

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 33.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Zapalenie nerwu kulszowego, nerwoból kulszowy i histerya. Nowy objaw różniczkowy oraz kilka uwag o powyższych cierpieniach, napisał Maksymilian Biro. — Przypadek poczęcia oraz porodu przez przetokę szyjowo-pochwową tylną (*fistula cervico-vaginalis seu laqueatica posterior*). Podał K. Kraków. — Prof. H. Buchner. O znaczeniu czynnych, rozpuszczalnych wytworów komórek w chemizmie komórki, spolszczył D-r L. G. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 55. O wpływie słabych solanek (Homburg, Kissingen, Soden i t. d.) na przemianę materii u człowieka. O wpływie solanek (Kissingen, Homburg) na przemianę materii u człowieka i o t. zw. dyecie zdrojowej (Curgemasse). — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 16 marca r. b. — Notatki bibliograficzne. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r M. Biro — La névrite et la névralgie du grand nerf sciatique; leur relation avec l'hystérie. Un nouveau symptôme différentiel. 2) D-r K. Kraków — Un cas de conception et d'accouchement par une fistule cervico-vaginale postérieure.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r M. Biro — Ueber das Verhältnis der Entzündung des Schädels und der Ischias zur Hysterie. Ein neues differenzialdiagnostisches Symptom nebst einigen Bemerkungen über die obengenannten Krankheitszustände. 2) D-r K. Kraków — Ein Fall von Conception und Geburt durch eine fistula cervico-vaginalis posterior.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

Zapalenie nerwu kulszowego, nerwoból kulszowy i histerya.

Nowy objaw różniczkowy¹⁾

oraz kilka uwag o powyższych cierpieniach

napisał Maksymilian Biro.

Gdy 2^{1/2} roku temu u chorego na rwę kulszową zauważyłem brak odruchu Achillesa na kończynie dotkniętej cierpieniem, zjawisko to mnie mocno uderzyło. Zdawało mi się, że objaw ten pozwoli na rozbiecie rwy kulszowej na dwa cierpienia: na nerwoból i zapalenie nerwu kulszowego. Przyszło mi

¹⁾ Już po opracowaniu rozprawy niniejszej dowiedziałem się z drobnych wiadomości „Gazety Lekarskiej“ (1897 r. Nr. 3), że ten sam objaw spostrzegł w przebiegu bólu kulszowego BABIŃSKI, który go uznaje za objaw zarówno zapalenia nerwu kulszowego, jakoteż nerwobólu. Od referenta i szanownego Redaktora dowiedziałem się, że BABIŃSKI pracy żadnej pod tym względem nie ogłosił, lecz że wspominał tylko ogólnikowo o nowym objawie niedawno na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego. Ze względu na łunę sprawy, jakie się przy badaniu cierpienia nerwu kulszowego wywijały, nie mogłem niezwłocznie po otrzymaniu po wyższej wiadomości pracy mej o nowym objawie, jak od dwóch przeszło lat spostrzegąłem, ogłosić; nadaje mu też odmienne znaczenie od podanego przez neurologa paryskiego.

na myśl, że może brak odruchu Achillesa jest objawem najważniejszym, właściwie jedynym, pewnym, umożliwiającym rozgraniczenie nerwobólu od zapalenia nerwu. Około dwóch lat czekałem na drugi przypadek z tym samym objawem, a potem w przeciągu krótkiego czasu spostrzegałem już względnie pokaźny szereg, bo 10 przypadków. W większości z nich spostrzegałem zupełny brak odruchu Achillesa, w mniejszości odruch ten był osłabiony. Brak odruchu ze strony pewnych mięśni jest jedną z cech głównych zapalenia nerwu. Jest to ogólnie znana zasada w patologii chorób nerwowych. Według tej zasady możnaby z góry przewidzieć, że w razie znacznego zapalenia nerwu kulszowego brakłoby odruchu Achillesa. Rzecz tak prosta uchodziła jednak naszej uwagi. Fakt, który można było wyprowadzić drogą dedukcyi z zasady ogólnej, pozostał nieznanym. Mięsień łydkowy (*m. gastrocnemius*) i piętowy (*m. soleus*) otrzymują gałązki od nerwu piszczelowego (*n. tibialis*), odnogi nerwu kulszowego (*n. ischiadicus*). W razie zapalenia nerwu mogłaby tedy być uszkodzona droga ruchowa, a więc i ruch ze strony mięśnia mógł być zniesiony. Wprawdzie oddawna przeczuwano, że istnieje zapalenie nerwu kulszowego, że powszechnie znane cierpienie nerwu kulszowego pewnym razem polega na nerwobólu, innym — na zapaleniu nerwu. W wielu podręcznikach niewyraźnie już napomykano, jakoby cierpienie nerwu kulszowego czasami miało charakter nerwobólu, innym razem zapalenia nerwu (GOWERS, OPPENHEIM) i wśród owych przypuszczeń znajdujemy skargi, że niema objawu, któryby dał możność jasnego odgraniczenia obu cierpień. „Jeżeli wogóle trudno odgraniczyć ostro nerwoból od zapalenia nerwu, to zwłaszcza niełatwo tego dokonać dla interesującej nas tu postaci“, powiada OPPENHEIM. Rwa kulszowa stale figuruje w podręcznikach wśród nerwobólów; w dziale obejmującym zapalenie nerwów napróżnobyśmy szukali cierpienia nerwu kulszowego. W działach, traktujących o histeryi naturalnie niema wzmianki o cierpieniu, podobnem do rwy kulszowej. Zresztą jest to zbyt czyste wobec owego kalejdoskopu, jaki przedstawia histerya. Niema cierpienia, którego objawy nie mogłyby przebiegać w postaci tej rozpowszechnionej nerwicy, więc prosta rzecz, że histerya może mieć postać rwy kulszowej. Nabierając przekonania o możliwości rozgraniczenia cierpień powyższych, szukałem dla każdego z nich innych objawów, charakteryzujących zapalenie nerwu, nerwoból i nerwicę. Poszukiwania moje nie pozostały bezowocne. Gdy w przypadkach, przez objaw nowy ściśle odgraniczonych jako zapalenie nerwu kulszowego, znajdowałem często zmienione oddziaływanie elektryczne i objawy zaniku mięśni, nic podobnego nie wykrywałem w postaci, mającej cechy nerwobólu. Nerwobólom towarzyszyły stale punkty bolesne, przy zapaleniu nerwu znajdowały się one rzadko. W przypadkach histeryi nie było wcale punktów bolesnych albo też umiejscowienie ich nie odpowiadało przebiegowi nerwu kulszowego. Naturalnie, że starałem się o przeprowadzenie ścisłego rozpoznania różniczkowego pomiędzy zapaleniem nerwu kulszowego i innymi cierpieniami, przebiegającymi z objawami podobnymi. Po określeniu cech zapalenia nerwu kulszowego rozejrzałem się w całkowitym materiale poliklinicznym cierpienia tego nerwu i wyprowadziłem z niego wnioski, które, o ile sądzę, nie będą obojętne dla ogółu lekarzy.

Pozwolę sobie przedstawić materiał kliniczny, jaki mnie poczęści na trop nowego objawu naprowadził, poczęści zaś wysnute z pierwszych kilku

przypadków wnioski poparł. Nim to uczynię, ośmielę się złożyć w tem miejscu serdeczne dzięki d-rowsi GOLDFLAMOWI za zachętę do pracy niniejszej, udzielenie do mego rozporządzenia materiału poliklinicznego i liczne cenne uwagi.

Przypadek I. F. H. lat 35, z Lebediewa w gub. Mińskiej, przybyła do polikliniki 27. VII. 94 ze względu na bóle w prawej kończynie dolnej. Mają one zajmować przeważnie tylną powierzchnię uda. Najbardziej ją trapią podczas ruchów. Innych dolegliwości chora nie doznaje. Chora jest osobą miernie zbudowaną i nieźle odżywianą, względnie bladą. Na skórze, w gruczołach chłonnych, kościach, nic nieprawidłowego nie znaleziono. Badanie narządów wewnętrznych wykazało stan ich prawidłowy. Mocz nie zawierał białka, ani cukru. Podczas chodzenia prawa kończyna stale nieco zgięta w stawie kolanowym z piętą uniesioną ku górze w ten sposób, że chora przeważnie opiera się na palcach dotkniętej kończyny. Wszelkie ruchy czynne i bierne kończyn dolnych są doskonale zachowane: w prawej kończynie dolnej są one tylko nieco bolesniejsze i słabsze, niż w lewej. Zginanie bierne w stawie biodrowym jest mało bolesne, jeśli jednocześnie kolano jest zgięte, natomiast zginanie w tym stawie kończyny wyprostowanej jest niezmiernie bolesne (objaw LASEGUE'a). Taki sam ból występuje, gdy chora, nie zginając kończyn w kolanach, przechyla się tułowiem możliwie mocno ku przodowi. Obwód goleni prawej jest mniejszy, niż lewej. Lekka bolesność na udzie prawem po stronie tylnej na przebiegu nerwu kulszowego od fałdy pośladkowej (*plica glutea*) aż do jamy podkolanowej. Zresztą innych zmian czucia nie wykryto. Brak zaburzeń naczynioruchowych. Obmacywanie mięśni nie jest bolesne. Odruchy kolanowe na kończynach względnie żywe, na obu jednakie. Brak odruchu Achillesa na kończynie dolnej prawej. Na lewej odruch ten zachowany. Przy uderzaniu młotkiem opukowym ścięgną mięśnia piszczelowego przedniego którejkolwiek z kończyn dolnych występuje zginanie podeszwy (*flexio plantaris*) oraz skurcz mięśni łydkowych, niekiedy również mięśni ksobnych uda. Oddziaływanie farmaceutyczne i galwaniczne ze strony mięśnia piszczelowego przedniego, wyprostnego palców, wspólnego długiego oraz łydkowego długiego na kończynie dolnej prawej z mniejszono.

Przypadek II. R. A., lat 42, przybył do polikliniki 10. I. 96 ze skargą na bóle lewego uda i lewej goleni po stronie tylnej. Bóle najmocniej występują podczas chodzenia. Chory miernie zbudowany i odżywiany, chodzi pochylony na prawo i ku przodowi. Skóra, kości i narządy wewnętrzne zdrowe. Mocz bez białka i cukru. Mięśnie nie są upośledzone. Przeginanie tułowia możliwie mocne ku przodowi, gdy chory nóg nie zgina w kolanach, sprawia ból po tylnej stronie kończyny dolnej lewej; zarówno zginanie kończyny dolnej lewej w stawie biodrowym po wyprostowaniu jej w stawie kolanowym jest niezmiernie bolesne. Bolesność na dotyk na przebiegu nerwu kulszowego lewego. Brak innych zmian czucia. Odruchy kolanowe dobre, na obu kończynach jednakie. Odruch Achillesa po stronie lewej udaje się wywołać z wielką trudnością; po prawej jest on prawidłowy. Oddziaływanie elektryczne prawidłowe.

Przypadek III. M. C., lat 28, z Tomaszowa zwrócił się do polikliniki 13. IV. 96 ze względu na bóle, trapiące go od siedmiu tygodni i dotyczące tylnej powierzchni uda lewego. Cierpienie miało wystąpić po przeziębieniu, podczas jazdy czterogodzinnej w wielką słotę. Chory podczas chodzenia szybko się wyczerpuje i w nieznacznym stopniu utyka na lewą nogę. Dawniej prawie nie chorował; od czasu do czasu trapiły go jedynie krwawienia hemoroidalne. Żona urodziła 3 dzieci, cieszących się po dziś dzień dobrem zdrowiem; dwa razy ronila, po raz pierwszy w szóstym, ostatnim razem w drugim miesiącu ciąży. Chory wysoki, bladej, nieźle zbudowany i odżywiany, powłóczy podczas chodzenia kończyną dolną lewą, nie zakreślając nią łuku po ziemi. Na skórze kończyny dolnej lewej, na brzegu zewnętrznym goleni nieduża blizna, biała, niesfałdowana (podobno pochodzenia urazowego). Gruczoły chłonne nie są powiększone. Wzdłuż kończyny dolnej lewej w obrębie nerwu kulszowego bardzo nieznaczna bolesność na dotyk. Brak innych zmian uczucia. Mięśnie goleni tylne na kończynie dolnej lewej szczuplejsze, niż na prawej. Odruch kolanowy na kończynie dolnej lewej może nieco żywszy, niż na prawej, odruch Achillesa na kończynie dolnej prawej dobry, na lewej słabszy, ledwie dostrzegalny: przy odszukiwaniu go widać skurcz tylko w obrębie dolnej części mięśnia łydkowego o charakterze wyraźnie tonicznym. Oddziaływanie elektryczne w obrębie mięśnia łydkowego po lewej stronie znacznie słabsze, niż po prawej. W narządach wewnętrznych zmian niema. Mocz bez białka i cukru.

Przypadek IV. B. W., lat 38 mający, zjawił się w poliklinice 20. IV. 96 ze skargą na ból w kończynie dolnej prawej. Cierpienie trwa od siedmiu tygodni; w ciągu pierwszego tygodnia choroby chory wcale chodzić nie był w stanie. Nie wie, czy się zaziębił. Z zawodu kowal. Miernie zbudowany i odżywiany; objawów patologicznych ze strony skóry, gruczołów chłonnych, kości i narządów wewnętrznych niema żadnych. Mocz bez białka i cukru. Chód chorego nic szczególnego nie przedstawia. Na lewej kończynie dolnej po stronie tylnej, zwłaszcza na udzie żyły nieco rozszerzone. Bolesność na dotyk w obrębie nerwu kulszowego prawego, zwłaszcza w okolicy fałdy pośladkowej i nieznaczna bolesność ponad jamą podkolanową. Czucie dotykowe, bólowe, termiczne na kończynie dolnej prawej nieco zmniejszone w porównaniu z kończyną lewą. Obwód kończyny dolnej prawej może nieco mniejszy, niż lewej. Odruch kolanowy na obu kończynach dolnych jednak. Odruch Achillesa na kończynie dolnej prawej zniesiony, na lewej zachowany. Oddziaływanie elektryczne na kończynie dolnej prawej obniżone w porównaniu z kończyną dolną lewą.

Przypadek V. B. C., 53 lat mająca, zgłosiła się do polikliniki 3. VI. 96 ze względu na bóle w kończynie dolnej lewej. Trwają one od siedmiu tygodni i dotychczas się pod względem natężenia nie zmieniają, czasami tylko ustępują miejsca uczuciu drętwienia. Przed kilku laty doznawała takich samych bólów w tej samej, co obecnie, okolicy. Cierpienie trwało wówczas kilka miesięcy. Chora jest osobą miernie zbudowaną i odżywianą. Skóra, gruczoły chłonne, kości są zupełnie prawidłowe, stawy wcale nie zajęte. W narządach wewnętrznych nic patologicznego nie wykryto przy uwzględnieniu również badania moczu na białko i cukier. Ból względnie duży przy zgina-

niu w stawie biodrowym kończyny dolnej lewej i jednoczesnem wyprostowywaniu jej w stawie kolanowym, jako też przy przeginianiu tułowia naprzód wobec kończyn dolnych rozgiętych w stawach kolanowych. Bolesność na dotyk pośrodku linii, łączącej krętarz większy (*trochanter major*) z guzem kulszowym (*tuber ischii*). Mięsień łydkowy kończyny dolnej lewej wydaje się szczuplejszy, niż prawej. Odruchy kolanowe dobre. Odruch Achillesa na kończynie dolnej lewej zniesiony, na prawej zachowany. Czucie bólowe na kończynie dolnej lewej wydaje się nieco obniżone. Oddziaływanie galwaniczne na kończynie dolnej prawej prawidłowe, na lewej od nerwu piszczelowego oraz unerwionych przezeń mięśni, jakoteż od łydkowego zmniejszone; skurcz na mięśniu łydkowym wolny KaSZ=AnSZ.

Przypadek VI. P. Z., 30-letnia kobieta, przybyła do polikliniki 5. VI. 96 ze skargą na bóle wzdłuż linii środkowej strony tylnej kończyny dolnej lewej oraz na drętwienie lewej goleni. Bóle mają trwać od dłuższego czasu. Budowa ciała niezła, odżywianie mierne. Żadnych objawów chorobowych na skórze, w gruczołach chłonnych, kościach, stawach nie wykryto. Mocz bez białka i cukru. Bolesność kończyny dolnej lewej przy dotyku w obrębie nerwu kulszowego. Mięśnie nie są dotknięte. Brak zmian czucia. Odruchy kolanowe dobre; odruch Achillesa na kończynie prawej zachowany, na lewej zniesiony. Oddziaływanie galwaniczne niezmienione.

Przypadek VII. W. R., 47 lat mający, zjawił się w poliklinice 29. VI. 96. skarżąc się na bóle w kończynie dolnej prawej, dotyczące tylnej powierzchni uda. Chory nieco utyka na kończynę chorą. Miernie zbudowany i odżywiany. Na skórze, w gruczołach chłonnych, kościach, stawach brak jakichkolwiek objawów chorobowych. Mięśnie goleni prawej bardziej wiotkie niż lewej. Czucie na kończynie dolnej prawej na powierzchni tylnej stępione w porównaniu z kończyną dolną lewą. Punkt bolesny na pośladku prawym w obrębie nerwu kulszowego. Odruchy kolanowe dobre; odruch Achillesa na kończynie prawej słabszy, niż na lewej. Oddziaływanie galwaniczne wydaje się niezmienione.

Przypadek VIII. G. P., 22-letnia osoba, przybyła do polikliniki 12. XI. 96 ze względu na ból w lewej kończynie dolnej. Cierpienie zaczęło się przed 8 tygodniami, wystąpiło po porodzie kleszczowym. W położu leżała chora cztery tygodnie; gorączki połogowej nie przechodziła. Od owego czasu ból nie tylko nie ustępował, lecz nawet się nie zmniejszał. Gdy chora leży, boli ją najwięcej lewa łydka i lewy pośladek, gdy chodzi—lewa stopa. Chora jest osobą niezle zbudowaną, miernie odżywianą i nic nieprawidłowego w skórze, gruczołach chłonnych, kościach, stawach nie zdradza. Narządy wewnętrzne zdrowe. Mocz bez białka i cukru. Wszelkie ruchy czynne i bierne kończyn dolnych zachowane. Punkty bolesne na lewym pośladku pod kolanem i na przebiegu nerwu strzałkowego. Zresztą brak innych zmian czucia. Lewa łydka cieńsza, niż prawa; na wysokości 15 ctm poniżej dolnego brzegu rzepki różnica obwodu goleni wynosi 1 ctm. Odruchy kolanowe jednakie; odruch Achillesa na kończynie prawej zachowany na lewej zniesiony. Oddziaływanie galwaniczne na kończynie dolnej prawej od nerwu piszczelowego 4 MA. KaSZ > AnSZ, od mięśnia łydkowego 6 MA

KaSZ > AnSZ, na lewej od nerwu piszczelowego 4 MA. KaSZ > AnSZ, od mięśnia łydkowego 5 MA. KaSZ > AnSZ.

Przypadek IX. F. S., lat 43, przybył do polikliniki 5. I. 97 z Łukowa ze względu na bóle w prawym udzie, trwające od $\frac{1}{2}$ roku i utrudniające ruchy kończyny. Dawniej pijał sporo wódki. Wchodzi podtrzymywany przez osobę trzecią, utykając na prawą nogę. Ruchy w stawie biodrowym niebolesne, o ile nie są rozległe. Uderzenie w krętarz większy, bądź w piętę nie jest bolesne. Prawa łydka wiotsza, niż lewa. Obwód każdej goleni na wysokości środka łydek jednakowy i = 30,5 cm. Bolesność wzdłuż nerwu kulszowego prawego. Czucie prawidłowe. Odruchy kolanowe obu stronnie dość żywe. Odruch Achillesa po stronie lewej żywy, po prawej zniesiony lub niezmiernie słaby, w postaci bardzo nieznacznego skurczu mięśni łydkowych. W obrębie mięśni łydkowych prawej kończyny dolnej drganie włókienkowe, nieznaczne; pobudliwość mechaniczna tych mięśni wzmożona; oddziaływanie elektryczne tych mięśni jakościowo niezmienione, skurcz szybki, KaSZ > AnSZ; ilościowo nieco zmniejszone: po prawej 6 MA, po lewej 4 MA. W położeniu stojącym i leżącym chora nie zdradza skrzywienia kręgosłupa. W płucach, sercu, narządach brzucha nic szczególnego nie wykryto. Mocz zawiera umiarkowaną ilość białka.

Przypadek X. G. B., lat 61, przybył z Góry Kalwarii 8. I. 97. Od roku dokucza mu ból wraz z uczuciem mrowienia w prawej kończynie dolnej, wzdłuż linii środkowej powierzchni tylnej uda. Ból wystąpił po raz pierwszy po silnem kaszlnięciu. Na hemoroidy, zaparcie stolca, chory nie cierpi. Wysoki, miernie zbudowany i nieźle odżywiany, chodzi, lekko przechylając się na stronę lewą. Stoi równo. Kręgosłup prawidłowy. Wyrażna bolesność przy dotyku na przebiegu nerwu kulszowego prawego i w obrębie główki prawej strzałki. Brak zmian czucia. Obwód uda i goleni z obu stron wydaje się jednaki. W obrębie mięśni łydki prawej drżenie włókienkowe. Odruchy kolanowe z obu stron dość żywe. Odruch Achillesa po prawej stronie niekiedy wywołać się nie udaje, czasami zaś odruch występuje, lecz bardzo słabo, w każdym razie daleko słabiej, niż po lewej. W stawach zmian nie ma. Oddziaływanie elektryczne mięśnia łydkowego bezpośrednie jakościowo niezmienione (obustronnie 6 MA. KaSZ > AnSZ, skurcz szybki). W narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. Mocz bez białka i cukru.

(C. d. n.).

Z ODDZIAŁU CHOROÓB KOBIECYCH D-RA FR. NEUGEBAURA W SZPIT. EWAN. W WARSZAWIE

Przypadek poczęcia oraz porodu przez przetokę szyjowo-pochwową tylną

(*fistula cervico-vaginalis seu laqueatica posterior*)

Podał K. KRAKÓW, pierwszy asystent oddziału.

Zofia W., lat 22, od 3-ich lat zamężna, miesiączkuje od 16 roku życia bez bólów co 28 dni, od 3-ich lat ma blednicę. W pierwszym roku po ślubie poroniła w 3-cim miesiącu ciąży; po tem poronieniu jeden z kolegów zmuszo-

ny był wydobyć pozostałe części jaja płodowego zapomocą narzędzi. Chora zgłosiła się do mnie w kwietniu 1894 r., skarżąc się na ciągłe, obfite upławy oraz bezpłodność, gdyż od 2 1/2 lat nie zachodzi ponownie w ciążę. Badanie chorej wykazało, co następuje: macica w przodozgięciu, szyja maciczna wydłużona, kształtu stożkowatego, zwrócona bardzo ku przedniej ścianie pochwy; na tylnej ścianie szyi macicznej na 2 ctm. powyżej ujścia zewnętrznego macicy wyczuwa się wyraźne wgłębienie, w którym przy badaniu chorej przez wziernik NEUGEBAUERA znajduje się otwór, przepuszczający swobodnie zgłębnik w kierunku jamy macicznej. Zgłębnik wprowadzony przez wewnętrzny otwór szyi macicznej łatwo daje się wyprowadzić przez otwór w tylnej ścianie szyi macicznej. Rozpoznałem zatem przetokę szyjowo-pochwową tylną (*fistula cervicovaginalis seu cervico-laqueatica posterior*) i skierowałem chorą do szpitala.

Dnia 21 kwietnia 1894 roku d-r NEUGEBAUER, okrwawiwszy brzegi, zaszył przetokę pięcioma szwami drucianymi. Szóstego dnia po operacji szwy zdjęto i jakkolwiek niewielka przetoka pozostała jeszcze, chora chwilowo wypisała się ze szpitala, lecz dnia 21 sierpnia 1894 roku ponownie się zjawiła, żądając zupełnego zaszycia przetoki, będącej według jej mniemania głównym powodem bezpłodności. Pod nieobecność kol. NEUGEBAUERA przetokę zaszyłem powtórnie, lecz bez dodatniego wyniku; chora wypisała się znowu z przetoką, chociaż znacznie mniejszą. Dnia 7-go stycznia 1895 roku chora zgłosiła się po raz trzeci i tym razem ponownie przez d-ra NEUGEBAUERA była operowana, lecz znowu bez wyniku pożądanego, gdyż pozostała jeszcze mała przetoka, wielkości ziarnka prosa. Skutkiem trzykrotnego okrwawiania brzegów przetoki ściana szyi macicznej w tem miejscu bardzo ścieńczała tak, że szyja maciczna, która już i przed operacjami tworzyła kąt ostry z trzonem macicy, obecnie tworzyła kąt znacznie ostrzejszy.

W kwietniu 1896 roku chora zjawiła się do ambulatoryum szpitalnego, jako ciężarna w 4-tym miesiącu ciąży, w obawie, czy dziecko donosi i szczęśliwie urodzi. Trudno było chorej stanowczo odpowiedzieć, w każdym jednak razie zaleciliśmy, aby uważała na siebie i w razie poronienia lub porodu zawezwała koniecznie pomocy lekarskiej. Przy badaniu przez wziernik szyja maciczna okazała się obrzękłą z sinawem zabarwieniem błony śluzowej części pochwy, ujście zewnętrzne szyi było skierowane ku przedniej ścianie pochwy, przetoka zaś tworzyła niejako ujście zewnętrzne szyi macicznej. Dlatego też przypuszczałem, że zapłodnienie nastąpiło przez przetokę, a nie przez otwór zewnętrzny szyi macicznej.

Chora nie poprzestała na naszym orzeczeniu i, jak mi później mówiła, udała się jeszcze do jednego z kolegów. Ten radził jej przerwać sztucznie ciążę, obawiając się smutnych następstw w razie porodu, spowodowanych bardzo łatwym w tym przypadku pęknięciem szyi macicznej. Chora nie posłuchała, dziecko szczęśliwie donosiła i dnia 19-tego października 1896 r. byłem zawezwany do niej po porodzie. Po przybyciu na miejsce dowiedziałem się od obsługującej akuszerki, że poród jest już w drugim okresie, że wody przed kilku godzinami odeszły i że od czasu pęknięcia pęcherza poród nie postępuje. Badając rodzącą, znalazłem ujście (?) zupełnie otwarte, a w niem główkę, która jednak dalej rodzić się nie mogła z powodu silnie napiętego pasma włókien mięsnych, przebiegającego nad główką; nad pasmem był otwór przepuszczający wskaziciel. Widoczne było, że poród odbywa się przez

rozszerzony otwór przetoki, a pasmo włókien stanowi część tylnej ściany szyi macicznej pomiędzy zewnętrznym ujściem szyi i przetoką. Pasma te przeciąłem nożyczkami, poczem poród szybko postępował aż do chwili, kiedy główka była prawie widoczna z pomiędzy rozchylających się warg sromnych; wtedy bóle porodowe ustały i ze względu na grożące niebezpieczeństwo życiu dziecka, gdyż bicie serca słabło, nałożyłem kleszcze, nie kładąc rodzącej na łóżku poprzecznym i wydobyłem dziecko w stanie pozornej śmierci. Na pęknięte krocze nałożyłem dwa szwy jedwabne. Krwawienia z przeciętego pasma nie było, otwór przetoki nie naderwał się wcale. Jednym słowem w tych warunkach chora urodziła nadspodziewanie szczęśliwie. Przeciętej części szyi macicznej nie zszywałem, gdyż na to nie pozwalały warunki miejscowe, zaleciłem tylko położnicy, aby po pewnym czasie zgłosiła się do mnie.

Przetoki tego rodzaju u kobiet, które rodziły, do bardzo rzadkich nie należą i jako następstwo ciężkich porodów często bardzo towarzyszą przetokom szyjowo-pęcherzowym, przytem bywają nietylko w tylnej ścianie szyi macicznej, lecz i w przedniej lub też w bocznych.

19 takich przetok opisał d-r Fr. NEUGEBAUER w swojej kazuistyce przetok moczowych z roku 1889—1891 wydanej w Lipsku ¹⁾.

(D. n.).

Prof. H. BUCHNER.

O znaczeniu czynnych, rozpuszczalnych wytworów komórek w chemizmie komórki.

Spolszczył D-r L. G.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 19).

Czynna zymaza jako wytwór komórek drożdżowych przypomina inne podobne fakty stwierdzone w ustroju zwierząt. W surowicy krwi znajdujemy aleksyny; czynne ich działanie polega na tem, iż zabójczo działają na bakterye, niszczą ciała czerwone krwi i zabijają leukocyty zwierząt innego gatunku; w ostatnich czasach dowiedzione zostało, iż aleksyny są również wytworami komórek. Pogląd, iż aleksyny pierwotnie powstawać muszą z leukocytów, wypowiedziany był prawie jednocześnie przez kilku badaczy. Niezbitych dowodów dostarczyły jednak dopiero doświadczenia autora, SCHUSTER'a, HAHN'a i SCHATTENFROH'a.

Dawniej o powstawaniu aleksyn z leukocytów nic nie wiedzieli i to skłoniło METSCHNIKOFF'a do zaznaczenia na międzynarodowym zjeździe higienicznym w Budapeszcie przed trzema laty różnicy pomiędzy „theorie cellulaire” t. j. jego teorii o fagocytach i „theorie humorale”, według której przedewszystkiem aleksyny surowicy chronią ustrój od wnikaających weń zarazków chorobotwórczych.

Przeciwstawienie takie nie jest jednak uzasadnione, a przez przypomnienie dawniejszej różnicy pomiędzy patologią humoralną i patologią solidarną przyczyniłoby się tylko do zdyskredytowania teorii o aleksynach. Teorya humoralna od-

¹⁾ Archiv für Gynäkologie Band, XXXIII—XXXV,

porności byłaby możliwa, czego dowodem zapomniana teoria wyczerpania PASTEUR'a i teoria zatrzymania CHAUVÉAU'a. Teoria o aleksynach nie była jednak nigdy teorią humoralną, gdyż wykazane w surowicy krwi istoty czynne już w pierwszej pracy autora i jego współpracowników, wobec wykazanej zależności ich działania czynnego od prawidłowej zawartości obojętnych soli alkalicznych w roztworze, uważane być musiały za złożone ciała białkowe, a zgodność ciepłoty wymaganej do ich zniszczenia z ciepłotą wywołującą śmierć większości ustrojów zwierzęcych, określała je już z góry jako wytwory komórek, przyczem naturalnie wtedy nie było wiadome, z jakich komórek powstały.

Właściwem więc przeciwstawieniem nie będzie teoria cellularna przeciw teorii humoralnej, gdyż bezwątpienia mamy tu do czynienia z działaniem wytworów komórek. A więc będą tu z jednej strony czynności wypływające bezpośrednio z organicznej budowy komórek, z drugiej strony zaś czynności wywołane przez rozpuszczone wytwory komórek i od komórek oddzielić się dające. Tym sposobem posiadamy dla spostrzegania fizyologiczno-chemicznego jasny i ogólny zasadniczy podział. Z czasem zaczęły się mnożyć fakty odnoszące się do czynności drugiej kategorii, a tem samem czynności pierwszej kategorii musiały się ograniczyć. Jako najnowszą zdobycz w tym kierunku zaznaczyć wypada właśnie zjawisko fermentacji, które dotychczas tak kategorycznie odnoszono do budowy organizowanej. Dla grupy pierwszej pozostaną zatem wyłącznie podstawowe czynności żywego ustroju, a mianowicie: czynność przyswajania, wzrostu i dezasymlacji, następnie rozmnażanie się przez dzielenie komórek, a więc to, co podług określenia SACHS-KUPFFER'a oznacza energidę t. j. to, co stanowi część komórki obdarzoną własnem życiem. Resztę skutecznicza, zdaje się, komórka za pośrednictwem rozpuszczonych lub przynajmniej rozpuszczalnych substancji, które mogą być, jak np. hemoglobina czerwonych krążków krwi zwierząt ciepłokrwistych, nagromadzone w zbiorniku materii paraplasytycznej. Te ostatnie byłyby w takim razie czynnością, którą komórka wywołuje za pośrednictwem swoich związków i tworów paraplasytycznych i moglibyśmy dla prostszego oznaczenia rozróżniać w znaczeniu fizyologiczno-chemicznym działanie energid komórki i działanie paraplasytyczne komórki. To ostatnie jest zawsze pośrednie, dające się oddzielić od komórki, a oddzielone od właściwej żywej komórki może jednak w innem miejscu wywoływać wynik właściwy.

Do paraplasytycznych tworów komórki należą przedewszystkiem te czynne materje, do których zaliczyć wypada enzymy ze względu na ich niestałość (*Labilität*) w roztworach wodnych. Z badań M. HAHN'a wynika, że w soku wyciśniętym z komórek drożdżowych piwa, istnieje prócz zymazy prawdopodobnie nieznany dotąd enzym peptyczny, gdyż sok wyjałowiony rozpuszcza skrzepłą żelatynę (demonstracja). Enzymu tego nie wydzielają żywe komórki drożdżowe; wywiera on działanie swe tylko we wnętrzu komórki i prawdopodobnie służy dla przysposobienia do przyswojenia białkowatych materiałów odżywczych przez działanie peptyczne. Mogą one mieć znaczenie i przy dezasymlacji, a wykazane przez NAEGLI'ego wydzielanie peptonów z komórek drożdżowych zapewne jest z tem w związku.

Prócz enzymów zaliczamy do czynnych wytworów komórek zymazę, która różni się od enzymów nie tylko głębokiem oddziaływaniem chemicznem, które nie może być porównane z hydrolizą, lecz i znacznieszą zmiennością wobec nieznacznego podwyższenia ciepłoty a przeważnie przemijającym swem działaniem;

dalej należą tu toksalbuminy lub toksyny swoiste bakterii przynajmniej o tyle, o ile odznaczają się zmiennością i działaniem podobnem do enzymów, jak to np. ma miejsce z jadem tężca. Należą tu również proteiny bakterii, których zbadanie musi być dopełnione; przez otrzymanie zaś soków wyciśniętych z bakterii uzyskaliśmy środek otrzymania ich w postaci niezmienionej. Pozostały jeszcze jako czynne wytwory leukocytów — aleksyny. Prócz tego muszą jeszcze istnieć we krwi zwierząt ciepłokrwistych i inne materje czynne, posiadające własność niszczenia cukru gronowego za pomocą utleniania. M. HAHN skontrolował liczne odnośne dane, istniejące w literaturze i przekonał się, że bakterjobójcze i niszczące cukier własności krwi są wprawdzie własnościami analogicznymi, lecz nie powinny być utożsamiane. Tak jedne jak i drugie ustają przy 55° C. przez zniesienie czynności krwi, jak również przez dłuższe przechowywanie krwi przy ciepłocie pokojowej, natomiast obie czynności są wzmożone we krwi przy sztucznej hyperleukocytozie; surowica krwi nie posiada własności niszczących cukier; konieczne są do tego czerwone krążki krwi, a raczej hemoglobina, oczywiście dla tego, że inaczej nie wystąpiłoby działanie utleniające, zaś dla czynności bakterjobójczej ciała krwi są zupełnie zbyteczne.

Ciekawą jest rzeczą, że własność krwi niszczenia cukru nie może być uważana za własność ogólnie utleniającą. Nie występuje ona np. wobec łatwo utleniającego się kwasu szczawiowego i odnosi się wyłącznie do spalania cukru, który dostaje się do ustroju w warunkach prawidłowych.

Prócz własności krwi niszczenia cukru, znane są również własności diastatyczne krwi, t. j. możność przemiany krochmalu i glikogenu na cukier gronowy. Własności te właściwe są surowicy krwi, nie mogą być jednak uważane za właściwe własności czynne, gdyż badania HAHN'a wykazały, iż dla pozbawienia surowicy tych własności konieczne jest ogrzewanie jej od 65° do 70°.

Wracając do sprawy fermentacyjnego działania soku wyciśniętego z drożdży B. zaznacza, iż E. BUCHNER wykazał, co następuje. Gdy świeży sok wyciśnięty z drożdży, nawet przechowany w wodzie lodowej, szybko traci swe własności fermentacyjne względem cukru, czynne działanie jego natomiast dziwnym sposobem zachowane zostaje, jeżeli dodamy odrazu do soku komórkowego cukru trzcinowego, tak że sok ten odrazu rozwinąć może swą czynność fermentacyjną. D-r RISEL zbadał tę sprawę i doświadczenia jego wykazały, że cukier trzcinowy najlepiej zachowuje siłę fermentacyjną; potem idzie cukier słodowy, mniej dobry jest cukier gronowy, zupełnie zaś nie działa w tym względzie cukier mleczny, który również nie podlega fermentacji pod wpływem zymazy. Zachowanie zależy od stężenia; im silniejszy roztwór cukru, tem silniej działa konserwująco.

Najodpowiedniejsza jest mieszanina równych części soku komórkowego i 60% roztworu cukru trzcinowego (150 grm. cukru trzcinowego na 100 grm. wody). Za pomocą tej mieszaniny udaje się na pewno utrzymać działanie fermentacyjne w lodowni w przeciągu 8—14 dni. Jeszcze dłuższe działanie zależy prawdopodobnie od gatunku soku, właściwie od komórek drożdżowych piwa, z których sok otrzymano.

Od czego właściwie zależy owo zachowanie przy dodaniu cukru? Na pewno nie ma w tem udziału wytwarzający się przy fermentacji bezwodnik węglany. Nawet w czystej atmosferze bezwodnika węglanego traci sok komórkowy bez dodania cukru bardzo prędko swe czynne działanie.

Sam proces fermentacyjny, rozszczepienie cząsteczkowe cukru musi być zatem owym czynnikiem konserwującym; jestto pogląd, bardzo zbliżony do poglądu NAEGLI'ego, według którego sprawa fermentacyjna, jako tąka, musi być pożytecz-

na dla czynnika wywołującego fermentację, wytwory bowiem fermentacji, wyskok i bezwodnik węglany nie mogą być uważane za pożyteczne. Wiadomo w samej rzeczy, że z 71 kaloryi, które teoretycznie odpowiadają przeistoczeniu gramowej cząsteczki glukozy (180 gr.) na wyskok + bezwodnik węglany, tylko mała część występuje pod postacią ciepła wydzielającego się i dającego się zmierzyć. Przeważna część oswobodzonej energii nie jest uchwytana i dlatego nie jest niemożliwe przypuszczenie, iż ta rzekomo znikająca cząsteczka energii jest właśnie tem, co bezustannie bywa zużywane do odtwarzania czynnego działania zymazy.

Poglądy nasze rozszerzają się przez to o tyle, iż dotychczas mogliśmy tylko twierdzić, że czynne działanie ciał białkowych wyłącznie zależy od działania komórek, a właściwie od działania energid, gdy teraz widzimy po raz pierwszy, iż jest możliwa restytucja raz istniejącego, a następnie zniesionego czynnego działania na zewnątrz komórki i to wyłącznie przez dostarczenie energii, ostatecznie przez sprawę czysto chemiczną, t. j. przez rozszczepienie cząsteczki cukru na jej części składowe wyskok i bezwodnik węglany. Chciałbym zwrócić uwagę, iż prócz zymazy i inne czynne ciała a mianowicie aleksyny mogą w pewnych warunkach odtwarzać swą czynność na zewnątrz organizmu. Jeżeli bowiem stan nieczynny wywołany był wyłącznie przez pozbawienie potrzebnych soli alkalicznych, to można stan ten, dający się porównać do porażenia przejściowego, na nowo wyrównać nawet po upływie 24 godzin przez dodanie soli alkalicznych.

Przechodzimy obecnie do rozpatrzenia działania fermentacyjnego żywej komórki drożdżowej, dla jej zrozumienia zaś posiada ogromne znaczenie odkrycie zymazy. Nie wchodząc w rozbiór różnych teoryi fermentacji, B. zaznacza, że LIEBIG, M. TRAUBE i HOPPE-SEYLER bardzoby byli zadowoleni, gdyby wyniki te ujawnione zostały jeszcze za życia tych badaczy. Chociaż bowiem zymaza jako wytwór komórki drożdżowej niepodzielnie jest z nią związana, nie ulega jednak żadnej wątpliwości, że nie komórka drożdżowa jako taka i nie przez swe części wchodzące w skład jej budowy, lecz właśnie tylko zymaza wywołuje sprawę fermentacyjną. Odbywa się to albo wyłącznie we wnętrzu jej błony komórkowej, co wobec koniecznej w tym razie dyfuzji cukru, wyskoku i bezwodnika węglanego nie należy do niemożliwości, lecz jest mało prawdopodobne, lub też, co należy uważać za prawdopodobniejsze, żywe komórki drożdżowe wydzielają zymazę, sprawa zaś fermentacyjna odbywa się, przynajmniej w większej jej części, bezpośrednio na zewnątrz, na obwodzie komórki drożdżowej. Za tem ostatniem przypuszczeniem przemawiają doświadczenia Rudolfa RAPP'a wykonane w pracowni autora, w których już nieznaczne stałe potrząsania były w stanie powstrzymać działanie fermentacyjne komórek drożdżowych. Zjawiska tego nie moglibyśmy sobie wytłumaczyć, że tak nieznaczne wpływy mechaniczne mogą szkodliwie oddziaływać na molekularny chemizm fermentacji, gdybyśmy nie przedstawili sobie, że wydzielona przez komórki zymaza przy silnych ruchach tychże natychmiast rozdrabnia się w płynie, zostaje rozcieńczona i przez to nie jest w stanie wywoływać swego działania. Istnieją jednak i inne dowody, przemawiające za takim pojmowaniem sprawy.

Widocznie istnieją dwie zupełnie różnorodne kategorie warunków życiowych dla względnych beztlenowców i pod tym względem genialny PASTEUR miał zupełną słuszość. W pierwszym razie, przy całkowitem zużyciu tlenu, cała energia komórki koncentruje się w jaknajszybszem wytwarzaniu nowej materii żywej i jaknajszybszem rozmnażaniu się; czynność fermentacyjna w tych warunkach ustępuje na drugi plan, chociaż może zupełnie jej nie brak. Ła-

two zrozumieć, że w tych warunkach nie wydzielają się znaczniejsze ilości białkowych soków komórkowych, gdyż przeszkadzałoby to prędkiemu wytwarzaniu się nowej materii.

W odmiennych warunkach życiowych t. j. przy zupełnem lub częściowem braku tlenu rozrost i rozmnażanie się jest wstrzymane. Teraz komórka znajduje się w niedogodnych warunkach życiowych i zaczyna wskutek tego, zgodnie z prawem ogólnem, stosującem się do życia każdej komórki, wydzielać części składowe swej zawartości. Dla ilustracyi tego faktu B. przytacza zjawisko następujące: gęste drożdże prasowane zamieniają się pod wpływem działania pary chloroformu na płynną papkę, co zależy od wydzielania się płynnych części składowych komórek. Nietylko zabicie komórek wywołuje wydzielanie, lecz i stopniowo szkodliwie działające wpływy wywierają ten sam skutek, co z łatwością zapomocą doświadczeń stwierdzić można.

Z tego też powodu pozbawienie tlenu musi również działać w podobny sposób. Lecz to, co dotąd, przy oparciu się na tem rozumowaniu, uważane było za objaw chorobowy i na pewno jeszcze i dotąd jest takim objawem u grzybów posiadających grzybnie, stało się u zdolnych do wywołania fermentacyi drożdży wskutek celowego filogenetycznego przystosowania własnością bardzo pożądaną. O ile w otaczającym płynie znajduje się cukier podlegający fermentacyi, o tyle ten ostatni może uleść fermentacyi pod wpływem zymazy. Z rozszczenia cząsteczki cukru powstaje nadmiar energii, który, jak to widzieliśmy, służy do wywołania wtórnej czynności zymazy. To znaczy innemi słowy, że nadmiar ten energii służyć może do tego, aby pobudzać wytwory komórki wywołującej fermentację do wzmożonej czynności, dalszem zaś następstwem takiego wnioskowania będzie i to, że nadmiar ten będzie wstanie pobudzać do czynności i samą komórkę, energidę. Musimy w końcu dojść do wniosku, że sprawa fermentacyjna staje się użyteczna dla czynnika wywołującego fermentację, co wynika z bezpośredniego spostrzegania.

Możemy zatem zgodnie z poglądem NAEGELI'ego przyjąć, że pożytek ten zawarty jest w nadmiarze energii, wynikającym z fermentacyi, z którego komórka czerpie wynagrodzenie za stratę przybytku energii, który zwykle wytwarzają dla niej sprawy utleniania.

W końcu swej pracy BUCHNER przytacza niektóre dane analogiczne z dziedziny bakteryi chorobotwórczych. W roku 1893 autor pierwszy dowiódł, że toksalbumina lasecznika tęcza nie jest, jak dotąd sądzono, wytworem fermentacyi wytworzonym na zewnątrz komórki lasecznika, lecz że może powstawać jedynie w zawartości laseczników tęcza. Dosłownie zdanie wygłoszone przez autora brzmiało, jak następuje. „Toksalbumina tęcza powstaje zatem bezpośrednio z plazmy lasecznika tęczowego i jest prawdopodobnie tylko rozpuszczoną w odpowiedni sposób zmienioną materią plazmatyczną lasecznika tęczowego“. Analogia pomiędzy tym poglądem na toksalbuminę tęcza a zymazą jest aż nadto widoczna.

W najnowszych czasach H. KOSSEL dowiódł tegoż samego odnośnie do jadu błoniczego, a mianowicie, iż tenże pierwiastkowo zawarty jest w lasecznikach i uważany być musi jako wytwór wydzielniczy tychże.

Swoiste toksyny bakteryi nie są zatem wytworami fermentacyi, jak dawniej utrzymywano, lecz przeciwnie wytworami swoistymi komórek bakteryi, posiadającymi siłę fermentacyjną lub przynajmniej wytworami czynnymi bakteryi. Nie możemy wprowadzić dotąd przedstawić czynnego ich działania na obumarły ch

materyach chemicznych, lecz, jak wiadomo, tylko na żywych ustrojach. W końcu wspomnieć należy jeszcze i o tej analogii, że i tu prawdopodobnie wydzielina komórek zależna jest od beztlenowych warunków istnienia komórek w ustroju zakażonym, i tem się wreszcie tłumaczy zmieniony chemizm zarazków w tkankach, na który HUEPPE wielokrotnie już zwracał uwagę.

(*Münch. med. Woch. Nr. 12. 1897 r.*).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

55. Prof. NOORDEN. **O wpływie słabych solanek (Homburg, Kissingen, Soden i t. d.) na przemianę materii u człowieka¹⁾.** *Frankfurt. 1896, str. 15.*

D-r DAPPER (Kissingen). **O wpływie solanek (Kissingen, Homburg) na przemianę materii u człowieka i o tak zwanej dyecie zdrojowej (Curgemässe).** *Berlin. 1896, str. 29.*

Obie te prace, dotyczące bardzo ważnych pod względem praktycznym punktów i będące streszczeniem badań doświadczalno-klinicznych dokonanych przez autorów już to wspólnie, już przez każdego oddzielnie, pod względem treści i wniosków prawie identyczne i wzajemnie się dopełniające, rozpatrzmy razem dla uniknięcia w ten sposób niepotrzebnych powtarzań.

Przez całe prawie dziesiątki lat wszystkie dokładniejsze badania nad wpływem wód mineralnych na przemianę materii dokonywane były na ludziach zdrowych, po części zaś na zwierzętach, a to z tej przyczyny, że nauka o przemianie materii powstała i uprawiana była w pracowniach fizyologicznych. Wnioski, jakie wyprowadzano z tych badań, często ze sobą sprzeczne, nie mogły stanowić punktu oparcia dla wskazań leczniczych i nie zgadzały się ze skutkami leczniczymi, jakie osiągnięto przy stosowaniu wód mineralnych. Dopiero badania nad przemianą materii podjęte w ostatnich czasach przy łóżku chorego przyczyniły się do wyjaśnienia niektórych spraw praktycznych. I w rzeczy samej, jeżeli chcemy zbadać wpływ i znaczenie źródeł, musimy badania odpowiednie dokonywać na ludziach chorych i to przy chorobach, przy których w praktyce stosujemy te źródła. Tylko w ten sposób otrzymać możemy cenne wskazówki dla stosowania wód leczniczego.

1) O wpływie solanek na wydzielanie soku żołądkowego. Jak się zachowuje wydzielanie kwasu solnego po podaniu roztworu soli kuchennej lub naturalnych solanek na czczo u człowieka zdrowego, lub po dodaniu ich do pokarmów, było to już niejednokrotnie przedmiotem badań. LARECHE, REICHMAN, AWORSKI, SCHUELE, WOLFF i inni dowiedli, że pod wpływem roztworów soli kuchennej ilość kwasu solnego w żołądku nie zwiększa się, lecz często się zmniejsza. Wyniki te osiągnięte u ludzi zdrowych zachęciły autorów do powtórzenia tychże badań na ludziach z nadmiernem wydzielaniem kwasu solnego (*hyperaciditas hydrochlorica*). Chorych tego rodzaju wogóle ostrzega się przed przyjmowaniem większych ilości soli kuchennej i przed użyciem naturalnych solanek, o czem najlepiej poświadczyć mogą lekarze w Kissingen i Homburg, do których rzadko udają się tego rodzaju chorzy. Na mocy badań dokonanych wspólnie przyszli autorzy do przekonania, że u bardzo wielu chorych z nadmiernem wydzielaniem kwasu solnego szybko następuje poprawa przy użyciu solanek.

¹⁾ Wykład wygłoszony w Towarzystwie lekarzy w Hamburgu. Odbitka z *Zeitschrift für praktische Aertzte*. 1896. Nr. 8.

U chorych tego rodzaju zauważono:

1) Ile razy przed jedzeniem podano 200--300 ctm. sz. wody Kissingen lub Homburg, tyle razy ilość otrzymanego przy wydobywaniu zawartości żołądka kwasu solnego okazała się mniejsza; to samo można powiedzieć o objawach podmiotowych zależnych od nadmiaru kwasu solnego.

2) Pomyślne wyniki, niewyraźne w pierwszych dniach, zwiększały się przy dłuższem użyciu solanek.

3) Po dłuższem użyciu solanek nadmierne wydzielanie kwasu solnego ustąpiło, po zaprzestaniu zaś ich nie wracało.

Autorzy tak często widzieli pomyślne wyniki u tego rodzaju chorych, że nie wahają się uważać odpowiednio prowadzone leczenie w Kissingen, Homburg i t. d. za potężny środek do zwalczania niektórych postaci tego tak trudnego do usunięcia zбочenia w czynności żołądka. Szczególnie pomyślne wyniki osiągnięto w przypadkach dotyczących młodych ludzi z *neurasthenia gastrica*, z nadczułością żołądka a przytem z nieznacznie zmniejszoną ruchową sprawnością żołądka przy upadku odżywiania ogólnego. Tu obfite pożywienie, nie wyłączając tłuszczów, współcześnie z solanką dostarczane dawało wyniki wprost doskonałe.

W niektórych innych postaciach nadmiernego wydzielania kwasu solnego, wyniki lecznicze były niepomyślne, szczególnie zaś u chorych na blednicę i przy rozszerzeniu żołądka w połączeniu ze zwężeniem odźwiernika.

Lecz i w przypadkach z niedostatecznem wydzielaniem kwasu solnego, a zatem u chorych z ostrym lub przewlekłym nieżytem żołądka widzieli autorzy pomyślny skutek leczenia zapomocą wody Kissingen lub Homburg.

DAPPER w doświadczeniach swych przekonał się, że w przypadkach, w których przed rozpoczęciem leczenia ilość kwasu solnego była zmniejszona, w kilka dni po użyciu solanek ilość ta zaczęła się zwiększać i współcześnie przypadłości chorobowe ustępować zaczęły. Szczególnie dobre wyniki zauważono u ludzi starszych, częściej u mężczyzn aniżeli u kobiet, nadużywających napojów wysokowych i palenia tytoniu. Przy dłuższem użyciu tychże solanek stwierdzono obok poprawy podmiotowej wzmoczenie wydzielania kwasu solnego a zmniejszenie ilości śluzu.

I w przypadkach z niedostatecznem wydzielaniem kwasu solnego nie zawsze skutek jest tak pomyślny; szczególnie zaś uporczywe są przypadki na tle nerwowem powstałe i przypadki dotyczące suchotników.

Z powyżej powiedzianego na szczególną zatem uwagę zasługuje, że jedno i to samo leczenie balneo-terapeutyczne okazuje się skuteczne przy dwóch cierpieniach żołądka, przy których czynność chemiczna żołądka wręcz przeciwnie się zachowuje. Tylko więc badanie na chorych może być rozstrzygające; wyniki osiągnięte u zdrowych są zwodnicze i nimi przy wskazaniach leczniczych kierować się nie można.

2) O wpływie solanek na sprawność kiszek, na wessanie pokarmów, szczególnie zaś na trawienie tłuszczów. Jak się zachowuje przyswajanie pokarmów w kiszkiach przy użyciu solanek, jest sprawą pierwszorzędną. Sprawa ta jest tem ważniejsza, że od wieków przy leczeniu zdrojowem zalecana bywa dyeta nie tyle uwzględniająca chorobę i warunki osobnicze, ile samą wodę mineralną. Dla rozstrzygnięcia powyższego pytania są dwie drogi: zwyczajne spostrzeganie i badanie doświadczałne. Co się tyczy pierwszego, tak DAPPER w Kissingen, jak v. NOORDEN w Homburgu otrzymali bardzo pomyślne wyniki lecznicze przy współczesnem użyciu solanek i wielkich ilości tłuszczów.

Co się tyczy drogi doświadczalnej, to liczne badania w tym kierunku podjęte przez DAPPER'a pod okiem NOORDEN'a w mniejszej ilości u zdrowych, w większej u chorych na żołądek, u otyłych, cierpiących na dnę, cukrzycę, a zatem u osobników, dla których rozwiązanie powyższego pytania posiada bezpośrednie praktyczne znaczenie, dały wyniki następujące:

a) Ilość związków azotowych wydzielanych z kałem jest przy użyciu solanek w umiarkowanej ilości bardzo mało zwiększona. Dopiero, gdy ilość solanki jest tak znaczna, że wywołuje znaczną biegunkę, utrata związków azotowych zwiększa się, nie dosięga jednak zbyt wielkiej wysokości.

b) Daleko ważniejsze jest zachowanie się tłuszczów. Wiadomo, że przy picu Kissingen, Homburg, jako też wód alkaliczno-siarczanych w Karlsbadzie, użycie tłuszczów od wieków jest wzbronione. Nie ulega wątpliwości, że są chorzy, u których odstawienie tłuszczów podczas leczenia zdrojowego jest w zupełności usprawiedliwione, np. u otyłych, u wielu cierpiących na dnę, u chorych na serce i wątrobę. Lecz do wyżej wspomnianych miejsc kąpielowych przybywają liczni chorzy, u których obok usunięcia cierpienia miejscowego pożądana jest poprawa odżywiania. Tu należą niektórzy chorzy na dnę z odżywianiem wielce upośledzonym, na różne zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, chorzy na cukrzycę, szczególnie zaś chorzy na niestrawność nerwową. Gdyby się rzeczywiście okazało, że trawienie tłuszczów i trawienie w kiszkiach wogóle zostaje upośledzone przy jednoczesnym użyciu wód i tłuszczów, wypadłoby zaniechać posyłania tego rodzaju chorych do powyższych miejscowości, gdyż pewne jest, że przy wyłączeniu tłuszczów nie może być mowy o poprawieniu odżywiania podupadłego. Dla przekonania się przeto, jak się zachowuje trawienie i przyswajanie tłuszczów przy picu solanek i innych wód, szczególnie wody karlsbadzkiej, DAPPER w pracowni NOORDEN'a i sam NOORDEN przeprowadzili szereg badań na sobie i na chorych z różnymi cierpieniami żołądkowo-kiszkowymi, cierpiących na cukrzycę, dnę, otyłość i t. p. Obaj autorzy przekonali się, że przy użyciu wyżej wzmiankowanych wód trawienie tłuszczów nie zostaje upośledzone i że nawet przy użyciu w znacznej ilości tłuszczów nie powstają żadne zaburzenia żołądkowo-kiszkowe.

Praktykowany więc dotąd zwyczaj wyłączenia bez wszelkiego względu tłuszczów przy stosowaniu solanek niczem nie jest usprawiedliwiony. I spostrzeżenie na miejscu w zupełności potwierdziło nie tylko nieszkodliwość, lecz często wielką pożyteczność współczesnego picia solanek i użycia w znacznej ilości tłuszczów. NOORDEN w roku zeszłym wysłał wielu chorych osłabionych skutkiem różnorodnych i długotrwałych zaburzeń w trawieniu do Homburga, przyczem zalecił im obok picia solanki użycie w obfitości tłuszczów. Ani u jednego z tych chorych ani podczas leczenia ani po leczeniu nie zauważono żadnych zaburzeń w trawieniu. Chorzy wrócili zupełnie wyleczeni z powiększeniem wagi ciała o 15 kg. Podobne wyniki otrzymał DAPPER w swej lecznicy w Kissingen u chorych wyniszczonych przy współczesnym użyciu wody i znacznych ilości tłuszczu.

3) O wpływie solanek na przemianę białka. Próby dokonane przed laty 36-iu przez VOIT'a na psach a następnie przez innych, jak DEHN'a, MERING'a, MOSLER'a na ludziach zdrowych wykazały, że po użyciu soli kuchennej wydzielanie mocznika się zwiększa. Stąd powstało twierdzenie głoszone we wszystkich podręcznikach i broszurach (z miejscowości zdrojowych), że solanki przyspieszają przemianę białka t. j., że pod wpływem solanek więcej się w ustroju białka rozpada.

Jeden tylko KATZ (1894) na mocy poszukiwań na ludziach zdrowych przyszedł do przekonania, że pod wpływem soli kuchennej rozpad białka wcale się nie powiększa. Pierwszych prób na ludziach chorych dokonał DAPPER, a w części v. NOORDEN. Byli do tego użyci chorzy z zaburzeniami żołądkowo-kiszkowymi, dotknięci cukrzycą, otyłością. Ze wszystkich prób w tym kierunku dokonanych autorzy przyszedli do niewątpliwego przekonania, że użycie znacznej ilości solanki nie wywiera żadnego wpływu na przemianę białka. Szczególnie ważne są pod tym względem badania przeprowadzone u otyłych. Przy leczeniu odtłuszczającym, jak wiadomo, zmniejszyć należy ilość tłuszczu bez zmniejszenia ilości białka, aby nie wywołać upadku odżywiania. Jestto niewątpliwie zadanie trudne. Próby przeprowadzone przez autorów dowiodły, że można osiągnąć znaczne odtłuszczenie bez utraty białka. U chorych tego rodzaju autorowie z wielkim pożytkiem dla sprawy odtłuszczania i dla ogólnego stanu zdrowia stosowali znaczne ilości wody Kissingen lub Homburg. Powyższe fakty kliniczo-doswiadczone stwierdzone zapomocą bardzo starannych badań nad przemianą materii u otyłych zgadzają się z wieloletniem doświadczeniem, że leczenie otyłych solankami w Kissingen i Homburg prawie bez wyjątku daje znakomite wyniki i daleko rzadziej sprowadza takie przypadłości, jak osłabienie serca, mięśni i t. p., aniżeli przy innych metodach odtłuszczających ²⁾.

4) O wpływie solanek na wydzielanie kwasu moczowego. Solanki należą do grupy wód stosowanych dla zwalczania skazy moczowej i to niewątpliwie z dobrym wynikiem. Jakkolwiek podług przekonania autorów nie można na pewno powiedzieć, czy mamy uważać za dobry, zły lub obojętny znak, gdy chorzy na dnę więcej lub mniej wydzielają kwasu moczowego, jakkolwiek z zachowania się kwasu moczowego w moczu niepodobna na pewno wnioskować o przyrodzie i okresie sprawy dnawej, wszelako interesującym z niektórych względów wydało się autorom przekonanie się, jak zachowuje się wydzielanie kwasu moczowego pod wpływem solanek. Kilka prób w tym celu wykonanych przez DAPPER'a w jednym przypadku otyłości, w jednym przewlekłego otrucia wyskokowego z rozpoczynającą się sprawą gruźliczą i u jednego zdrowego (autor nie miał dotąd sposobności przeprowadzenia odpowiednich badań u chorych z prawdziwą skazą moczową) przekonały, że pod wpływem solanek ilość kwasu moczowego nieznacznie się zwiększa. Dalsze badania w tym kierunku są w biegu.

W pracy DAPPER'a znajdujemy jeszcze rozdział dodatkowy o użyciu owoców przy leczeniu zdrojowem, który ze względu na doniosłe znaczenie praktyczne podajemy. Wiadomo, że przy picu wody Kissingen, Homburg, Karlsbad, Maryenbad i t. p. surowo wzbronione jest spożywanie owoców surowych. Chcąc się przekonać o słuszności tego, D. przeprowadził kilka prób, podając chorym współcześnie wodę Kissingen i owoce surowe, przyczem wypróżnienia tych chorych były codziennie badane na konsystencję, zawartość związków azotowych i tłuszczów a jednocześnie zwracano szczególną uwagę na stan ogólny chorych. Na mocy prób w ten sposób przeprowadzonych, D. przekonał się, że jeśli pozwolić chorym w kilka godzin po wypiciu wody na spożycie większej ilości su-

²⁾ W ciągu ostatnich dwóch lat, t. j. od czasu, gdy wiadome mi się stały wyniki osiągnięte przez NOORDEN'a i DAPPER'a, stosowałem systematycznie przez kilka tygodni rozcieńczoną solankę clechocińską u kilku silnie otyłych, przyczem otrzymałem nie tylko znaczną utratę wagi ciała (15 do 20 funtów), lecz współcześnie poprawę stanu ogólnego i złagodzenie lub ustąpienie takich przykrych przypadłości, jak zmęczenie przy ruchach ciała, bicie serca, zawroty głowy i t. p. O przypadkach tych wkrótce podam bliższe szczegóły. (Przyp. refer.).

rowych owoców, to nie powstają bynajmniej żadne zaburzenia ani w trawieniu, ani w stanie ogólnym. Są chorzy, którym przy picciu wód należy bezwarunkowo zakazać użycie surowych owoców, lecz nie ze względu na picie wody, lecz z innych względów.

To samo odnosi się i do innych pokarmów i napojów. Wogólności jako prawidło przyjąć należy: leczenie zdrojowe samo przez się nie wyłącza żadnego pokarmu; tylko stan chorobowy jako taki może usprawiedliwić zakaz pewnych pokarmów i napojów przy picciu wód.

Zestawiając wszystko, co wyżej było powiedziane, wypada:

1) Poszukiwania nad wpływem wód mineralnych na sprawy dotyczące przemiany materii muszą, o ile to jest możliwe, być wykonane na ludziach chorych.

2) W licznych przypadkach zaburzeń żołądkowych, szczególnie przy nieżycie żołądka, użycie solanek zwiększa wydzielanie się kwasu solnego.

3) W wielu przypadkach nadmiernego wydzielania kwasu solnego, szczególnie przy niestrawnościach nerwowych, umiarkowane użycie solanek zmniejsza wydzielanie się kwasu solnego i usuwa przypadłości chorobowe.

4) Użycie solanek nie wymaga bynajmniej żadnej szczególnej (*Curgemässe*) diety. Szczególnie nie przeszkadza w odpowiednich przypadkach podawaniu przy picciu solanek tłuszczów w wielkich ilościach. I spożywanie owoców jest w odpowiednich przypadkach dozwolone.

5) Użycie wielkich ilości solanek nie upośledza wessania pokarmów szczególnie tłuszczów.

6) Rozpad białka nie zwiększa się pod wpływem użycia solanek, tak że solanki znajdują zastosowanie nawet tam, gdzie idzie o oszczędzenie białka w ustroju.

7) Wydzielanie kwasu moczowego pozostaje przy użyciu solanek niezmienione lub nieco tylko zwiększone.

Feliks Arnstein.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 16 marca r. b.

TREŚĆ. 1) KRAJEWSKI — Przedstawienie chorej po operacji naczyńlaka jamistego (*angiona cavernosum*) prawej kości czołowej. 2) NEUGEBAUER — Przedstawienie chorego z wnetrostwem przechodniem (*kryptorchismus temporarius*). 3) STANKIEWICZ — Przedstawienie dwóch kamieni nerkowych oraz preparatu *hydrocele bilocularis*. 4) Dalszy ciąg rozpraw z powodu odczytu HEIMANA p. t. „Z kaszlstyki powikłań chorób ucha i z chirurgii tychże powikłań“.

1) Trzydziestoośmioletnia kobieta, przedstawiona przez kol. KRAJEWSKIEGO, zauważyła była przed 12-tu laty w okolicy prawego guza czołowego guzik, który w ciągu 6-ju lat, nie wywołując żadnych dolegliwości, wyrósł do wielkości jaja gołębiego. Chora poddała się wtedy operacji, której dokonał s. p. MATLAKOWSKI i wyciął guz, który okazał się naczylniakiem jamistym *diploës* kości czołowej. W rok potem guz zaczął odrastać i doszedł wreszcie do wielkości jaja kurzego, powodując stały ból głowy, zawroty, od czasu do czasu wymioty oraz osłabienie wzroku

i szum w uszach. Kol. KRAJEWSKI znalazł przy badaniu płaski, twardawy, na wierzchołku dający się ucisnąć guz, którego podstawa miała około 4 cm. średnicy. Operacji dokonał w ten sposób, że po przeprowadzeniu cięcia skórno w postaci podkowy, zwróconej podstawą ku prawej skroni i odwinięciu płata skórno go, otoczył obwód guza szeregiem otworów, wywierconych trepanem DOYEN'a, które następnie połączył zapomocą dłuta i w ten sposób z łatwością wydobyl cały guz wraz z rąbką kości zdrowej oraz kawałkiem przyrosłej do dolnej jego powierzchni na przestrzeni 1 cm. opony twardej, w której otwór zamknął szwem katgutowym. Ponieważ część nowotworu sięgała do zatoki czołowej, wydlutował ją przeto, przyczem zatokę czołową otworzył na znacznej przestrzeni. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Badanie guza wykazało, iż był to naczyniak jamisty, rosnący przeważnie w głąb, skutkiem czego odpychał i uciskał istotę mózgową. Obecnie, w trzy miesiące po operacji na miejscu prawego guza czołowego widać rozległe wklęśnięcie; chora skarży się na sztywnienie w nogach, utrudnienie chodu oraz osłabienie wzroku głównie w oku prawem; sfera jej intelektualna nie uległa zmianie.

2) Kol. NEUGEBAUER przedstawił 26-letniego mężczyznę z wnetrostwem przechodniem (*kryptorchismus temporarius, descensus testiculorum voluntarius, migratio testiculorum, testiculi ambulantes*). Chory jest od lat 9-iu żonaty i bezdzietny; pocucie płciowe prawidłowe od 16-go roku życia, spółkowanie odbywa prawidłowo. Uwłosienie sromu kobiece, prącie małe; moszna w położeniu stojącym pusta, przy nachyleniu się chorego ku przodowi i wydęciu się, wsuwają się w nią z bardzo przestronnych kanałów pachwinowych, małe, zanikłe jądra, bardzo wrażliwe na ucisk i cofające się przy dotknięciu; przyjadrza i sznurki nasienne trudno przeto wymacalne. Przyczyny tego stanu patologicznego nie są znane. Leczenie zasadza się podług LARREY'a na noszeniu paska przepuklinowego po uprzednim ściągnięciu jąder do moszny.

3) Kol. STANKIEWICZ okazał dwa kamienie nerkowe wydobyte drogą operacyjną. Jeden z nich, barwy ciemno-brunatnej, złożony przeważnie z cystyny, przedstawia kształt półksiężycowaty z małymi wyrostkami, odpowiadającymi wgłębieniom miedniczki, którą wypełniał całkowicie, powodując zanik istoty nerkowej, zarosnięcie bliznowate moczowodu oraz rozrost tkanki łącznej, otaczającej nerkę. Drugi kamień, z kształtu podobny do poprzedniego, lecz składający się głównie z fosforanów, powodował nagromadzenie się ropy, w ilości przeszło pół litra. Nadto kol. STANKIEWICZ przedstawił *hydrocelem bilocularem*, wyłuszczoną 6-letniemu chłopcu i mającą postać dwóch woreczków złączonych z sobą przewodem, postać, przypominającą pęcherz pławny ryb; jeden z tych woreczków znajdował się w mosznie, drugi w jamie brzusznej, środek zaś odpowiadał kanałowi pachwinowemu. Podług VOLLBRECHT'a, który podobnych spostrzeżeń w literaturze naliczył 24, *hydrocele* tego rodzaju jest następstwem wadliwego rozwoju w okresie płodowym narządu GIRALDÈS'a, nie zaś wypukleniem przedotrzewnowem *processus vaginalis peritonei*.

4) W dalszym ciągu rozpraw nad odczytem kol. HEIMANA p. t. „Z kazuistyki powikłań chorób ucha i z chirurgii tychże powikłań“, pierwszy zabrał głos kol. GAJKIEWICZ. Zwraca on przede wszystkim uwagę na to, iż z ilości przytoczonych przez kol. H. przypadków ropni mózgowia, a także na zasadzie własnych spostrzeżeń, ropne cierpienia ucha środkowego muszą u nas być częstsze, niżby można było przypuszczać. Następnie kol. G. podnosi trzy fakty anatomiczne, ważne w sprawie ropni mózgowych. Prze-

dewszystkiem cierpienie ropne ucha środkowego szerzyć się może zazwyczaj wtedy, gdy cierpieniu ulegnie kość skalista, albo ku górze przez *tegmen tympani* w kierunku dołu czaszkowego średniego, wywołując tu zapalenie ropne opony twardej, lub ropień w zrazie skroniowym, albo też ku tyłowi, przez *aditus ad antrum* i komórki powietrzne wyrostka sutkowego i warunkować sprawę chorobową w dole czaszkowym tylnym: ropień zewnątrzoponowy, ropień mózdzku, zapalenie i zakrzep w zatoce poprzecznej. Następnie ropnie zarówno w zrazie skroniowym, jak i w mózdzku najczęściej sadowią się w dolnej ich części, co stwierdza związek ich przyczynowy z cierpieniem kości skalistej. Wreszcie stwierdzonym powszechnie faktem jest umiejscawianie się spraw ropnych wewnątrzczaszkowych nierównie częściej z prawej, niż z lewej strony. Co się tyczy o b j a w ó w, to najważniejsze z nich są z a b u r z e n i a m o w y. O ile ropień w zrazie skroniowym lewym nie powoduje niemoty ruchowej, której ośrodek znajduje się w zawoju czołowym dolnym lewym, ani też niemoty zmysłowej (WERNICKE, „Worttaubheit“ KUSSMAUL'a), której ośrodek, znajdując się w tylnej części lewego górnego zawoju skroniowego, znajduje się przeto zazwyczaj powyżej, ogniska ropnego, o tyle może być on przyczyną powstania tej postaci niemoty, którą FREUND nazwał wzrokową (*aphasia optica*), a którą spostrzegali i opisali w ostatnich czasach JANSEN, OPPENHEIM, ZAUFAL i A. PICK. Postać ta zasadza się na niemożności nazwania przedmiotu, chociaż chory go widzi i poznaje, z powodu zniszczenia włókien asocjacyjnych (*parciculus longitudinalis inferior*), łączących ośrodek wzrokowy w zrazie potylicowym z ośrodkiem zmysłowym mowy (Wortklangcentrum) w zrazie skroniowym i przebiegających na wysokości drugiego i trzeciego zawoju skroniowego, t. j. tam właśnie, gdzie jest najczęstsze siedlisko spraw ropnych; w tych przypadkach chory jednakże jest w stanie nazwać poprawnie dany przedmiot, skoro pobudzenie ośrodka zmysłowego mowy przyjdzie do skutku po innej drodze, nie wzrokowej, lecz np. węchowej lub słuchowej. Drugim objawem, spotykanym przy ropniu w zrazie skroniowym, jest (SAHLI, KNAPP, EULENSTEIN, LANNOIS, JABOULAY) ś l e p o t a p o ł o w i c z n a (*hemianopsia*), zależna od zniszczenia lub ucisku włókien, łączących ośrodek wzrokowy w zrazie potylicowym z *pulvinar thalami optici* i *corpus geniculatum externum*; objaw ten może mieć miejsce i przy ropniu zewnątrzoponowym, leżącym w dole czaszkowym średnim, gdy ropa uciśnie jeden ze szlaków wzrokowych, w tym jednak razie będziemy mieli do czynienia i z brakiem oddziaływania na światło tęczówki strony chorej. Co do r o z p o z n a n i a r ó ż n i c z k o w e g o, to kol. GAJKIEWICZ kładzie nacisk na przypadki, w których objawy, właściwe ropniom mózgowym, zależały od histeryi; w tych razach rozstrzygać powinno bliższe rozważenie pojedynczych objawów, przebieg cierpienia i wywiady. Omawiając wreszcie sprawę l e c z e n i a o p e r a c y j n e g o, mówca wypowiada się jako zwolennik sposobu WHEELER'a trepanowania wyrostka sutkowego, przy tym bowiem zabiegu usuwa się przedewszystkiem źródło cierpienia, następnie tą drogą najłatwiej dojść można do ogniska ropnego, wreszcie przy trepanowaniu czaszki przez wyrostek sutkowy otwiera się ropień w miejscu możliwie najniższym, gdzie właśnie najczęściej sadowią się ropnie zarówno zrazu skroniowego jak i mózdzku.

Kol. RYCHLIŃSKI podnosi ten z przypadków prelegenta, w którym leczenie rżęciovie usunęło objawy ropnia mózgowego, co skłoniło go do uważania cierpienia za przymiot mózgu. Zdaniem kol. R. porażenie w tym przypadku twarzy z jednej a kończyn z drugiej strony prędzej przemawiałoby za istnieniem ropnia gdzieś w tylnej części zrazu ciemieniowego lub przedniej potylicowego, o przebiegu przewlekłym, co dawać może od czasu do czasu objawy porażenia ogniskowego, cią-

gnąc się nawet dwa do półtrzecia roku. Następnie, z powodu przytoczonego przez kol. HEIMANA przypadku ropnia w zrazie czołowym pochodzenia nosowego, kol. RYCHLIŃSKI podnosi jeden szczegół, który spostrzegał przy uszko dzeniach zrazu czołowego, a który okazać się może ważnym wobec tego, że nienam pewnych oznak rozpoznawczych dla takich uszkodzeń, mianowicie porażenie swoiste u takich chorych z dolności rachunkowej.

Kol. SZUMLAŃSKI nie zgadza się z zapatrywaniem prelegenta co do łagodności ropni pochodzenia usznego bez zakrzepu zatoki poprzecznej, gdyż i takie przypadki mogą mieć nieraz przebieg bardzo ciężki i zdanie swoje popiera opisem przypadku. Co zaś do wspomnianej przez kol. GAJKIEWICZA możliwości wzięcia objawów histeryi za objawy ropnia mózgowego przytacza przypadek, w którym stało się wprost przeciwnie: dopiero nagła śmierć chorej przy braku zmian chorobowych ze strony innych narządów dowiodła, że bóle głowy, wymioty oraz niedowład nerwu twarzowego przy ropieniu przewlekłym w uchu środkowym, poczytywane za objawy histeryi, były właściwie objawami ropnia mózgu.

Kol. KRAJEWSKI w dłuższym przemówieniu podnosi przedewszystkiem tę okoliczność, że sprawa energiczniejszego postępowania przy powikłaniach wewnątrzczaszkowych chorób ucha jest obecnie na porządku dziennym w medycynie współczesnej, stąd zaś wypływa i konieczność porozumienia się co do rozpoznawania i leczenia takich przypadków. Co się tyczy danych anatomicznych, to pamiętać należy przedewszystkiem o tem, że powikłania wewnątrzczaszkowe zdarzają się w przeważającej ilości przypadków przy sprawach przewlekłych, stąd wypływa ta ważna wskazówka, żeby przy ropieniu przewlekłym z ucha występować z energicznym zabiegiem chirurgicznym, aby tym sposobem uprzedzić rozwój powikłań wewnątrzczaszkowych; zabieg ten polegać powinien na obszernej trepanacji wyrostka sutkowego i ewentualnie attykotomii STACKÉ'go, gdyż zabiegi połowiczne nie prowadzą do pożądanego celu. Drugim faktem anatomiczno-patologicznym jest ta okoliczność, że powikłania wewnątrzczaszkowe chorób uszu rozwijają się po większej części z bezpośredniego sąsiedztwa chorej kości, *per continuitatem*, wówczas gdy ogniska przerzutowe stanowią znaczną mniejszość, zdarzając się w stosunku 1:15 ogólnej ilości przypadków, przeto o kierunku, w jakim przedsiębrać mamy zabieg chirurgiczny, rozstrzygać mogą tylko w razie zupełnie wyraźnych objawów ogniskowych. Po trzecie wreszcie ropnica, wklajająca choroby uszu, nie może mieć miejsca bez udziału naczyń żylnych, czyli, że jej przyczyną zawsze być musi, zdaniem mówcy, *osteophlebitis processus mastoidei*. Mówca uzasadnia ten pogląd, zarówno jak poprzedni, opisami spostrzeganych przez siebie przypadków. Odnośnie do klinicznej strony powikłań chorób ucha, to mogą one przedstawiać się albo w postaci rozlanego ropnego zapalenia opon, albo zakrzepu zatoki poprzecznej, albo ropnia wewnątrzczaszkowego przedoponowego lub mózgowego, albo też wreszcie w postaci podrażnienia opon mózgowych (*meningismus*). Objawy rzeczonych powikłań są, w początkowych zwłaszcza okresach choroby, jednak owe dla nich wszystkich, a dadzą się one podzielić na trzy grupy: 1) dowodzące istnienia ropienia (gorączka), 2) objawy zależne od powiększenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego (ból głowy, wymioty, zwolnienie oddechu i tętna, brodawka zastoinowa, i t. p.), wreszcie 3) objawy ogniskowe, które, przy najczęściej w tych razach spotykanych ropniach w zrazie skroniowym lub mózdzku, mogą się ograniczać do pewnych postaci niemoty, do widzenia połowicznego, do charakterystycznego zataczania się i t. p. Rozpoznawanie przeto opierać się winno na uwzględnieniu wszystkich

przytoczonych powyżej objawów, z których najczęściej spotykamy się z połączeniem pierwszej ich grupy z drugą; może najpewniejsze dane rozpoznawcze posiadamy przy zakrzepie zatoki esowatej, któremu oprócz typu ropniczego gorączki, towarzyszy obrzmienie gruczołów podżuchwowych, stwardnienie żyły szyjowej i t. d. Co się tyczy leczenia, to przy wystąpieniu jakichkolwiek objawów mózgowych w przebiegu choroby ucha, przede wszystkim należy, zdaniem kol. KRAJEWSKIEGO, wykonać obszerną trepanację z usunięciem całej chorobowo zmienionej kości, obnażeniem zatoki esowatej i ewentualnem usunięciem zakrzepu; uprzednie podwiązanie żyły szyjowej nie jest potrzebne; co do nakłówania próbnego zatoki, to należy go unikać, żeby tą drogą nie wprowadzić do jej wnętrza zarazków. Po tym zabiegu rozlane objawy mózgowie niejednokrotnie znikają zupełnie; jeśli jednak trwają dalej, to po upływie 24—48 godzin należy przedsięwziąć operację powtórna i przez utorowaną już poprzednio drogę opróżnić ropień przedoponowy, *resp.* otworzyć ropień w zrazie skroniowym lub mózdzku. Sposób ten operowania ma przede wszystkim tę zaletę, że pozwala zapomocą jednego otworu dostać się i do zrazu skroniowego i do mózdzku, pozwala nadto na wytworzenie sobie swobodnego dostępu do miejsc zajętych przez wydłutowanie dostatecznego kawałka łuski lub części sutkowej kości skroniowej. Co do techniki poszukiwania i otwierania ropni mózgowych, to zarówno oponę twardą jak i samą istotę mózgu należy nacinać, nie zaś nakłówać.

Kol. GABSZEWICZ wypowiada zdanie, że przy leczeniu ropni mózgowych operacja osteoplastyczna WAGNER'a, jaką prelegent zastosował w jednym ze swych przypadków, jest nieodpowiednia, uniemożliwiając śledzenie gojenia się ropnia. Przytacza następnie dwa operowane przez siebie przypadki. W pierwszym, przy wycieku ropnym z ucha lewego, podejrzewano ropień w okolicy zwoju BROCA; trepanacja wyrostka sutkowego oraz okolicy zwoju promieniowego ropnia nie wykryły; znaczną poprawę spowodowało stosowanie wewnętrzne jodku potasu. W drugim przypadku, przy istniejącem od pół roku ropieniu z ucha oraz przetocze na wyrostku sutkowym bez żadnych innych objawów, przy trepanacji wyrostka sutkowego znaleziono powyżej niego ropień przedoponowy.

Kol. HEIMAN w odpowiedzi zaznacza, że do powstawania ropnia pochodzenia mózgowego nie zawsze potrzebne jest próchnienie lub zgorzel kości skalistej, jak to utrzymuje kol. GAJKIEWICZ: ropa dostać się może do wnętrza czaszki i przez *fissura petroso-squamosa*, *porus acusticus internus* i t. d.; zdarzają się nadto przypadki, w których niema nagromadzenia ropy między oponą twardą i kością, gdyż mózg jest bezpośrednio zrośnięty z oponą, ta zaś z kością; w innych razach jama ropnia mózgowego połączona jest kanałem wprost z jamą bębenkową lub wyrostkiem sutkowym; wracając do swego pierwszego przypadku, kol. H. powtarza, że jego zdaniem niemota nie była tu afazją optyczną *resp.* optyczno-akustyczną, lecz prawdziwą afazją amnestyczną. Co do przypuszczenia, zrobionego przez kol. RYCHLIŃSKIEGO co do istnienia w jednym z przypadków ropnia przewlekłego, to H. nie odrzuca go bezwzględnie, uważa je jednak za mało prawdopodobne ze względu na przebieg. Odnośnie do uwagi kol. SZUMLAŃSKIEGO o „łagodności“ ropni bez zakrzepu zatoki poprzecznej, to wyrażenie to ma znaczenie tylko względne i określa, że rokowanie w tych przypadkach nie jest tak stanowczo niepomyślne, jak w ropniach zakrzepowych. Na uwagi kol. KRAJEWSKIEGO kol. HEIMAN odpowiada, że swój sposób operowania oparł na bardzo długim i rozważnym namyśle i że daje on możliwość uratowania nieraz takich chorych, którzy dawniej niewątpliwie niemal skazani byli na śmierć w następstwie zapalenia mózgu lub zakażenia ogólnego.

To, że możemy po otworzeniu czaszki nie znaleźć ropnia, nie obniża wartości metody, samo zaś otwieranie czaszki nie jest zabiegiem niebezpiecznym. Nakłócie lub nacięcie zatoki poprzecznej często okazuje się niezbędne dla możliwości stanowczego rozpoznania istnienia zakrzepu i nie może być szkodliwe dla chorego przy zachowaniu—rzecz prosta—odpowiednich ostrożności. W każdym razie najlepszym probierzem wartości metody kol. HEIMANA są przedstawione przezeń fakty w postaci chorych wyleczonych. Kol. HEIMAN zgadza się z kol. KRAJEWSKIM co do konieczności energicznego zabiegu przy ropieniach przewlekłych z ucha w celu uniknięcia powikłań ze strony jamy czaszkowej oraz co do obszerności trepanacji wyrostka sutkowego, wszelako leczenie chirurgiczne niezawsze w tych przypadkach jest wskazane, następnie zaś najczęściej chorzy nie chcą się na nie zgodzić.

Kol. GAJKIEWICZ zaznacza z powodu uwagi kol. KRAJEWSKIEGO o istnieniu gorączki przy ropniach mózgu, że właśnie przy nich ciepłota ciała się nie podnosi, a nawet trzyma poniżej normy.

Notatki bibliograficzne.

JANOWSKI. O znaczeniu dyagnostycznym i prognostycznym dokładnego badania tętna.

(Odczyt kliniczny. Serya IX. Zeszyt 97 i 98. Wydanie Gazety Lekarskiej 1897).

Bardzo piękną i bardzo pożyteczną pracę przysłużył się autor piśmiennictwu lekarskiemu polskiemu. Literatura nasza nie posiada prawie wcale prac w tym kierunku, a i zagraniczna od czasu pracy RIEGEL'a nie wydała niczego, coby obejmowało całokształt nauki o badaniu i znaczeniu tętna. Wprawdzie w dyagnostykach uwzględniane są główne punkty, lecz z natury rzeczy wynika, że ważne braki zachodzić muszą. Dla nas praca na ten temat ma tem większe znaczenie, że znaczna część młodych lekarzy, dzięki prawdopodobnie szkole, z której wychodzą, zaniedbuje ścisłego spostrzegania tego tak ważnego zjawiska, lub też zadawałnia się zaznaczeniem częstości tętna, mało zwracając uwagi na wszystkie jego cechy, co przecież ma pierwszorzędne niekiedy znaczenie dla rokowania.

W pracy kol. JANOWSKIEGO znajdujemy rozbiór 20 rodzajów tętna, określenie każdego rodzaju, wyliczenie w jakich chorobach się napotyka, oraz rozpoznawcze i prognostyczne znaczenie poszczególnych rodzajów tętna.

Praca ta jest zupełnie samodzielna, oparta na własnych spostrzeżeniach i badaniach, wykonanych w oddziale kol. DUNINA, któremu też autor pracę swą poświęcił.

Zupełny brak powoływania się na innych autorów, rozbierania, obalania lub potwierdzania ich poglądów jest, zdaniem mojem, bardzo dodatnią stroną pracy, która nie miała na celu odkrywania nowych horyzontów, wypowiedzania pewnych nowych idei, lecz chciała zaznajomić z obecnym stanem nauki o badaniu tętna i przypomnieć niezmiernie ważne jego znaczenie. Praca w ten sposób zyskała tylko na jasności, zwięzłości i znaczeniu dydaktycznem.

Wydaje mi się, że autor, pomimo kilkakrotnego zastrzegania się, zbyt wiele wagi przywiązuje do praktycznego znaczenia sfigmogramów i za wiele liczy na przyrząd, mówiąc, „że dzięki niemu jesteśmy w stanie odbić na papierze najmniejsze zmiany w charakterze tętna“. Ucząc się w szkole, która na badanie tętna dużo zwracała uwagi, zdejmowałem tętno sfigmografem bardzo często i wielokrotnie mogłem się przekonać, pomimo dużej wprawy w badaniu, że u tego samego oso-

bnika w tychże samych warunkach różnice krzywych tętna były bardzo znaczne i że często rysunek nie odpowiadał temu, co niewątpliwie palcem wyczuć się dało. Niejednokrotnie też podobne zdanie słyszałem z ust prof. RIEGEL'a, który w badaniach tych doszedł do zupełnej doskonałości.

Wyliczanie dość szczegółowe poszczególnych stanów patologicznych, w których takie a takie tętno spostrzegać się daje, nie jest zupełnie właściwe, gdyż charakter tętna od tak różnych czynników, wpływ swój na serce i na naczynia wywierających, zależy i tak różnym zmianom w tej samej chorobie ulegać może i ulega, że zbytnie schematyzowanie do wyciągania wniosków prognostycznych i rozpoznawczych przyczynić się nie może. „Tętno twarde, mówi naprzykład autor, towarzyszyć może i zapaleniu opon mózgowych pomimo wysokiej gorączki“ (str. 8), ale spostrzegamy i odwrotne zachowanie się tętna: „tętno małe i rzadkie przy braku gorączki każe przedewszystkiem pomyśleć o możliwości istnienia nowotworu złośliwego“ (str. 41) i t. p.

Rozumiem dobrze, że autor nie każe nam opierać się na tym jednym objawie, lecz że należy patrzeć nań, jako na punkt wytyczny (str. 16), lecz są to bardzo niestałe i chwiejne wytyczne.

Co do rzeczy poszczególnych, to chciałem jeszcze zwrócić uwagę, że twardość tętna w mocznicy objaśnia autor drażniącym działaniem odnośnych związków trujących na ośrodki i nerwy naczynioruchowe. Daleko prawdopodobniejsze, niż to hipotetyczne, wydaje mi się objaśnienie powstawania twardości tętna w mocznicy w sposób, jaki wynika z moich doświadczeń, które dowiodły, że ilość krwi podczas mocznicy w korycie naczyniowym znacznie się zwiększa, wskutek czego wytwarza się *hypertensio art.* wywołująca twardość tętna. Zdanie, że 110 uderzeń tętna w tyfusie brzuszny daje rokowanie fatalne, jest przesadzone, zarówno jak i uwaga, że przy stałej niemiarowości łada choroba prowadzi prawie zawsze do śmierci chorego.

Co do języka, który jest jasny i potoczny, to zwrócę uwagę na kilkakrotnie powtarzające się „wskazywać na“, co jest błędne i na nadmierne posilkowanie się wyrazami cudzoziemskimi (arterioskleroza, lokalizacja i t. d.), na które mamy bardzo właściwe wyrażenia polskie. Autor też stale używa wyrażenia „ścianki“ naczyń, zamiast ściany.

Wszystkie te jednak drobne różnice w zapatrywaniach nie odejmują znaczenia pracy kol. JANOWSKIEGO, która zawiera wszystko, co o danym przedmiocie powiedzieć można było i z której każdy lekarz wielką korzyść wynieść może.

Władysław Bruner.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BIENWAŁD spostrzegł dwuletniego chłopca chorego na krwawiączkę, u którego rana powierzchowna na czole krwawiła pomimo stosowania w przeciągu dłuższego czasu odpowiednich środków. Ponieważ krew chorego pozostawiona w naczyniu przez dni kilka się nie ścięła, B. wpadł na myśl wstrzyknięcia do rany krwi normalnej, dobrze krzepnącej; kilka gramów krwi wydobytych zapomocą strzykawki PRAVAZ'a z żyły pośrodkowej (*v. mediana*) babki chłopca

zostało natychmiast po wydobyciu wstrzyknięte w ranę; w kilka minut później rana wyschła i szybko się zagoiła pod lekkim opatrunkiem. Być może, że wytwarzający się skrzep szczególniej zataponował ranę, niż poprzednio stosowane opatrunki, autor jednak sądzi, że wprowadzone wraz z krwią do rany składniki, których we krwi chorego brakło, spowodowały utworzenie się zakrzepów w krwιάcych naczyniach. (Deutsch. med. Wochenschr. N. 2. 1897). M. B.

Wiadomości bieżące.

— Zwracamy uwagę kolegów, chcących stosować nowy preparat Koch'a, R tuberkulinę w celach leczniczych, iż koledzy: L. NENCKI, MĄCZEWSKI i ŁOGUCKI, (patrz „Gaz. Lek.“ Nr. 19 z r. b.) badając preparat ten mikroskopowo, znaleźli w nim pneumokoki, paciorkowce i gronkowce, t. j. najjadowniejsze chorobotwórcze pasożyty i to nie w jednym preparacie, lecz w trzech, pochodzących z trzech oddzielnych fiaseczek różną datę noszących. Preparatysprowadzono ze znanej fabryki Meister Lucius et Brünnig z Höchst nad Menem. Powodem, który skłonił do tych poszukiwań, był zbyt silny odczyn jaki po każdym zastrzyknięciu w ilości jednej pięćsetnej miligramu R tuberkuliny u tegoż samego osobnika otrzymywano. Zastrzyknięć było trzy, zawsze ze zbyt silnym odczynem, nieproporcjonalnym do odczynu jaki opisuje KOCH. Otrzymał przez wymienionych kolegów hodowle z tych pasorzytów potwierdzają w sposób stanowczy ścisłość ich badań. Ktoby chciał zatem nowy preparat Koch'a stosować, powinien go poddać uprzedniemu ścisłemu zbadaniu, co nie dla każdego lekarza, szczególnie na prowincyi, jest możebne.

Lekceważenia życia i zdrowia ludzkiego chyba dalej nie można posunąć, niż to sławna na cały świat firma niemiecka zrobiła.

— D-r M. FLAUM, znany popularyzator rzeczy pożytecznych z zakresu przyrodzownawstwa, ogłosił 3 prace wydane nakładem Paprockiego i Sp. z dziedziny anatomii, a mianowicie: 1) Ciało człowieka, 2) Anatomia głowy ludzkiej wraz z szyją i 3) Oko ludzkie i organy pomocnicze. Wykład jest ściśle poglądowy, na podstawie bardzo dobrych rysunków kolorowanych, które ułożone na sobie warstwami i jako dyptyki lub tryptyki się otwierające, naśladują wza-

jemny stosunek części składowych ciała w naturze, i dają dokładne pojęcie o jamach ciała. Chociaż prace te przeznaczone są dla nielekarzy, zwracamy na nie uwagę z tego powodu, że publikacje podobne, zwłaszcza tak jasnym i niedrobnostkowym wykładem się odznaczające, są bardzo pożyteczne dla szerokiego ogółu, jako przygotowanie do zrozumienia wielu rzeczy z zakresu przyrodzownawstwa, jak również i wielu spraw z zakresu higieny. Z tego punktu widzenia oceniane prace podobne zasługują na rozpowszechnienie i winny być wyróżnione od podryśników o popularnem leczeniu traktujących, a wprowadzających zamęt w pojęciach, rozwijających zgubną manię samoleczenia, i nieraz stanowiących dla lekarza poważną przeszkodę w metodycznym przeprowadzeniu leczenia.

— Ziemstwa w Rosyi obszernie stosują surowicę przeciwbłoniczą. Ze sprawozdania ziemstwa gub. Woroneskiej za styczeń r. b., widać iż na 1127 chorych w celach ochronnych zastrzykiwano surowicę 119 chorym, w celach leczniczych 858. Ogólna odsetka śmiertelności wyniosła 15%.

— Epidemia dżumy w Bombaju zmniejsza się, gwałtownie zaś występuje w Poonah i Kawachee. Śmiertelność wynosi 75%.

— Na 154 papug, badanych w Instytucie weterynaryjnym w Berlinie u 56 znaleziono gruźlicę.

— D-r MARZA, badając bakteriologicznie pył zebrany w 5 iu kawiarniach miejskich, znajdował w 1 gramie od 1,560,000 do 3,170,000 bakterii. Zapomocą hodowli oraz szczepień do jamy brzusznej i pod skórę świnkom morskim w badanym pyłe dowiódł obecności białego i żółtego gronkowca, diplokoków FRAENKEL'a i dwa razy lasecznika grzlicy.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów cennik Apteki D-ra A. T. Heinricha na rok 1897.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доволено Цензурою. Варшава, 1 Мая 1897 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.