprzeczny postaci poprzedniej. Wielkość omawianych ustrojów jest dość różna; przeważnie są one nieco mniejsze od zwykłych jąder. By je otrzymać na preparatach, niezbędnym jest przede wszystkim: 1) materiał zupełnie świeży; najlepiej jest, gdy badacz bierze przeznaczony do badania nowotwór wprost z rąk operatora. Na sali operacyjnej powinien znajdować się pod ręką płyn utrwalający. 2) Pożądanem jest, by guz nie miał żadnej styczności z płynami przeciwnymi i nie był cięty nożami, wydobywanymi wprost z tych płynów. 3) Zbyt silne ściskanie lub miażdżenie guza podczas zabiegu chirurgicznego utrudnia badanie. Ze względów powyższych nadają się do badania przede wszystkim nabłoniaki sutki, które najwcześniej bywają operowane i prócz tego nie bywają zwilżane płynami dezynfekcyjnymi, jak to bywa z rakami macicy, prostaty lub pęcherza moczowego. 4) Sposób przygotowania preparatów: a) Utrwala preparaty autor w płynie FLEMMING'a, składu następującego:

<i>Acid. chrom.</i>	1,5
<i>Acid. osmic.</i>	0,5
<i>Acid. acet. pur.</i>	10,0
<i>Aquae dest.</i>	350,0

Przemywanie skutecznie należy w wodzie bieżącej w ciągu 24-ch godzin, najlepiej w naczyniu z dnem w postaci sitka.

b) Osuszanie:

w alkoholu	20%-wym	1—2 godzin	
"	30%-wym	2—4	"
"	50%-wym	4	"
"	70%-wym	12	"
"	80%-wym	4	"
"	95%-wym	12	"
, następnie w alkohol-chloroformie przez 24 godziny i w chloroformie przez 24 godziny.			

c) Zatapianie: po umieszczeniu naczynia z preparatami na piecyku, dodawać należy stopniowo okrawków parafinowych [o punkcie topliwości 42°] i po kilku godzinach utworzyć naczynie, by ułatwić oparowanie chloroformu, co uskutecznia się w ciągu mniej więcej 12-tu godzin. Następnie zatopienie na 6—12-tu godzin przeznaczonego do zbadania kawałka nowotworu w parafinie płynnej, topniejącej przy 42° i ostatecznie w parafinie o punkcie topliwości 52° na 12—24 godzin.

Ostudzanie parafiny zwykłymi sposobami.

d) Nalepianie skrawków na szkiełka sposobem MAYER'a [gliceryna + białko]. Skrawki nie powinny być zbyt cienkie [5—8 μ].

e) Prześwietlanie w ciągu $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ -godziny w płynie:

Wysokoku 70%-wym—40 ctm. sz.

Nadtlenku wodoru —10 ctm. sz.

Przeważnie jednak zabieg ten bywa zbyt cenny, gdyż tłuszcz uprzednio już pochłonięty zostaje przez chloroform.

f) Barwienie (*Safranin*, *Gentianaviolett*, *Orange G.*). Po usunięciu parafiny zapomocą terpentyny, a tej ostatej zapomocą wysokoku natychmiastowe barwienie: α) w roztworze safraniny:

Nasyconego roztworu wysokowego safraniny

Wody anilinowej aa

[Woda anilinowa = Wody 100,0
Olejku anilinowego 3,0]

wstrząsnąć i przefiltrować.

W płynie tym szkiełka powinny pozostawać w ciągu 6—20-u godzin. Następnie: przemywanie w wodzie; odbarwianie w 70% wysokoku; przemywanie w wodzie.

β) Barwienie w ciągu kilku minut w roztworze *Gentianaviolett*'u:

Gentianaviolett 0,5—1,0

Wody 100,0

Wysokoku 15,0

Olejku anilinowego 3,0

przed użyciem za każdym razem przefiltrować.

Przemywanie w wodzie; odwadnienie w alkoholu absolutnym i ostatecznie:

γ) Barwienie w nasyconym roztworze *Orange G.* w oleju gwoździkowym, który nalewa się na szkiełka, przyczem olejek gwoździkowy pochłania *gentianaviolett*, a jednocześnie *Orange G.* przenika w zaródz komórkową. Dopóki, przy poruszaniu szkiełkiem zjawiają się obłoczki *gentianaviolett*u, barwnik pozostawia się na szkiełku, następnie zmywa się w ksylolu i zatapia w balsam kanadyjski. Przygotowany metodą powyższą preparat drobnowidzowy przedstawia obraz następujący: zaródz komórek tkankowych zabarwiona jest na szaro (*Orange G.*), jądra na fioletowo (*Gentianaviolett*), jąderka zaś na czerwono (*Safranin*). Natomiast protoplazma ustroju, odkrytego przez autora, przybiera kolor zaledwie szarawy, o wiele bledszy, niż zaródz komórek tkankowych; podwójnie zarysowana otoczka barwi się wyraźnie na szaro, jąderko na czerwono, otaczający zaś je pasek pozostaje niezabarwionym.

Dotychczasowe wyniki swej pracy streszcza autor przy końcu artykułu w słowach następujących: 1) w tkance nabłoniaków złośliwych odkryte zostały samoistne, jednokomórkowe ustroje zwierzęce; 2) ustroje te mają prawdopodobnie związek przyczynowy z powstawaniem nowotworów; 3) przypuścić należy, iż „pasożyty” omawiane, prócz postaci [otorbionej], spostrzeganej na preparatach drobnowidzowych, posiadają i inne postaci rozwojowe. 4) w przypadkach wątpliwych ustroje te mogą mieć znaczenie rozpoznawcze.

(*Deutsch. med. Wochenschr.* 1902. Nr. 11.).

73. G. Rosenfeld. Przyczynę do różniczkowania pomiędzy zapaleniem pęcherza moczowego a miedniczek nerkowych (*cystitis et pyelitis*).

Różniczkowanie obu tych spraw chorobowych opiera się: 1) na oddziaływaniu moczu, 2) na kształcie białych oraz czerwonych krążków krwi, oraz 3) na stosunku pomiędzy ilością ropy a zawartością białka.

Oddziaływanie moczu bywa przy zapaleniu miedniczek niepowikłanem, t. j. przebiegającym bez zapalenia pęcherza — kwaśne. Może pozostać kwaśnem nawet w razie przyłączenia się zapalenia pęcherza, ale wtedy tylko, gdy to zapalenie również jest „kwaśne” [na prz. gruźlicze albo wskutek obecności kamieni moczanowych].

Kształt białych ciałek krwi stanowi ważny czynnik dyagnosyczny: ciałka, pochodzące z pęcherza, są okrągłe, pochodzące zaś z miedniczek nerkowych są powykęcane, jak ameby.

Co się tyczy krążków czerwonych, to pochodzące z pęcherza [z wyjątkiem tylko przypadków nowotworu pęcherza] bywają niezmienione, gdy tymczasem krążki czerwone, pochodzące z miedniczek, zdążyły już kształt swój najrozmaiciej zmienić.

Bryłki z okrągłych komórek nabłonkowych o błyszczącym jądrze, nie większych od białych ciałek krwi, należy uważać za pochodzące z miedniczek nerkowych.

Najciekawszą jednak rzeczą jest stosunek pomiędzy ilością ropy a procentową zawartością białka. Mianowicie, przy zapaleniu pęcherza zawartość białka nie przechodzi nigdy 0,1—0,15%, nawet przy największych ilościach ropy, dającej osad wysoki na kilka centymetrów. Inaczej przy zapaleniu miedniczek: kiedy ropy bywa tyle tylko, że leży na 1—2 mm. na dnie naczynia, to już wtedy znajdujemy największą, jaka bywa w zapaleniach pęcherza, zawartość białka [0,1—0,15%], a nawet więcej; przy bardzo dużem ropieniu zawartość białka w moczu nie przechodzi 0,3%. Charakterystyczną jest wysoka zawartość białka przy niedużem oraz bardzo małem wydzielaniu się ropy oraz znacznie przewyższająca *maximum*, bywające w zapaleniach pęcherza, zawartość białka, spostrzegana przy silnie ropiejących zapaleniach miedniczek.

Stosunek powyższy autor przedstawił w schemacie następującym:

	Cystitis	Pyelitis
I Stopień najwyższy W naczyniu litrowem ropy na cał wysoko . . .	% białka 0,1	% białka 0,3
II Stopień średni Warstwa ropy wysoka prawie na 1/2 ctm. . . .	0,06	0,2
III Stopień niewielki Warstwa ropy wysoka na 1—2 mm.	białko wyraźnie dostrzegalne	0,1
IV Stopień najniższy Ropa widzialna zaledwie pod mikroskopem . .	białko nie wykazuje się	białko wyraźnie się wykazuje

Schemat ten, należy pamiętać, daje tylko wartości przybliżone.

Prawidła powyższe opierają się na doświadczeniu praktycznym, które zostało sprawdzone i potwierdzone przez spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne oraz przez wziernikowanie pęcherza. Autor miał sposobność czynić nad sprawami temi i spostrzeżenia doświadczalne.

W czerwcu 1901 r u 37-letniego osobnika dokonano punkcji worka, powstałego wskutek lewostronnej wodnej puchliny nerki, przyczem wypuszczona ciecz w ilości 700 ctm. sz. przedstawiała jasny moczu, nie zawierający ani białka, ani elementów morfologicznych. W miejscu nakłucia torbiel ułożono w fałdy (*pyeoloplicatio*), następnie wprowadzono knot z gazy. W drugim oraz następnych dniach pacjent oddał moczu o odczynie kwaśnym, z którego [mocz] wypadł osad wysoki na 1—2 mm. Osad ten składał się prawie wyłącznie z powyginianych nakształtameh leukocytów oraz niewielu odbarwionych i zmienionych w swym kształcie czerwonych krążków krwi. W tym tak ubogim w osad moczu zawartość białka wynosiła 0,175%!

A więc w przypadku tym można było skonstatować wszystkie charakterystyczne cechy zapalenia miedniczek, jak je tu wyżej podaliśmy: oddziaływanie kwaśne, emobowe postaci białych ciałek, zniekształcenie czerwonych krążków krwi, a przedewszystkiem tak wysoką stosunkowo zawartość białka.

Gdy po kilku dniach gazę usunięto, moczu zaraz stał się napowrót przezroczysty, a osad i białko znikły z niego.

Przypadek ten w sposób doświadczalny wykazał prawdziwość podanych wyżej twierdzeń dyagnostycznych. Twierdzenia te, według autora, pozwalają we wszystkich prawie przypadkach tak przeprowadzić z całą ścisłością dyagnozę różniczkową pomiędzy zapaleniem pęcherza moczowego a miedniczek, jak i skonstatować zapalenie miedniczek, powikłane zapaleniem pęcherza.

(*Centralblatt für innere Medicin.* 1902. Nr. 8).

J. Lipsztat.

Wiadomości bieżące.

— VI zjazd urologów francuzkich odbędzie się w Paryżu między 23—25-ym października r. b. pod prezydencją prof. Gurow'a. Na porządku dziennym obrad postawiono kwestyę wskazań i wyników nefrektomii.

— Zmarł w Medyolanie prof. PORRO, znany z wprowadzenia modyfikacji operacji cięcia cesarskiego, jeden z „tysiąca“ Garibaldiów.

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Довозено Цензурою, Варшава 25 Июля 1902. Друк К. Ковалевського, Варшава, Mazowiecka 8.

SANATOGEN

26—17

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.

Dr. med. Leon Feuerstein

18—17

b. asystent przy katedrze fizjologii uniwersytetu Lwowskiego, b. hospitant kliniki prof. Łukasiewicza we Lwowie, kliniki prof. Kaposiego i oddziału prof.

Langa w Wiedniu,

ordynuje, od 10 maja b. r. w **BAD HALL** (w górnej Austrii) Hotel Continental

W szpitalu małżonków Poznańskich w Łodzi 5—3

wakuje od 1-go września r. b. posada lekarza miejscowego. Reflektanci zechcą po bliższe informacje zwrócić się do naczelnego lekarza, d-ra Maksymiljana Cohna w Łodzi, Piotrk. 84.

SZCZAWNICA

3—3

Sanatorium D-ra J. Kołaczekowskiego przy zakładzie wodoleczniczym otwarte od maja do końca września. Środki lekarskie, klimat, picie wód mineralnych żętycy, kefiru i mleka, kąpiele hydropatyczne, mineralno żelaziste, rzeczne, elektryczne i mechanoterapia, inhalacja i t. p. Ceny przystępne.—Kuchnia wykwinna. Prospekty na żądanie wysyła Zarząd.

D-r STANISŁAW BŁOCISZEWSKI

ordynuje przez rok cały

22—14

w Wiesbaden

 **TAUNUSSTRASSE 51.** 



RONCEGNO

Maj—Październik, 535 m. nad poz. morza, znane zdrojowisko arsenikowo-żelaziste.

1 1/2 godziny od Trento. D. Ż. Trient-Roncegno-Tezzi.

(Niedokrwistość, blednica, choroby nerwowe, cukrówka moczowa, stany osłabienia).

Urządzenia pierwszorzędne.

Przepiękne położenie, miejscowość otoczona cieniastym parkiem starych drzew iglastych. Świeżo urządkowane kąpiele świetlne i elektryczne przyrządy. Zawiera wszelkie zabiegi wodolecznicze; 200 pokoi i salonów, oświetlenie elektryczne, własne źródło wody do picia, klimat suchy alpejski. Punkt środkowy dla wycieczek. Sport. VIII międzynarodowy, konkurs lawn-tennisa, nagroda 2000 k. Codziennie 2 koncerty. Pensjonat z całkowitym utrzymaniem od 11 k. i wyżej. Kierownik lekarski Dr. A. Gazzoletti. Objaśnień i prospektów udziela dyrekcja.

Kuracja wodą mineralną może być stosowana przez cały rok.

16—12



12—7

najlepszy napój dyetetyczny i orzeźwiający

Henryk Mattoni, Ces. i Król. Dostawca Dworu i Izb,
Francensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

Zakład wodoleczniczy Giesshübler. Sauerbrunn

(Stacya D. Ż.)

pod KARLSBADEM (Czechy).

— **Leczenie wodami i kąpielami.** —

Stacya klimatyczna i lecznicza.

5 wiorst od stacyi kolei
Nadwiślańskiej 5 godz.
od Warszawy, godzina
od Lublina.

WALECZÓW

Poczta, telegraf, apte-
ka na miejscu. Powozy
na zamówienie.
W lecie omnibus.

Źródło szczawiy żelazistej do picia i do kąpeli

ZAKŁAD LECZNICZY, CAŁY ROK OTWARTY.

Hydroterapia. Kąpiele borowinowe, elektryczne i mineralne sztuczne. Elektroterapia. Masaż. Gimnastyka. Własna kuchnia dyetetyczna. Kumys. Ścisły nadzór lekarski. Powiększona ilość mieszkań. Naokoło zakładu przeszło 40 umeblowanych willi. Pensjonaty prywatne. Hotel. Dwóch stałych lekarzy w lecie konsultanci i asystenci. Utrzymanie całodzienne z leczeniem w internacie zakładowym od 4 rb. dziennie. Prospekty gratis i franko.

Dyrektor zakładu Dr. A. PUŁAWSKI.

Lekarz zakładu Dr. B. MALEWSKI.