

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. R. BERNHARDT i G. F. DROZDOWICZ. Psoriasis rupioides. Str. 421. II. STANISŁAW KOZŁOWSKI. Jak się przedstawia mocz w świetle nowych badań. Str. 428. (Dok.) *Dział sprawozdawczy.* 81. FR. BLUMENTHAL i ROSCHER. O znaczeniu odczynu WASSERMANN'a w syfilisie podczas pierwszych lat po zarażaniu. Str. 434.—82. LEDERMANN. O znaczeniu odczynu WASSERMANN'a dla rozpoznania i leczenia syfilisu. Str. 435.—83. ENGELMANN. Przyczynę do serodyagnostyki syfilisu w położnictwie. Str. 436.—SIGWART. O przerwaniu dopływu krwi do dolnej połowy ciała według MOMBURGA, jako metodzie tamowania krwotoków w akuszeryi. Str. 436.—85. O. HOENE. O sztucznem opróżnieniu z krwi dolnej połowy ciała w zastosowaniu do położnictwa i ginekologii. Str. 437.—86. TRAPPE. Przykurczenia historyczne i stosunek ich do organicznych stanów chorobnych. Str. 438.—87. A. GOUGER i DECHAUX. Nagła śmierć w szkarlatynie. Str. 440. *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* Sekcja ginekologiczna. Posiedzenie dnia 26-go lutego 1909 r. Str. 440. *Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.*

I. Z ODDZIAŁU CHOROBY SKÓRNYCH SZPITALA ŚW. ŁAZARZA.

PSORIASIS RUPIOIDES.

(Przyczynę do nietypowych postaci łuszczycy).

Podali

R. Bernhardt

Ordynator oddziału.

G. F. Drozdowicz

Asystent oddziału.

Z klinicznym pojęciem łuszczycy zazwyczaj łączymy wyobrażenie o wykwicie suchym, pokrytym srebrzystą, mniej lub więcej obfitą łuską, po której usunięciu — *recte* zdrapaniu występuje t. zw. krwawienie punkcikowate. Ta suchość wykwitów oraz obecność suchych, twardawych łusek nadaje też całej chorobie zupełnie swoiste piętno. Zdarzają się jednak takie postaci, gdzie sprawa wypocinowa występuje na pierwszy plan i do gruntu zmienia pierwotny wygląd łuszczycowego wykwitu. Łuszczycy staje się „mokrą”. Zjawia się grudka-pęcherzyk, tworzą się mniej lub więcej stożkowate, koncentrycznie nawarstwione strupki, wyglądem swym do pewnego stopnia przypominające brudziec (*rupia*). Ta nietypowa postać łuszczycy, znana pod nazwą *psoriasis rupioides*, nie należy do często spotykanych zjawisk klinicznych. To też sądzimy, że podanie dwu odnośnych spostrzeżeń, których opis poniżej przytaczamy, przyczyni się do poznania tej odmiennej postaci łuszczycy, a być może i nieco wyświetli jej patogenezę.

I. S p o s t r z e ż e n i e [R. BERNHARDT).

53-letnia K. D. zapisała się na oddział chorób skórnych w szpitalu Ś-go Łazarza dn. 1/IX 1908 r. Pierwsze zmiany na skórze zjawily się przed czterdziestu laty. Mieściły się one jedynie na łokciach i kolanach, były suche, nie powodowały swędzenia i trwały na miejscu przez lata całe, poszerzając się tylko kiedy niekiedy. Z tem skórnem cierpieniem zwrócono się przed laty do jednego z wiedeńskich lekarzy, który rozpoznał łuszczycę i wyznaczył odpowiednie leczenie (maść i pigułki). Przed 8—9-u laty chora zapadała na ostry gościec stawowy, po którym pozostały często powtarzające się bole w stawach i kościach. Przed trzema laty wystąpiło zniekształcenie palców rąk. Pogorszenie cierpienia skórnegó, jego rozprzestrzenienie po całym ciełe datuje od czasu ostrego gościa. Stan obecny z pewnemi zmianami trwa 1½—2 lat pomimo ciągłego leczenia (środki wewnętrzne, zewnętrzne, Busko), przyczem zasługuje na uwagę, iż cierpienie skórne w wahaniach swych okazuje oczywistą zależność od przebiegu cierpienia stawów.

W chwili zapisania się do szpitala stan chorej był następujący. Zmiany skórne są rozsiane po całym ciełe, ujawniając jednak większą predylekcyę do wyprostnych powierzchni kończyn i do pleców. Wykwit pierwotny przedstawia się w postaci ciemnoczerwonej grudki, na której niebawem zjawia się mało przezroczysty pęcherzyk o dosyć grubej pokrywie i zawartości surowiczej. Pęcherzyk szybko zasycha w szarawy strup, wykwit zaś rośnie odśrodkowo, tworząc dokoła strupa wyraźną obrączkową obwódkę z wzniesionego, wypociną przesiąkniętego naskórka. Po usunięciu strupa występuje wzniesiona w kształcie dyska czerwona, gładka, wilgotna powierzchnia skóry, miejscami punkcikowato krwawiąca. Na większych wykwitach grube strupy barwy szaro - brudnej, szaro-brunatnej, niekiedy z zielonkawym odcieniem, posiadają wyraźne koncentryczne nawarstwienie, wystając ponad powierzchnię skóry w kształcie płaskich stożków. Większe wykwity miejscami zlewają się ze sobą, tworząc figury policykliczne.

W fałdach pod gruczołami sutkowymi, w pachwinach, pomiędzy palcami rąk i nóg—objawy *eczema madidans*. Na wyprostnych powierzchniach przedramion i goleni skóra również uległa spryszczeniu i moknie, widocznie jednak na miejscach uprzednio już zajętych przez wykwity łuszczycowe (*psoriasis eczematisans*).

Na muszlach usznych—trochę typowych wykwitów łuszczycowych.

Swędzenie bardzo nieznaczne, występuje niemal wyłącznie w miejscach, zajętych przez pryszczycę.

Palce rąk oraz stawy — zniekształcone w sposób charakterystyczny dla zniepodobniającego zapalenia stawów. Silne bole w stawach i kościach kończyn górnych i dolnych. Sen niedostateczny.

Stłumienie serca powiększone. Tętno głucho, tętno słabe.

Mocz nie zawiera białka i cukru. W osadzie nie wykryto wałeczków.

Na zasadzie powyższego rozpoznano: *Psoriasis atypica rupioides eczematisans*. *Myocarditis chronica*.

K. D., pozostawała w szpitalu z górą trzy miesiące, a dalszy przebieg choroby przedstawiał się, jak następuje. Do wewnątrz podawano przetwory salicylowe, które później zastąpiono przez jodowe. Bole stopniowo znikwały i w każdym razie nie dawały się chorej we znaki. Pryszczycy szybko ustąpiła w pachwinach i pod gruczołami sutkowymi, uporczywie się zaś trzymała i mokła na goleniach i przedramionach. Środki i metody, zazwyczaj stosowane w pryszczycy moknącej, powodowały tutaj tylko przemijające polepszenie. Trwałe wyleczenie osiągnięto dopiero po zaaplikowaniu dziegciu bezpośrednio na powierzchnie moknące. Na miejsca przez łuszczycę zajęte stosowano najpierw masę naftolowo-siarkowo-ichtyolową, później zaś siarkowo-dziegciową, a pod wpływem tego leczenia wykwity łuszczycowe wchłaniały się szybko i dokładnie.

28. X. 1908 znówu wystąpiły silne bole w stawach i kościach dolnych kończyn. 2. XI. pokazały się świeże wykwity łuszczycowe na tułowiu i udach, w ogólnych zarysach zupełnie podobne do wyżej opisanych. Liczba tych wykwitów zwiększała się stopniowo w ciągu następnych dni. 7. XI. Lewostronne zapalenie tęczówki, trwające 6 dni.

Leczenie tego nawrotu łuszczycy prowadzono podług metody wyżej wskazanej. Stopniowy powrót do zdrowia. 28. XII. 1908 chora wypisała się ze szpitala z zupełnie wyleczoną pryszczycą i bez czynnych objawów łuszczycy.

3. II. 1909. zostałem zawezwany do tejże chorej i stwierdzić mogłem obecność typowych suchych wykwitów łuszczycy na łokciach i kolanach. Tworów brudziecowatych nie znalazłem. Bólów w stawach nie było. Chora chodziła i czuła się bardzo dobrze.

17. II. 1909 zastałem stan następujący. Bole w stawach palcowych rąk, w stawach łokciowych i skokowych. Bolesne obrzmienie prawego stawu łokciowego. Objawów pryszczycy nigdzie nie stwierdziłem. Na łokciach i kolanach, na wyprostnych powierzchniach przedramion i goleni — dosyć liczne suche typowe wykwity łuszczycowe. Śród nich — tu i owdzie kilka wykwitów o wyglądzie brudziecowatym (*rupioid*). Na dłoniach i dłoniowych powierzchniach palców wystąpiły symetrycznie po 6—8 wykwitów o bardzo szczególnym wyglądzie. Są to zupełnie płaskie, twarde grudki wielkości 5 kop. srebr. monety, w środkowej części pokryte białoszarym, opalowym, grubym, miękkim, jakby wzniesionym naskórkiem i otoczone miedzianoczerwoną, nacieczoną obwódką szerokości 2—3 mm. Całość wywiera wrażenie jakby płaskiego pęcherza o bardzo grubej pokrywie, a nader skąpej zawartości. W dalszym przebiegu, jak wyjaśniło spostrzeżenie, środkowa część tych wykwitów zasychała i ulegała obfitemu łuszczeniu, obwodowa zaś szerzyła się odśrodkowo, zachowując wyżej skreślony wygląd.

W przytoczonym spostrzeżeniu zasługują na uwagę następujące szczegóły:

1. Współistnienie niepodobniającego zapalenia stawów i nietypowej postaci łuszczycy (*psoriasis rupioides*).
2. Współistnienie nietypowej postaci łuszczycy i komplikującej ją pryszczycy.

3. Równoległość przebiegu łuszczycy do wahań niepodobniającego zapalenia stawów.

4. Obecność „podobnych do pęcherzy“ wykwitów łuszczycowych (na dłoniach).

II. S p o s t r z e ż e n i e [G. F. DROZDOWICZ].

F. M. lat 26, ślusarz zapisał się do szpitala z powodu wielostawowego rzeżączkowego gościa, trwającego już od 2 tygodni. Na rzeżączkę zachorował przed 6-ma tygodniami. W dniu zapisania się na oddział przedstawiał wyraźne objawy *urethritis anter. et poster. gonorrhoeicae subacutae*. Lewy staw skokowy, prawy kolanowy i prawy łokciowy są silnie obrzmiałe i bolesne. Ciężota ciała 37,8°.

Na zajętej stopie, zwłaszcza ku stronie wewnętrznej i w okolicy prawego stawu kolanowego widać kilkanaście wykwitów o wyglądzie wielce przypominającym pęcherze, wielkości od łepka szpilki do ziarenka grochu polnego, wypełnione zawartością płynną. Dokładniejsze oględziny wykazują, że są to płaskie grudki, w środkowej części pokryte pęcherzowato wzniesionym naskórkiem i otoczone wąską ciemno-czerwoną obwódką. Obwódka ta przy niektórych wykwitach, zwłaszcza drobnych, jest tak nikła, że na pierwszy rzut oka zdawać się mogło, jakoby pęcherzyk powstał na niezmienionej skórze.

W okolicy prawego stawu łokciowego widać kilka pojedynczych placków, pokrytych srebrnąwą obfitą łuską. Przy usuwaniu łusek występuje wyraźne krwawienie punkcikowate.

W narządach wewnętrznych brak jakichkolwiek objawów chorobowych. Ogólne odżywienie złe. Bładość powłok i błon śluzowych znaczna.

Chory był leczony kąpielami termicznie obojętnymi, bez wszelkich dodatków lekowych, w okresach zaś silniejszych bólów podawano mu średnie dawki antypiryny.

Miejscowo stosowano kompresy z płynu BUROWA na zmianę z obojętnymi maściami, pastą cynkową i pudrem — w miarę występowania podrażnienia skóry.

W dalszym przebiegu choroby wykwity na łokciu nabierały coraz wyraźniejszych cech typowej łuszczycy. Pojedyncze placki miejscami się łączyły, tworząc znany rysunek *psoriasis gyratae* na niewielkiej stosunkowo przestrzeni. Inny typ rozwoju przedstawiały wykwity na stopie i kolanie. Pęcherzyki zasychając, przekształcały się w grube koncentrycznie nawarstwione, niekiedy płasko stożkowate łuski—strupki, miejscami zlewające się z sąsiednimi. Krwawienie punkcikowate stale występowało przy usuwaniu łusek, *resp.* strupów. Zjawiska te uwydatniały się najwyraźniej przy stosowaniu suchego opatrunku, lecz w tych okresach zjawiały się świeże pęcherzyki, które przechodziły te same fazy rozwoju.

W miarę ustępowania cierpienia stawów wrażliwość skóry również tępiała, co umożliwiło miejscowe stosowanie t. zw. środków redukujących.

Po 2-u miesiącach leczenia chory opuścił szpital z następującymi objawami. Na łokciu wykwit wchłonęły się doszczętnie, pozostawiając nieco zabarwioną skórę bez śladu łuszczenia. Na stopie i kolanie miejscami nastąpiło zupełne wessanie wykwitów, miejscami zaś na obwodzie dosyć silnie zabarwionych placków widać drobne świeże typowe wykwit łuszczycy.

W powyższym przypadku uwydatnić należy następujące cechy kliniczne:

1. Wystąpienie nietypowej łuszczycy w przebiegu wielostawowego rzeżączkowego gościa.
2. Umieszczenie nietypowych wykwitów na stawach najwięcej schorzałych.
3. Pęcherzykowaty wygląd większości wykwitów (w pierwszych okresach cierpienia).

Spostrzeżenia, dotyczące łuszczycy brudziecowatej, są wogóle skąpo reprezentowane w piśmiennictwie fachowem. Przypadki takie podają MAC CALL ANDERSON [GLASGOW 1865 r.], MACKENZIE, GASSMANN, DEUTSCH, GROSZ, HALLOPEAU i SALMON, HALLOPEAU i LEMIERRE i inni. Z polskich autorów ciekawe przyczynki podali KLINK [1874 r.] i BELKE [1877 r.] Spostrzeżenia te najzupełniej wyświeiliły obraz kliniczny omawianej nietypowej postaci łuszczycy, niezawsze jednak w sposób dostateczny uwzględniały jej patogenezę. Tem bardziej więc zasługuje na uwagę ta okoliczność, że w niektórych z tych przypadków istniały ciężkie cierpienia stawowe [przeważnie pochodzenia artrytycznego]. Do tej kategorii należą też i nasze spostrzeżenia. W jednym z nich mieliśmy do czynienia z ciężkiem zniepodobniającem zapaleniem stawów, w drugim — z wielostawowym gościem rzeżączkowym, a w obu razach wystąpienie łuszczycy brudziecowatej było najwidoczniej uzależnione od cierpienia stawowego. W przypadku drugim nietypowe wykwit zjawiły się podczas trwania gościa rzeżączkowego i znikły wraz z ustąpieniem tego cierpienia, aby następnie powrócić w postaci już zupełnie typowych wykwitów łuszczycy. W przypadku pierwszym łuszczycy występowała w nietypowej postaci podczas obostrzeń zniepodobniającego zapalenia stawów, w okresach zaś spokoju niczem się nie różniła od codzien spotykanej. Pozatem zaznaczyć jeszcze należy, iż w przypadku drugim wykwit brudziecowate mieściły się jedynie w okolicach najsilniej zajętych stawów [stopa, kolano], gdy w innych miejscowościach [prawy łokieć] mieliśmy do czynienia z zupełnie typową łuszczycą. W myśl tego wszystkiego sądzimy, iż będziemy bliżcy prawdy, jeżeli przypuścimy, że czynniki chorobotwórcze, które powodują zniepodobniające zapalenie stawów i gościec rzeżączkowy, odegrały też w naszych spostrzeżeniach rolę decydującą i w powstawaniu nietypowej brudziecowatej postaci łuszczycy.

Jeszcze słów kilka o wykwitach łuszczycowych, wyglądem swym do pewnego stopnia przypominających pęcherze. Twory takie, o ile nam wiadomo, zostały dokładnie opisane jedynie przez HALLOPEAU'A, SALMONA i LEMIERRE'A,

którzy podnoszą ich szczególną budowę oraz podobieństwo do wykwitów pęcherzycowych [*éléments pemphigoides*]. W obu spostrzeżeniach wyż. wzmiankowanych autorów zajęte były wyłącznie dłonie i powierzchnie dłoniowe palców. Jeden z tych przypadków dotyczy mężczyzny, cierpiącego na niepodobniące zapalenie stawów, drugi zaś kobiety, która dawniej chorowała na ostry gościec stawowy, obecnie zaś miewa bole w stawach palcowych.

W naszych spostrzeżeniach „pęcherzowate” wykwity łuszczycy mieściły się na dłoniach i palcach rąk [I przyp.] oraz na stopie i kolanie [II przyp.]. Obok tych wykwitów istniały jednak typowe brudziecowate, pozatem zaś przy dokładnem spostrzeganiu klinicznem można było częstokroć stwierdzić stopniowe przejście tworów „pęcherzowatych” w brudziecowate [II przyp.] Dlatego też sądzimy, że niema dostatecznej podstawy do wyodrębniania „pęcherzowatej” postaci łuszczycy. Z naszych spostrzeżeń wynika, że należy ją zaliczyć do brudziecowatej, jak to zresztą również zaznaczają HALLOPEAU i LEMIERRE.

II. Jak się przedstawia mocz w świetle nowych badań.

Napisał

Dr Stanisław Kozłowski,

Dyrektor Zakładu Leczniczego w Ojcowie.

(Dokończenie — Patrz Nr. 18).

Po miesiącu, gdy wyciąganie eterem przerywano, do kolby odbiorczej dodawano wody i, ogrzewając ostrożnie, odpędzano eter, poczem całą zawartość przelewano do kolby miarowej, opłukując i dopełniając do kreski 50%-ym alkoholem. Przy tej czynności zawsze pozostawał białawy osad w ilości mniejszej w moczu po dyecie mlecznej, lub w większej — po mięsnej dyecie, a także osad w postaci czerwonych płatków w nieznacznej ilości w ogóle, lecz również mniej w moczu po dyecie mlecznej.

Z kolby miarowej brano porcję płynu jużto do miareczkowania kwaśności jego zapomocą $\frac{1}{10}$ nor. ługu sodowego, jużto do prób jakościowych. Płyn ten, jak przekonały poszczególne próby, był w zupełności wolny od kwasów mineralnych i nie wykazywał siarki obojętnej, a więc nie zawierał kwasów proteinowych. Oprócz wymienionych kwasów organicznych, zawierał wszakże ślady kwasów eterosiarkowego i gliceryno-fosforowego.

Wystarczyło zmiareczkować ten płyn $\frac{1}{10}$ n. ługiem sodowym, aby otrzymać równoważnik kwaśności owych kwasów organicznych, zawartych w moczu.

Z otrzymanych w ten sposób danych, obliczano tak ilość poszczególnych składników, jak i kwaśność moczu oraz kwaśność kwasów rozpuszczalnych w eterze, zawartych w dobowej ilości moczu.

Liczyby te zebrano razem w tablicy I.

Chcąc ilość wydzielonych kwasów porównać z ilością usuwanych zasad obliczyłem wszystkie kwasy i zasady w równoważnikach sodu. Do porównania tych liczb służy tablica II.

Z tablicy tej okazuje się, że we wszystkich moczach, z wyjątkiem moczu Nr. IV, występuje przewaga sumy równoważników zasad nad sumą równoważników wszystkich kwasów mineralnych, kwasu moczowego, oraz kwasów organicznych, wyciągalnych eterem, przy uwzględnieniu kwaśności moczu, t. j. stanu nasycenia kwasów zasadami. Przewaga ta wyraziła się liczbami, umieszczonemi w ostatniej kolumnie tablicy II. Ponieważ mocz po dyecie mięsnej był przecież cieczą kwaśną i to nawet w wyższym stopniu, niż po dyecie mlecznej, więc chociaż znaleźliśmy tu nadmiar zasady, to jednak nie mogły one znajdować się w moczu w stanie wolnym, lecz były związane przez kwasy i to w znacznej części prawdopodobnie przez kwasy proteinowe, (które jako nierozpuszczalne w eterze, nie mogły być w nim wypłukane i bezpośrednio oznaczone).

Kwasy te bowiem, jak to wynika z badań GAWIŃSKIEGO, wytwarzają się w ustroju po dyecie mięsnej w znacznie większej ilości niż po dyecie mlecznej, a jako kwasy wielozasadowe bardzo żywo wyprowadzają zasady z ustroju. Jeżeli porównamy liczby wywiązanego amoniaku, to zobaczymy, że pod wpływem diety mięsnej ilość wydzielonego NH_3 wyraźnie się zwiększa. Możemy więc w tem upatrywać wyraz samoobrony organizmu przeciw zakwaszaniu jego soków.

Po dyecie mlecznej organizm wytwarza znacznie mniej kwasów proteinowych, stąd w moczu, wydzielonym po tej dyecie, spostrzegamy albo nieznaczną przewagę zasad, lub przeciwnie—przeważają kwasy, jak to widzimy w moczu Nr. IV.

Na wyprowadzenie zasad z ustroju ma więc decydujący wpływ nie tylko powstawanie kwasów mineralnych [w szczególności siarkowego, jako następstwo spalania białka], lecz także wytwarzanie się kwasów organicznych, w szczególności proteinowych, owych niedopałków białka. Ich też obecność często decyduje o kwaśności moczu. We wszystkich doświadczeniach, z wyjątkiem IV, suma równoważników zasad mineralnych przeważała nad sumą równoważników kwasów tak dalece, że mocze owe byłyby płynami wybitnie alkalicznymi, szczególnie I i II, gdyby w nich nie było kwasów proteinowych i innych organicznych.

Że w tych sprawach kwas moczowy bardzo podrzędną rolę odgrywa — na przekonywanie nie potrzeba słów tracić; wystarczy wskazać na drobną ilość sodu, która przedstawia równoważnik tego kwasu w moczu. W dalszym ciągu rzuca się w oczy wysokość liczb w moczach I i II w ostatniej kolumnie w porównaniu do reszty. Dokładna odpowiedź musi być poprzedzona nowemi badaniami. Dziś pozwolę sobie wyrazić tylko przypuszczenie, że sole mineralne, które są źródłem zasad w organizmie, prawdopodobnie mogą nagromadzać się i potem stopniowo, po upływie pewnego, nawet dłuższego czasu, wyłingowują się z ustroju. Pewne potwierdzenie tego przypuszczenia widzę w moczu Nr. VIII, w którym analiza nie wykazała spożycia poważnej ilości,

T A B L I

Liczba porzad- kowa dośw	Osoby	Sposób żywienia	Ilość moczu w ctm. z. na dobę	N	Na ₂ O	K ₂ O
I	A.	Dyeta mięsna. Śniadanie: 50 grm. szynki i herbata. Obiad: 400 grm. mięsa i ziemniaki. Wieczera: 200 grm. mięsa + ziemniaki. Razem 650 grm. mięsa.	1700		10,6900	4 1215
II	A.	Dyeta mięsna. Śniadanie: herbata z bułką. Obiad: 400 grm. mięsa i ziemniaki. Wieczera: 200 grm. mięsa i ziemniaki. Razem 600 grm. mięsa.	1740	17.8332	10.1900	5.6460
III	B.	Dyeta mieszana ze spożytą raz jeden w ciągu doby umiarkowaną porcją mięsa (obiady prywatne).	1080	10.5000	5.2520	3.8380
IV	C.	Dyeta mleczna. 2½ litra mleka + ziemniaki.	1812	14.7590	3.8893	6.1430
V	A.	Dyeta mleczna 3 litry mleka + 810 grm. ziemniaków.	2,375	15 810	6.3889	5.9000
VI	A.	Dyeta mięsna. 800 grm. mięsa, 100 grm. masła, 400 grm. ziemniaków, 5 szklanek herbaty bez cukru.	1343	23.37	5 2121	3.9800
VII	A.	Dyeta mięsna. 800 grm. mięsa, 100 grm. masła, 400 grm. ziemniaków, 5 szklanek herbaty bez cukru.	1325	23.39	6.3139	5.4498
VIII	A.	Dyeta mięsna z dodatkiem NaHCO ₃ . 800 grm. mięsa, 100 grm. masła, 400 grm. ziemniaków 7,0 grm. NaHCO ₃ , 1 syfon wody sodowej.	1442	23,63	6.7466	6.7113

C A I.

CaO	MgO	NH ₃	Mineralny SO ₃	Organicznie zwią- zany SO ₃	Całkowity SO ₃	HCl	P ₂ O ₅	Kwas moczowy	Kwasy orga- niczne roz- puszczalne w eterze w ctm. sz. 1/10 N. NaOH na dobę	Kwaśność w ctm. sz. 1/10 N. NaOH na dobę
0.2507	0.1417	1.4756	2.5660	0.2413	2.8073	10.0208	2.4894	0.8772	306,0	620.5
0.0939	ślady	0.6261	2.3749	0.2091	2.5840	8.2194	2.1435	0.91176	215,7	321.9
0.9165	0.0603	—	—	—	1.6357	7.0462	2.0108	0.3 62 9	238,8	—
0.3842	0.01051	0.4565	—	—	2.3710	6.1568	2.6781	0.34 79	394.1	243.8
0.3159	0.1396	0.61513	2.3673	0.16124	2.5285	8.2507	2.7365	0.4014	315,04	374.2
0,11013	0.0102	1.0015	2.7818	0.1188	2.9006	5.6950	2.5383	1.1912	276.83	544.86
0.14442	0.08548	0.9302	3.2848	0.11722	3.5020	7.4307	3.1108	1.0488	237.18	523.4
0.17592	0.1385	0.7372	3.8335	0.1666	4.0001	5.2984	3.516	1.2041	518.0	356.77

T A B L I C A II.

Liczba porządkowa do- świadczenia	Sposób żywie- nia	Równoważniki zasad mineral- nych na dobę w grm. sodu				Amoniak	Suma równoważników wszystkich zasad mi- neralnych	Równoważniki kwasów na dobę w grm. Na w obliczeniu na sole obojętne względem fenoltaleiny			Równoważnik w grm. Na kwasów organicznych rozpuszczalnych w eterze	Suma równoważników powyższych kwasów	Kwaśność moczu	Powyższa suma równo- ważników kwasów minus równow. kwaśności	Różnica pomiędzy równ. zasad i równow. kwasów		
		Sód	Potas	Wapń	Magn			Mineralny	Organicznie związany	Kwas solny						Kwas fosforowy	Kwas moczowy
I	Dyeta mięsna	7.9357	2.0148	0.1618	0.1618	1.9960	12.3138	1.4773	0.0694	6.3331	1.6160	0.1203	0.7053	10.3234	1.4302	8.8932	+3.4206
II	Dyeta mięsna	7.5645	2.7601	0.0772	ślady	0.8352	11.2370	1.3673	0.0603	3.1963	1.3913	0.1251	0.4972	8.6374	0.7420	7.8954	+3.3416
III	Dyeta mieszana	3.8988	1.8738	0.1615	0.0688	—	6.0029	0.7540	4.4546	1.3052	0.0498	0.5504	7.1140	—	—	—	—
IV	Dyeta mleczna	2.8872	3.0031	0.3157	0.0120	0.6176	6.8356	1.3659	3.8931	2.6781	0.0477	1.1194	9.1062	0.5619	8.5343	—1.6867	
V	Dyeta mleczna	7.6180	0.2594	0.1595	0.8321	8.8690	1.3671	0.0464	5.3610	1.7768	0.05504	0.262	9.3315	0.8705	8.4610	+0.4080	
VI	Dyeta mięsna	5.7751	0.0905	0.0117	1.3546	7.2319	1.6020	0.0342	3.7026	1.6430	0.1633	0.6381	7.7962	1.2560	6.5392	+0.0987	
VII	Dyeta mięsna	7.3290	0.1186	0.0377	1.2583	8.3035	1.9490	0.3375	4.8300	2.0200	0.1435	0.5451	9.8231	1.2064	8.6187	+0.1849	
VIII	Dyeta mięsna z sodą	8.3032	0.1445	0.1582	0.9972	9.6031	2.2073	0.0480	3.4450	2.2830	0.1651	1.1913	9.3398	0.5223	8.5175	+1.0856	

bo przeszło 21 grm. kwaśnego węgla sodowego. W małej zaś przewodzie zasad w moczu Nr. VII widzę również wpływ uprzedniej diety mięsnej, przeprowadzonej przed 10-u dniami, poprzedzającymi VII doświadczenie.

Zastanawiając się dalej nad znaczeniem wyników, otrzymanych z powyższych rozbiórów, wnioskujemy przedewszystkiem, że taka, lub inna dyeta nie jest obojętna dla organizmu.

Wiemy doskonale, że żywienie się warstw zamożniejszych polega na spożywaniu bardzo znacznych, moim zdaniem stanowczo nadmiernych, ilości mięsa z pozostawieniem na boku mleka, jarzyn i owoców. Takie ograniczenie ilości jarzyn i owoców potęguje ujemny wpływ diety mięsnej na organizm ludzki. Pokarmy roślinne, odpowiednio przyrządzone, zawierają w obfitych ilościach sole potasowe kwasów organicznych, które w ustroju spalają się na węglany potasowców i dostarczają w ten sposób organizmowi zasad.

Przy dyecie przeważnie i jednostronnie mięsnej wywiązuje się stale nadmierna ilość kwasów w organizmie, które też stale zużywają pewne zapasy zasad mineralnych. Wprawdzie do zakwaszania w dosłownem znaczeniu tego słowa zdrowego organizmu nie dochodzi, gdyż w wytwarzaniu amoniaku normalny ustrój rozporządza środkiem obrony przeciw powstającym w nadmiernej ilości kwasom. Środkiem tym organizm w istocie się posługuje, jak tego dowodzi zwiększone wydzielanie amoniaku w doświadczeniach naszych po strawie, w której przeważało mięso. Samoobrona ta nie zmniejsza jednak szkodliwych dla organizmu następstw ubożenia jego tkanek w zasady ogniotrwałe. Zasadowość krwi i zasadowość tkanek pod wpływem nieustającego i długotrwałego odciągania tych zasad zmniejsza się i w następstwie dochodzi do zakłócenia zjawisk utleniania, którego wyrazem staje się jeszcze bardziej zwiększone wydzielanie kwasów proteinowych i innych niedopałków białka. Obniżenie więc sprawności organizmu, zmniejszenie jego odporności względem różnych zarazków chorobotwórczych, przyspieszenie okresu zmian starczych — oto dalsze skutki tych zjawisk, których początek leży w nieodpowiedniej dyecie.

Czy nie w tym wadliwym sposobie odżywiania należy szukać przyczyny szybkiego próchnienia zębów u kobiet ciężarnych, lub rzadziej spotykanego rozmięknienia kości?

Być może, że właśnie w zmniejszeniu zasadowości, krążących w organizmie soków, należy widzieć przyczyny odkładania się złogów kwasu moczowego, kwasu szczawowego lub zjawiania się całego zbioru objawów artretyzmu.

Szkodliwości związane z dietą o nadmiernej ilości białka muszą występować jaskrawiej u organizmów, których budowa nie została jeszcze zakończona, a więc u dzieci, u tych, które muszą dać życie nowemu organizmowi, a więc u kobiet w ciąży, dalej we wszystkich tych przypadkach, kiedy organizm musi pokonywać rozmaite, że tak powiem „trudności życiowe”, a więc w okresie pokwitania, w nadmiernych i długotrwałych wysiłkach, w ciężkich

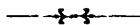
chorobach gorączkowych, lub kiedy się organizm już zużył w pewnej mierze, t. j. w starszym wieku.

Dowodów na to—każdy z lekarzy przytoczy setki. Na poparcie wspomnę tylko o zastraszającym psuciu się zębów u dzieci w wieku szkolnym, szczególnie w szkołach miejskich, o mniejszej odporności kobiet ciężarnych na choroby zakaźne i o zwiększeniu spustoszeń w organizmach kobiet ciężarnych pod wpływem np. gruźlicy, o częstszym spotykaniu błednicy u mieszkańców miast i sfer zamożnych na wsi, niż u mniej zamożnych włościan, wreszcie o wiele łatwiejszem stosunkowo powstawaniu złamań kości u ludzi starszych.

Wszystko powyższe z dużem prawdopodobieństwem dałoby się ująć w to krótkie zdanie, że organizm nasz mógłby nam służyć o wiele sprawniej i dłużej w normalnym stanie, gdybyśmy go sami stale nie rujnowali przez nieumiejętny dobór pożywienia.

Ad deliberandum!

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



81. Fr. Blumenthal i Roscher. O znaczeniu odczynu Wassermann'a w syfilisie podczas pierwszych lat po zarażeniu.

Na klinice prof. LESSER'a autorowie na obfitym [231 chorych] i dość jednolitym [przeważnie żołnierze] materyale zajęli się kwestyą, jakie znaczenie odczyn WASSERMANN'a posiada pod względem rokowania i leczenia syfilisu gdyż rozpoznawcza jego wartość powszechnie została dziś uznana przynajmniej na równi z innymi metodami serodyagnostyki. Autorowie doszli do następujących wniosków:

1) Reakcyja WASSERMANN'a wypada ujemnie w pierwszych tygodniach zarażenia; wogóle zjawia się ona zwykle dopiero między 6-m a 8-m tygodniem i stopniowo się potęguje, o ile przez swoiste leczenie nie będzie powstrzymana w swym rozwoju.

2) W okresie drugorzędnym przy objawach istniejących odczyn W. z małymi wyjątkami wypada dodatnio; ale i te wyjątki, po pewnym czasie badane powtórnie, dają wynik pozytywny.

3) Wpływ leczenia, mówiąc ogólnie, uwydatnił się na materyale autorów, ale nie w każdym wypadku występował od razu wyraźnie i równomiernie.

4) Nawet przy szczególnie energicznem leczeniu niezawsze udaje się doprowadzić reakcyę do zaniku.

5) Długotrwałość leczenia nie może być bezwzględnie uzależniona od występowania lub zanikania odczynu, gdyż reakcyja ujemna może się w bardzo krótkim czasie przemienić na dodatnią i odwrotnie, po skończonej kuracyi odczyn istniejący może po tygodniach zniknąć bez dalszego stosowania środków terapeutycznych.

6) Kilkakrotnie autorowie spostrzegali fakt, że odczyn W. zniknął, aczkolwiek w ostatnich miesiącach nie stosowano leczenia.

7) Po leczeniu rtęcią przypadki z odczynem przeważnie ujemnym mogą dać wynik dodatni.

8) Brak odczynu W-a w pierwszych latach po zakażeniu niema znaczenia w sensie prognostycznym. Zmienny wynik odczynu u jednego i tego samego chorego, występowanie recydywy przy uprzednio ujemnym odczynie, zjawianie się jego dopiero przy rozpoczętem leczeniu—dowodzi, że nie jest właściwe zaniechanie kuracyi specyficznej jedynie na podstawie wyniku ujemnego reakcyi WASSERMANN'a.

(*Medic. Klin.* 1909. Nr 7).

A. Lande.

82. Ledermann. O znaczeniu odczynu Wassermann'a dla rozpoznania i leczenia syfilisu.

Autor oparł swe wnioski na 800 badaniach, z których 250 wykonano na oddziale prof. SENATORA, a dotyczyło chorych z rozmaitych dziedzin medycyny, i gdzie ani klinicznie ani anamnestycznie nie było syfilisu. Z tej liczby tylko dwukrotnie odczyn WASSERMANN'a wypadł dodatnio: 1) u chorego na trąd, 2) u dziewczyny gruźlicą dotkniętej, z pewnem jednak podejrzeniem na syfilis dziedziczny. Reszta [550] dotyczyła syfilityków w najrozmaitszych okresach.

Na 46 przypadków cierpienia pierwotnego było 31 dodatnich i 14 ujemnych; te dotyczyły osób, które uległy zarażeniu na mniej niż 6 tygodni przed badaniem; potwierdza więc autor wyniki dotychczasowe, że w pierwszych dniach po zakażeniu serodyagnostyka nie daje pewnych wyników i że badanie na krętki jest owocniejsze w tym okresie.

W okresie drugorzędnym [do 5-u lat po zarażeniu] na 110-u chorych z objawami wyraźnymi odczyn był jaskrawo dodatni 108 razy; oczywiście wobec istnienia objawów, serodyagnostyka ma znaczenie tylko pomocnicze; natomiast w okresie cierpienia utajonego metoda W. posiada olbrzymie znaczenie, przyczem ważną okoliczność stanowi tu uprzednio przebyta kuracya, albowiem odsetka odczynu dodatniego u leczonych stanowi 78%, a u nieleczonych—89%.

W okresie trzeciorzędnym u chorych z mniej lub bardziej wyraźnymi objawami na 78 przypadków tylko 3 wypadły ujemnie, ale nawet i u tych trzech, leczonych zresztą w swoim czasie bardzo energicznie, obraz chorobny nie nosił bynajmniej cech wyraźnie syfilitycznych; natomiast w kilku przypadkach, gdzie w anamnezie nie był stwierdzony syfilis i gdzie nie rozpoznawano cierpienia natury syfilitycznej, wskutek dodatniego wyniku próby W-a przeprowadzono kuracyę specyficzną, która dała wynik pomyślny przy zupełnej bezskuteczności dotychczasowej terapii. W cierpieniu utajonem tego okresu na 78 przypadków było dodatnich 36, ujemnych 42; ale było śród nich aż 63 osób mniej lub bardziej gruntownie leczonych, przyczem znaczna część oddziaływających ujemnie od lat wielu nie zdradzała żadnych objawów, miała zdrowe dzieci i żony, i z punktu widzenia klinicznego ludzi tych można było uważać za zupełnie zdrowych.

Jeżeli porównamy odsetkę dodatnią z tego okresu z odsetką okresu drugorzędnego, to wypadnie, że im dawniej nastąpiło zarażenie, tem rzadziej przy dobrem leczeniu krew zawiera substancye zdradzające przebyty syfilis.

Uwzględniając moment terapeutyczny, autor podaje cyfry następujące: u nieleczonych odsetka odczynu dodatniego wynosi 81, u leczonych 1—2-krotnie—73, a u leczonych 4-krotnie lub więcej—47,7.

Wysoką cyfrę odczynu dodatniego dają przypadki syfilisu układu nerwowego, bo prawie 100%; w wiaździe rdzenia 76%, w paraliżu postępowym 87%. Chorzy z dziedzicznym syfilisem stale ujawniają odczyn dodatni.

W 38-u przypadkach autor kilkakrotnie powtarzał badanie: 8 razy początkowy wynik dodatni po kuracyi stawał się ujemnym, 9 razy znacznie

słabszym; czasem odczyn ujemny po przebytej kuracji przeobrażał się z biegiem czasu znów na dodatni.

(*Medic. Klinik.* 1909. Nr 12).

A. Lande.

83. F. Engelmann [Dortmund]. Przyczynek do serodyagnostyki syfilisu w położnictwie.

Metoda WASSERMANN'a zyskuje w położnictwie coraz większe znaczenie. Już nie tylko w badaniu kobiet i dzieci podejrzanych o syfilis, lecz i w pewnych przypadkach płodów martwych i poronień nawykowych, wreszcie w badaniu mamek odczyn na syfilis stał się niezbędnym środkiem dyagnostycznym. Niektóre zagadnienia sporne, np. dotyczące oddziedziczania syfilisu lub wynikające z t. zw. prawa COLLESA lub PROFETY¹⁾, mogą dopiero teraz doczekać się ostatecznego rozwiązania dzięki temu, że znaleziono niezawodny sposób wykrywania syfilisu utajonego. BAUER twierdzi, że w przypadkach, w których prawo COLLESA znajduje potwierdzenie, mamy do czynienia z syfilisem utajonym matek, tak jak w przypadkach, potwierdzających prawo PROFETY—z utajonym syfilisem dzieci. Oprzż zaś sądzi, że dodatni wynik próby WASSERMANN'a jest tylko wyrazem istniejącej odporności w tem znaczeniu, że od dzieci, dziedziczących syfilis od ojca, przechodzą do matki nie spirochety, lecz ciała ochronne i te je uodporniają.

Syfilidologowie twierdzą, że odczyn dodatni świadczy o tem, że syfilis jeszcze nie wygasł i trwa w dalszym ciągu. Czyżby to jednak dowodziło, że ludzie, mający syfilis utajony, mogą lub muszą udzielać go innym lub na potomstwo dziedzictwem przenosić? Próba WASSERMANN'a świadczy o tem teoretycznie, że syfilis utajony istnieje i jako taki może [lecz nie musi] przenosić się na potomstwo; praktycznie kwestyę tę jednak rozstrzygnąć może tylko obserwacja kliniczna. Zdaje się, że autorowi właśnie udało się uzyskać dowód niezbity, że matka może mieć syfilis utajony i swój syfilis przenieść na potomstwo. Mianowicie, spostrzegł on przypadek tego rodzaju: kobieta zupełnie wolna od objawów syfilisu, która z pierwszym mężem, notorycznym syfilitykiem, miała kilkoro dzieci syfilitycznych, z drugim mężem, notorycznie wolnym od syfilisu, miała dzieci również syfilityczne. Badanie serodyagnostyczne tak matki, jak i dziecka potwierdziło syfilis ukryty, który dopiero później ujawnił się u dziecka wyraźnymi objawami syfilisu. U męża zaś próba WASSERMANN'a pozostała bez wyniku. A więc w przypadku tym było najwiśdoczniej przekazanie dziedzictwem syfilisu dziecku przez matkę, wolną zupełnie od objawów, przyczem zarażenia męża nie było.

Próba WASSERMANN'a już teraz ma ten skutek praktyczny, że w razie jej dodatniego wyniku matki, dotknięte syfilisem utajonym, poddawane są leczeniu przeciwsyfilitycznemu. Szkoda tylko, że próba WASSERMANN'a jest jeszcze dotychczas bardzo mozolna.

(*Zentr. f. Gynäk.* 1909. Nr 3).

M. Zivejbaum.

84. Sigwart [Berlin]. O przerwaniu dopływu krwi do dolnej połowy ciała według Momburga, jako metodzie tamowania krwotoków w akuszeryi.

Celem przerwania dopływu krwi do dolnej połowy ciała podczas operowania, a więc celem otrzymania operacji zupełnie bezkrwawej, MOMBURG

¹⁾ PRAWO COLLESA: Dziecko, które przyszło na świat z objawami syfilisu, a więc dotknięte syfilisem wrodzonym, nigdy przez ssanie nie zyszczepli matce syfilisu.—PRAWO PROFETY: Dziecko zrodzone z matki, mającej syfilis, u gdy nie zagraża niebezpieczeństwo zarażenia się syfilisem wskutek ssania piersi matki.
(Przyp. spraw.)

zastosował zaciśnięcie ciała rurą gumową, ściągniętą w pasie i przewężającą je na dwie połowy. W ten sposób następuje zamknięcie aorty zstępującej, a co zatem idzie, i doraźne wstrzymanie krwioobiegu w dolnej połowie ciała. Ponieważ zabieg ten nie powodował uszkodzeń organów brzusznych, zwłaszcza kiszek, nawet po trwającym 3 kwadransie ucisku na aortę, jakby się tego, teoretycznie rzecz biorąc, spodziewać należało, więc SIGWART odważył się na spróbowanie tego sposobu w przypadkach krwotoków atonicznych z porodowych z macicy, tem bardziej, że oprócz wstrzymania krwotoku, wskutek bezpośredniego nacisku na aortę, spodziewać się tu można było i skurczu macicy, gdyż doświadczenia na zwierzętach przekonały, że macica, pozbawiona dopływu krwi, kurczy się silnie.

S. miał dotychczas 3 razy sposobność do zastosowania metody MOMBURGA i zawsze ze skutkiem pomyślnym. Jeden z tych przypadków opisuje szczegółowo. Dotyczył on silnego krwotoku atonicznego z macicy po ręcznem odklejeniu łożyska. Po bezskutecznem zastosowaniu wstrzyknięć podskórnych ergotyny i przemywań macicy wodą lodową, objął autor rurą gumową ciało chorej w pasie i ściągnął ją mocno: w tejże chwili krwotok ustał, a macica skurczyła się i stwardniała jak kamień. Po 15-u minutach, gdy rurę zluźniono i odjęto, macica pozostała skurczona, a krwotok nie powtórzył się więcej. W pół godziny, po obudzeniu się z narkozy dostała chora dreszczu. Tętno po zdjęciu rany stało się pełne i silne.

Sposób MOMBURGA nadaje się zwłaszcza u położnic świeżo po porodzie będących, gdyż powłoki brzuszne są wtedy tak wiotkie, że zaciśnięcie ich bólu wcale nie sprawia i działa skutecznie, nie powodując zgniecenia kiszek.

(Zentralblatt f. Gynäk. 1909. No 7).

M. Zwejgbaum.

85. O. Hoene [Kiel]. O sztucznem opróżnieniu z krwi dolnej połowy ciała w zastosowaniu do położnictwa i ginekologii.

Zdawna znana jest metoda, polegająca na ucisku aorty zstępującej w celu tamowania znaczniejszych krwotoków w dolnej połowie tułowia. Niedosćc wszakże oceniano ją dotąd w położnictwie i ginekologii, gdzie niekiedy przy operacjach w jamie brzusznej ucisk choćby palcem może mieć wagę zabiegu, ratującego życie, np. przy wielkiej utracie krwi w ciąży zamacicznej. W odnośnych podręcznikach zaledwie pobieżną znajduje się zazwyczaj wzmiankę o tego rodzaju tamowaniu krwotoków. W czerwcu r. 1903 ogłosił MOMBURG metodę sztucznego pozbawiania krwi dolnej połowy ciała, stanowiącą niejako analogię do ESMARCHA metody na kończynach. Polega więc ona na tem, że węzłem gumowym, grubości palca, okręca się brzuch w 2—4 obrotach na wysokości pomiędzy miednicą a łukiem żebrowym z taką mocą, iżby tętno na *a. femoralis* przestało być wyczuwalne. Metoda ta, jak dotąd, dała wyniki nadspodziewane. HOFBAUER wykonał pierwszą operację ginekologiczną, mianowicie, usunięcie włókniaka drogą pochwową; operacja ta trwała u bardzo anemicznego osobnika 75 minut, mimo to żadnych zgoła następnych zaburzeń nie pociągnęła. Autor, zanim zastosował ją w praktyce położniczej, dokonał kilku doświadczeń na zwierzętach. Umiarkowane ściągnięcie brzucha rurą gumową u królika wystarcza do zupełnego zaciśnięcia aorty brzusznej; zraniona i strumieniem krwawiąca tętnica udowa, po zaciśnięciu tą drogą aorty, przestaje zupełnie krwawić. Autor ściągnął brzuch królikowi za pomocą drenu gumowego z siłą, odpowiadającą zatrzymaniu krwawienia z tętnicy biodrowej, na 2½ godziny, poczem zabił go i poddał badaniu uciśnięte części brzucha. Na powłokach brzusznych i otrzewnej ściennej nie ujawniono żadnych zmian, na kiszka: zawartość wyciśnięta, śluzówka w kilku miejscach

wykazywała nieznaczne wybroczyny, światło atoli kieszki krwi nie zawierało. W moczowodach i miedniczkach nerkowych znacniejszego zatrzymania moczu nie zauważono. *M. ileopsoas* całkiem nie uszkodzony. Takie umiarkowane opasanie zniosło zwierzątko to w przeciągu tak długiego czasu [przeszło dwie godziny] wcale dobrze. Jeżeli w czasie zaciskania uszkodzić żyłę biodrową, wycieka z niej nieco ciemnej krwi, *resp.* zatrzymanej w dolnych kończynach. Przekonał się dalej, że zniesiona zostaje łączność pomiędzy *a. mammaria* a *a. epigastrica inf.*, w następstwie czego ostatnia, będąc zraniona, nie krwawi. Następnie podjął szereg badań wewnątrz jamy brzusznej: na aorcie oraz *aa. spermaticae*. W tym celu zranił aortę brzuszną poniżej zaciśniętego miejsca, która też całkiem nie krwawiła, wszelkie zaś zluźnienie sprowadzało natychmiast potężny krwotok. Następnie na trzech zwierzątkach żeńskich przekonał się, iż działanie okrężnego zaciśnięcia kieszki gumowej poprzez brzuch rozciąga się też na *aa. spermaticae*; u jednego z nich wyciął połowę narządów płciowych bez żadnej niemal utraty krwi [przyplywało nieco pozostałej żyłnej], zarazem spostrzeżono, iż dzięki wzmiankowanemu pierścieniowi gumowemu pole operacyjne daje się doskonale oddzielić od całego konglomeratu kiszek, tą drogą uniesionych ku górze. Doświadczenie z *a. spermatica* udowodniło, iż przez powyższe zaciśnięcie osiąga się całkowite opróżnienie z krwi macicy. W końcu autor podaje 2 przypadki zastosowania metody wzmiankowanej w klinice w Kielu. U 50-letniej niewiasty usuwano zaśniad groniasty, w trakcie czego powstało znaczne krwawienie; dla zatrzymania jego okręcono brzuch rurą gumową do stopnia zaniku tętna w *a. femoralis*, co dało możność bezkrwawego zakończenia operacji, znakomicie wpłynęło na skurczenie się macicy, oraz poprawę tętna u chorej. Po upływie kwadransu gumę zdjęto; żadnych literalnie zaburzeń nie zauważono, zarówno pod względem wydzielania moczu, jako też stolca. Drugi dotyczył 37-letniej kobiety z płaską miednicą, u której dokonano obrotu, po ukończeniu którego powstał straszliwy krwotok. Nie pomogły *secacornina* podskórnice, masaż, gorące przepłukiwania, energiczny dwuręczny ucisk macicy. Krwotok doszedł zenitu [około 2-u litrów]. Wówczas dopiero szybkie opasanie 2 razy brzucha drenem gumowym od razu powstrzymało go całkowicie. Bezdośrednio potem nastąpił silny skurcz macicy i nikuące tętno stało się wyraźnie wyczuwalne. Po 5-u minutach dren zwolniono, krwawienie zupełnie ustało. W obu tedy przypadkach zaciśnięcie przyniosło niewątpliwie korzyści, a w ostatnim wprost ocaliło życie kobiety. Z jednej bowiem strony krwotok natychmiast ustał, z drugiej—po opróżnieniu z krwi dolnej połowy ciała niebawem nastąpił doskonały skurcz macicy i wraz zdumiewające polepszenie w ogólnym krążeniu krwi. Najbardziej godnym zaznaczenia w metodzie tej jest pewny skutek przy zupełnym bezpieczeństwie i nieszkodliwości. O jednym ciągle należy pamiętać, iżby siła ściągania gumą nie przekraczała zakresłonej granicy t. j. zanikania tętnienia *ae. femoralis*. Metoda ta zdaje się przewyższać niezaprzeczenie wszelkie inne formy tamowania krwotoków macicy drogą wewnętrzną, przez pochwę, zasługiwałaby też na zastosowanie przy wszelkich krwotokach poporodowych, a zwłaszcza w łożysku przodującym. Być też może, iż stanie się zbyt rzeczną nieraz ręczne oddzielanie łożyska dzięki temu, iż, jakeśmy widzieli, macica oddziaływa bardzo mocno na anemię tętniczą.

(Zentralblatt für Gynäkologie. 1909. Nr 10). St. Leyzerowicz.

86. Trappe. Przykurczenia histeryczne i stosunek ich do organicznych stanów chorobnych.

Powstawanie przykurczeń histerycznych nie jest bez motywu, ani też nagłe, jak to się zwykle mówi o cierpieniach histerycznych, lecz podlega ściśle

określonym prawidłem, jak i przy chorobach organicznych. Pod przykurczeniem histerycznym rozumiemy nienormalne ustalenie jakiegoś członka lub większego uczątku ciała w określonym położeniu przez przykurcz mięśni. Takie przykurczenia powstają u osobników z podkładem histerycznym w następstwie urazu lub cierpienia miejscowego, najpierw w cierpiącym odcinku ciała, a następnie rozszerzają się na okolice odleglejsze. Pierwotne cierpienie organiczne posiada, zdaniem autora, decydujące znaczenie dla powstania przykurczenia histerycznego, o ile to cierpienie powoduje czasowe ustalenie kończyny w pewnym określonym ustawieniu. Takie ustawienie początkowo powstaje przez odruch, dzięki bolesności pierwotnego obrażenia lub cierpienia miejscowego; będąc zatem pierwiastkowo „fizyologicznym” owo ustawienie zostaje zachowane przy histerycznym przykurczeniu w sposób patologiczny. Zarówno zachowanie pierwotnego ustawienia, jak i rozszerzanie się przykurczenia na sąsiednie odcinki ciała wynika z odruchu, który jednak zjawia się po b. słabych podniętach czuciowych. Mamy zatem do czynienia z ogólnem dla histeryi przecenianiem podnięt czuciowych. Krytyczna ocena 10-u przypadków, jakie autor ze swej obserwacyi przytoczył, ma dowodzić, że przykurczenia histeryczne powstają w sposób zupełnie typowy według określonych reguł, które mają swój walor i w patologii organicznej, i że wiele—oraz nie mówiący wyraz „suggestya” nie może tu służyć za objaśnienie. Z opisanych przypadków widzimy, że ani płeć, ani wiek, ani stanowisko społeczne nie decydują o częstości choroby. Różne są też i przyczyny powstawania histerycznych zaburzeń ruchowych, bo lżejsze i cięższe urazy, sprawy zapalne, wreszcie zabiegi terapeutyczne. Również zmiennym jest i sam obraz choroby: tu przykurczenie, ograniczone tylko do niewielu mięśni jednej i tej samej grupy, tam całkowita niemożność używania całej kończyny lub zesztynwienie kręgosłupa, bądź wreszcie zupełne histeryczne porażenie połowicze (*hemiplegia*). W niektórych przypadkach zaburzenia histeryczne trwają tylko dni kilka, w innych znów widzimy, że pozornie nieuleczalne cierpienia, trwające latami, mogą w rezultacie zakończyć się zupełnem wyzdrowieniem. Zaburzenia histeryczne ruchów w pewnych przypadkach są połączone z ciężką ogólną histeryą, w innych zaś są jedynym oczywistym objawem histeryi. Jakkolwiek u wszystkich takich osobników musimy przypuszczać istnienie podkładu histerycznego, jednakże dziwnem jest, że histerya rozwija się w następstwie nieznacznego stosunkowo uszkodzenia u ludzi, których układ nerwowy do późnego nieraz wieku wydawał się jakoby zdrowym. Bądź co bądź, we wszystkich pomienionych przypadkach dwa momenty występowały zawsze w sposób jaskrawy:

1. To ustawienie ciała, w którym przykurczenie się rozwinęło, nie jest przypadkowe, lecz zawsze odpowiada pozycji, jaką chory lub uszkodzony członek przyjmował przez czas pewien czynnie lub biernie.

2. Przykurczenie histeryczne rozwija się i pozostaje takiem wskutek bolesnych podnięt czuciowych.

Wszakże nie każde cierpienie bolesne prowadzi do przykurczenia histerycznego: koniecznym do tego warunkiem jest zjawisko, że ustalenie pewnej części ciała przez czynne napięcie mięśni zmniejsza bole chorego. Istotna zaś różnica pomiędzy przykurczeniem histerycznym a przykurczeniem, zależnem od podnięty organicznej, polega na tem, że pierwsze trwa jeszcze i wtedy, gdy pierwotna podnięta bolesna już ustała, a na jej miejsce zjawiają się nowe podnięty czuciowe, mające swe siedlisko w mięśniach i więzadłach długo ustalonej części ciała i, co jest bardzo ważne, przeceniane co do swej siły przez osobnika histerycznego.

87. A. Gouget i Dechaux. Nagła śmierć w szkarlatynie.

Żadna z chorób zakaźnych nie wystawia chorego tak często na niebezpieczeństwo nagłej śmierci, jak błonica. Nagła śmierć może zaskoczyć chorego na samym początku choroby, zanim wystąpi wysypka, w kilka lub kilkanaście godzin od pierwszych objawów [postać piorunująca TROUSSEAU-BAGIŃSKY] WUNDERLICH, GOLDSCHMIDT, RICHTER i inni notowali nagłą śmierć w przebiegu zupełnie prawidłowym i lekkim płonicy na 4-y—5-y dzień choroby. Notowano również przypadki nagłej śmierci w 3-m tygodniu podczas zdrowienia.

Objawy, spostrzegane przez różnych autorów w przypadkach śmiertelnych, zwykle się powtarzały: podniecenie lub stan zapaści, *hyper.* lub *hypothermia*, tętno częste i drobne, czasami duszność, wymioty i drgawki. Ponieważ objawy te stanowią zespół objawów, wyodrębniony przez BERNARDA i SERGENT'a, jako *syndrome capsulaire*, przeto autorowie skłonni są przypuszczać, że w zmianach w nadnerczach należy szukać przyczyny śmierci; jednakże dotychczasowe badania w tym kierunku są niezadowolające.

CZERNY przypuszcza, że dzieci przekarmione, z podłożem neuropatycznym są skłonniejsze do nagłej śmierci. Spostrzegano również przypadki nagłej śmierci w przebiegu płonicy po takich zabiegach, jak okład, przepłukiwanie nosa [w przypadku ROMBERGA], wstrzykiwanie surowicy leczniczej [LANGERHANS]. CZERNY przypuszcza, że zastosowanie nowego zabiegu może na drodze psychicznej wywołać porażenie serca.

(*La Presse Médicale*. 1909, Nr 10).

Ryszard Hertz.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA GINEKOLOGICZNA

Posiedzenie dnia 26-go lutego 1909 r.

1. ZABOROWSKI przedstawił dwie chore z uleczonym pęknięciem macicy. U pierwszej z nich, rodzącej po raz piąty, macica pękła podczas obrotu i wywiązywania płodu przy niezupełnie otwartem ujściu z powodu wypadnięcia rączki i pępowiny. Gwałtowne krwawienie. Stwierdzono: pęknięcie prawego sklepienia, części pochwowej i szyjki powyżej ujścia wewnętrznego; w przymaciczu duża krwawiąca jama. Od strony pochwy nałożono na szyjkę macicy powyżej sklepienia 4 szwy katgutowe i na część pochwową dwa; do jamy macicy założono gruby sączek gumowy, sięgający sromu, ranę w przymaciczu i pochwę zatamponowano gazą. Po sześciu dniach gazę z otworu w sklepieniu usunięto i zaprowadzono sączek. Przebieg pomyślny: macica zrośnięta, w sklepieniu lejkowata blizna, biegnąca wzdłuż macicy w przymaciczu.

Drugi przypadek dotyczył kobiety rodzącej po raz 9-y, płód w położeniu pośladkowym; z powodu wodogłowa rozwiązanie ukończono po nakłuciu

głowy płodu. Obfite krwawienie. Stwierdzoło: rozerwanie szyjki i lewego sklepienia; obok macicy wielka jama wypełniona skrzepami, sięgająca do podżebrza i ograniczona odwarstwową otrzewną, przez którą wyczuwają się kiszki; zewnętrznie—stępień odgłosu wypukowego na szerokość dłoni nad lewym dołem biodrowym; macica odsunięta do prawego dołu biodrowego. Pomimo niezwłocznego tamponowania od strony pochwy, krwawienie nie ustawało i stan chorej pogorszał się; nie pomogło wprowadzenia pod skórę 700 ctm. sz. rozczynu solnego, przystąpił więc Z., w 5 godzin po rozwiązaniu, do laparotomii zewnątrzotrzewnej metodą KRAJEWSKIEGO przez cięcie BARDENHEUER'a. Macica pęknięta podłużnie w kierunku jajowodu 10—12-u ctm., rozerwanie $\frac{1}{3}$ obwodu sklepienia pochwy. Podwiązano jedno znaczniejsze naczynie krwawiące (a. *uterina* ?) i jamę zatamponowano; po godzinie pierwsze uzupełniające tamponowanie. Stan chorej polepszał się; po tygodniu tampony zmieniono na sączki z gazy. Po 6-u tygodniach: wielkie rozlane stwardnienie w dole biodrowym, łączące się z blizną w lewym sklepieniu i z wciągniętą mocno blizną ściany brzusznej. Z-EMU wynik ten nie wydaje się pomyślnym pod względem sprawności macicy na przypadek ponownej ciąży i porodu. W dyskusyi Cz. STANKIEWICZ, ZABOROWSKI i KARCZEWSKI podnoszą zalety metody KRAJEWSKIEGO.

2. LORENTOWICZ wypowiedział odczyt: „O niektórych wskazaniach do skrobienia macicy“, który streścił w czterech następujących punktach: 1) Ze zmian liczby i kształtu gruczołów nie mamy prawa do wnioskowania o istnieniu nieżyty śluzówki, a więc uzasadnienie skrobienia, jakie dawało stwierdzenie w wyskrobiniach *endometritidis grandularis*, w ogromnej liczbie przypadków przestaje istnieć. 2) Z dwu najważniejszych wskazań do skrobienia macicy—upławy występują: a) w postaci wzmożonej wydzieliny (*hypersecretio*) normalnej śluzówki, wywołanej zaburzeniami w krwiobiegu macicznym sprawami zastoinowemi w małej miednicy, *plethora abdominalis*, schorzeniem mięśnia macicznego, sprawami zapalnymi przy- i omacicza, jajowodów, jajników [przedewszystkiem] przez *masturbatio*, *coitus interruptus*, podnieci natury erotycznej, zaburzenia w krwiobiegu ogólnym, *anaemia*, *chlorosis*, *hysteria* i *neurasthenia*; b) w postaci ropienia z domieszką śluzu wywołanego najczęściej zakażeniem rzeżączkowym śluzówki. 3) Nieprawidłowe krwawienia i krwotoki, o ile nie zależą od nowotworów, najczęściej nie mają nic wspólnego ze śluzówką, a powstają przez upośledzenie czynności mięśnia macicy w połączeniu z jego przekrwieniem wskutek *metritis chronica*, *myofibrosis*, wskutek zmian w naczyniach mięśniówki, spraw zapalnych w przydatkach, zaburzeń w ogólnym krwiobiegu, cierpień serca, wątroby i nerek, wreszcie wskutek przyczyn powodujących *hypersecretionem*, te dwa bowiem cierpienia występują zazwyczaj jednocześnie. 4) Leczenie upławów i nieprawidłowych krwawień miesięczkowych powinno w pierwszym rzędzie uwzględniać przytoczone powyżej czynniki etyologiczne i porawę stanu ogólnego, wskazania zaś do skrobienia macicy w tych razach powinny być znacznie ograniczone.

Dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

Wł. Staniszewski.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku Nr. 1 „Gruźlicy“, pisma poświęconego walce z gruźlicą, jako chorobą społeczną, redagowanego przez kolegów BOLESŁAWA DĘBIŃSKIEGO i SEWERYNA STERLINGA. Numer zawiera wspomnienie pośmiertne ś. p. T. DUNINA, oraz prace SEWERYNA STERLINGA, ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO, TOMASZA JANISZEWSKIEGO i BOLESŁAWA DĘBIŃSKIEGO.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 18-go do 24-go kwietnia do szpitali warszawskich przybyło 84 osób dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 4, odrą 2, płonicą 3, różą 8, tyfusem wysypkowym 45, tyfusem brzuszny 18, gorączką powrotną 1, dyzenteryą 1, grypą 2.

W tymże czasie zmarło 5, mianowicie: na ospę 1, na tyfus brzuszny 3 i na różę 1.

W szpitalu Dzieciątka Jezus stwierdzono przypadek zapalenia nagminnego opon mózgowo-rdzeniowych.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie otrzymało od niewiadomego ofiarodawcy rub. 500 na potrzeby pracowni Towarzystwa do rozporządzenia Sekretarza Stałego.

— Zarząd Towarzystwa im. PIROGOWA, otrzymał zawiadomienie, że Ministerium Spraw Wewnętrznych pozwoliło na urządzenie 11-go Zjazdu im. Pirogowa w styczniu 1910. [Wracz Nr. 15].

— Pierwszy Zjazd lekarzy fabrycznych w Moskwie, z powodu niepomysłnych warunków, w jakich się odbywał, został przed skończeniem, 3-go dnia obrad, zamknięty. Prezes honorowy Zjazdu, NIKOLSKI, otwierając ostatnie posiedzenie, powiedział: „Biuro Zjazdu, uznając, że warunki, w jakich odbywało się ostatnie posiedzenie, czynią dalszą pracę niemożliwą, postanowiło Zjazd zamknąć“.

[Wracz Nr. 15].

— Na profesora chemii lekarskiej w Akademii lekarskiej w Petersburgu wybrany został docent prywatny Akademii, dr D. ILJIN.

— W r. b. zabroniono Żydom ponownie leczenia się w miejscowościach leczniczych na Kaukazie.

— Znany egiptolog angielski, prof. ELLIOT SMITH nadesłał Towarzystwu chirurgicznemu w Londynie duży zbiór mumii egipskich, które z punktu widzenia historii medycyny, przedstawiają dużą wartość. Badanie ich przekonywa, że przed 4000 lat istniało zapalenie wyrostka robaczkowego i znana była podagra; niema natomiast danych na to, aby w starożytnym Egipcie znane były syfilis i gruźlica.

— Dr ДУБОУЗКАJA [Petersburg, Suworowskij prosp. Nr. 23, m. 10], pragnąc wydać opis rosyjskich i zagranicznych sanatoryj, stacji klimatycznych i zakładów kumysowych dla chorych piersiowych, zwraca się za pośrednictwem „Wracza“ do kolegów o dokładne opisy tego rodzaju zakładów prywatnych, dobroczynnych i rządowych.