

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 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do badań toksykologicznych i chemicznych nad lasecznikiem gruźlicy. Podał W. Szumowski. — Przypadek urazowego rozdarcia cewki kroczonej oraz uwagi o leczeniu ciężkich urazów cewki. Podał dr S. Groszlik. — Wykłady kliniczne. Przyczyny bezładu w władzy rdzenia. — Streszczenia i wyciągi. 158. Jak, dlaczego i w jakich przypadkach kamicy żółciowej działa leczenie karlsbadzkie i dlaczego zapatrywania się chirurga i lekarza karlsbadzkiego na rokowanie i leczenie kamicy żółciowej tak znacznie się różni? 159. Badania nad stosowaniem t. zw. metody sklerogenetycznej prof. Lannelongue'a. 160. O przekłucie osierdza. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 6 i 20 września r. b. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Szumowski — Contribution aux recherches toxicologiques et chimiques du bacille tuberculeux. 2) D-r S. Groszlik — Un cas de déchirure de l'urèthre périnéale avec de remarques sur le traitement des lésions graves de l'urèthre.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak. Przedm. 7.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Szumowski — Ein Beitrag zu toxicologischen und chemischen Untersuchungen ueber den Tuberkelbacillus. 2) D-r S. Groszlik — Ein Fall von traumatischer Zerreissung der perinealen Harnröhre nebst Bemerkungen ueber die Behandlung schwerer Verletzungen der Harnröhre.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Z PRACOWNI PATOLOGII OGÓLNEJ I BAKTERYOLOGII PROF. USZYŃSKIEGO
W UNIWERSYTECIE WARSZAWSKIM.

PRZYSZYNEK DO BADAŃ TOKSYKOLOGICZNYCH I CHEMICZNYCH NAD LASECZNIKIEM GRUŻLICY*).

Podał

W. SZUMOWSKI student medycyny.

I.

Początek nauce o toksynach gruźliczych dały prace z pierwszych lat bieżącego dziesięciolecia KOCH'a¹⁾, MAFFUCCI'ego²⁾, STRAUS'a i GAMALEIA³⁾, PRUDDEN'a i HODENPYL'a⁴⁾, VISSMANN'a⁵⁾, KOSTENITSCH'a⁶⁾, GRANCHER i LE-

*) Artykuł niniejszy jest streszczeniem obszerniejszej pracy na temat: „Badania nad hodowlami gruźlicy na odżywkach bezbiałkowych“, nagrodzonej złotym medalem przez wydział lekarski uniwersytetu warszawskiego. Praca ta drukowana będzie w całości na innem miejscu.

1) Deut. med. Woch. 1891, str. 101 i 1189.

2) Centr. f. allg. Pat. u. pat. Anat. 1890.

3) Arch. de med. exp. 1891.

4) Straus. La tuberculose. 1895.

5) Virch. Arch. Bd. 129. 1892.

6) Arch. de med. exp. 1893.

DOUX-LEBARD'a⁷⁾, ABEL'a⁸⁾) i wreszcie MASUR'a⁹⁾), które dowiodły, że w martwych lasecznikach gruźlicy, zabitych w ten lub w inny sposób, znajduje się ciało, jadowne dla ustroju zwierzęcego. Według STRAUS'a i GAMALEIA, których praca jest najwięcej wyczerpująca, królik, otrzymawszy przez wprowadzenie do krwi pewnej ilości laseczników martwych, zaczyna po upływie kilku dni chudnąć i, tracąc stopniowo z dnia na dzień na wadze, dochodzi niekiedy po kilku tygodniach do połowy swej początkowej wagi i w końcu ginie z wycieńczenia. Rzecz prosta, że, gdy raz zostało dowiedzione istnienie jadu w ciałach laseczników gruźlicy, to należało w dalszym ciągu jad ten z laseczników wydobyć i zbadać. Niestety, w tym kierunku mało dotychczas podejmowano usiłowań. Przypisać to w znacznej mierze należy temu, że wyniki badaczy są zbyt gorączkowo skierowane ku wynalezieniu środka przeciw gruźlicy. Tymczasem ani chwili nie należy zapominać o badaniach wyżej wymienionych autorów, które wyraźnie wskazują, że zadaniem terapii gruźlicy być winno nie tylko powstrzymanie dalszego rozwoju laseczników w ustroju, ale i zobojętnianie tych jadów, które ustrój sam wyciąga z bakterii już martwych, a to tem bardziej, że im więcej ustrój jadami gruźliczymi jest zatruty, tem się staje skłonniejszy do coraz to nowego zakażenia gruźlicą. Zdaje mi się, że wszelkie próby uodparniania przeciw gruźlicy będą miały więcej szans powodzenia wówczas, gdy poznamy toksyny gruźlicze.

Zauważyć należy, że toksyny gruźlicze zasadniczo się różnią od toksyn bakterii, np., tężca, błonicy, cholery i t. p. pod dwoma względami: po pierwsze lasecznik gruźlicy nie wszystkie toksyny, wytwarzane przez siebie, wydziela do podłoża, a przeciwnie, w własnem ciele większość zatrzymuje [STRAUS¹⁰⁾, GAMALEIA¹¹⁾, HAMMERSCHLAG¹²⁾, HERICOURT i RICHET¹³⁾ i inni] tak, że część plynna hodowli bulionowej, oddzielona od bakterii, nie jest prawie wcale jadowna, wywołując tylko podniesienie ciepłoty, gdy pewna ilość samych laseczników gruźlicy, zabitych bądź gotowaniem, bądź działaniem światła, bądź w inny sposób, jest wstanie zwierzę zabić po wprowadzeniu temu ostatniemu laseczników pod skórę lub do krwi; powtóre, śmierć zwierzęcia, o ile następuje, poprzedzona bywa przez chorobę w większości przypadków bardzo przewlekłą z objawami daleko mniej wyraźnymi, niż to ma miejsce np. przy doświadczalnem badaniu toksyn tężca.

Spostrzeżenia kliniczne i pośmiertne badania anatomopatologiczne pozwalają działaniu toksyn gruźliczych w ustroju ludzkim przypisać: zmiany ciepłoty, poty nocne, powolne zapadanie ustroju w stan wyniszczenia, tworzenie się gruzelków i ich nekrozę; prócz tego z działaniem toksyn gruźliczych łączono na zasadzie rozumowań teoretycznych znajduwane często po śmierci zwyrodnienie tłuszczowe narządów wewnętrznych, a zwłaszcza wątroby (le foie gras autorów francuskich, por: HANOT i LANTH¹⁴⁾). Tego wszystkiego szukać należy u zwierząt przy doświadczalnem zatrutowaniu ich toksynami gruźliczymi.

⁷⁾ Arch. de med. exp. 1892.

⁸⁾ Deut. med. Woch. 1892.

⁹⁾ Ziegl. Beitr. Bd. XVI. 1894.

¹⁰⁾ La tuberculose. 1895.

¹¹⁾ Arch. de méd. exp. 1891.

¹²⁾ Centr. f. klin. Med. 1891.

¹³⁾ Soc. de biol. 1891

¹⁴⁾ Etudes exper. et clin. sur la tuberc. T. I. 1887.

Co się tyczy zmian ciepłoty, to te otrzymać doświadczalnie u zdrowego zwierzęcia jest dość łatwo, mianowicie jednorazowe zastrzyknięcie pierwszej tuberkuliny KOCH'a w małej ilości, (1 ctm. sz.) lub przesączu hodowanego w większej ilości (10 ctm. sz.) wywołuje u zwierzęcia mniej lub więcej znaczne podniesienie ciepłoty, przyczem zauważyć się daje (ARLOING¹⁵) pewien jakby okres utajenia, po którym ciepłota raptownie dochodzi do swego *maximum*. Gatunek zwierzęcia, a nawet jego indywidualność gra tu ogromną rolę, a wahania wielkości dawek i podniesień ciepłoty są, biorąc ogólnie, bardzo znaczne. Większość autorów na to się zgadza, że ciało, wywołujące podniesienie ciepłoty, znajduje się w części płynnej hodowli, t. j. jest wydzielane przez laseczники do podłoża.

Poty suchotników nie są jeszcze doświadczalnie wyjaśnione. CADOT i ROGER¹⁶), sądząc, że mogą otrzymać wydzielenie potu przez wprowadzenie do ustroju produktów przemiany materii laseczników gruźliczych, zastrzykiwali koniom tuberkulinę i mocz suchotnika, który się bardzo pocił, wyniki jednakże otrzymali ujemne. MARAGLIANO¹⁷) twierdzi, że jeżeli przesącz hodowany zgęścić przy 30°, to on w gruźliczym ustroju wywoła wydzielenie potu, przy wysokiej zaś ciepłocie przesącz tę własność traci.

Dalej, każdy, kto robił badania doświadczalne nad gruźlicą wie, że te króliki i świnki morskie, które otrzymywały produkty przemiany materii laseczników gruźlicy bądź w tuberkulinie, bądź w inny sposób, zwłaszcza kilkakrotnie, źle się potem chowają i niekiedy wprost giną przy ogólnym zaniku. Wprowadzenie królikowi lub śwince pewnej ilości laseczników martwych, jak to już wyżej wymieniłem, działa na te zwierzęta zabójczo, wywołując u nich stan wyniszczenia¹⁸), przyprowadzając o śmierć.

Badanie pośmiertne takich zwierząt wykazuje, że w tych miejscach, gdzie się laseczники zatrzymały, tworzy się skutkiem drażniącego działania toksyn gruzełek z komórek nabłonkowych, niekiedy nawet i olbrzymich i nacieczenia drobnokomórkowego, poczem wszystko, dzięki działaniu tych samych toksyn ulega nekrozie. WEYL¹⁹) wydobyl z samych laseczników substancję, która, zastrzyknięta śwince lub myszy pod skórę, wywołała nekrozę skóry²⁰).

Co się tyczy zwyrodnienia tłuszczowego narządów wewnętrznych, a zwłaszcza wątroby, to to doświadczalnie dotąd otrzymane nie było.

Taki jest dotąd w głównych zarysach stan nauki o toksynach gruźlicy.

Zajmując się w pracowni prof. USZYŃSKIEGO badaniami nad lasecznikiem gruźlicy, robiłem między innymi i doświadczenia z toksynami gruźliczemi.

¹⁵) Congrès de la tuberc. 1891 i Arloing — Leçons sur la tuberculose, 1892.

¹⁶) Soc. de biol. 1893.

¹⁷) Berl. klin. Woch. 1896.

¹⁸) MASUR (Złegl. Beitr. Bd. XVI. 1894) nie zgadza się na to, żeby martwe laseczniki mogły doprowadzić królika do śmierci, znajdował wprawdzie pewne zmiany w narządach, które przypisuje działaniu toksyn, lecz i te były nieznaczne. MASUR miał prawdopodobnie do czynienia z bardzo słabą hodowlą gruźlicy.

¹⁹) Deut. med. Woch. 1891.

²⁰) Na tem miejscu należy wspomnieć o pracy SCHWEINITZ'a i DORSET'a (Centr. f. Bakt. u. Paras. 1897), którzy twierdzą, że otrzymali w czystym stanie toksynę gruźlicy z przesączu hodowli na płynie bezbiałkowym SCHWEINITZ'a. Toksyna ta o nader ciekawych właściwościach chemicznych (ciało krystaliczne, odczynu buletowego nie daje, budowa cząsteczki $C_7H_{10}O_4$), zastrzyknięta śwince prosto przez skórę do mięsna wątroby, ma wywoływać nekrozę koagulacyjną mięsna. Ciało to znajduje się zawsze w płynnej części hodowli i tylko niewielką jego ilość udaje się otrzymać z samych laseczników. Sprawdzić pracy SCHWEINITZ'a i DORSET'a nie miałem możności, ponieważ autorowie nie przytoczyli sposobu wydobycia swej toksyny, poprzestając na kilku nieokreślonych słowach. Z tego powodu tem więcej autorowie amerykańscy nie bardzo na wiarę zasługują.

Doświadczeń tych, które będą w dalszym ciągu prowadzone, zrobiłem dotąd bardzo mało, ponieważ pracę musiałem na termin ogłosić, sądząc jednak, że nie będzie bez znaczenia, gdy wyniki dotychczasowych badań w niniejszym streszczeniu podam.

Przedewszystkiem chciałem wydobyć z podłoża tę niewielką ilość toksyn, które bakterye gruźlicy do podłoża wydzielają, a względnie, mówiąc ogólnie, produkty przemiany materyi laseczników, znajdujące się w podłożu. W tym celu używałem hodowli gruźlicy na płynach bezbiałkowych USZYŃSKIEGO²¹⁾ lub SCHWEINITZ'a²²⁾. Obfitą hodowlę przesączałem przez filtr DIAKONOW'a, poczem z przesączem postępowałem według metody BRIEGER'a i COHN'a²³⁾, używanej przez tych ostatnich do wydobywania toksyny tężca. Przesącz nasyciałem siarczanem amonu, skutkiem czego otrzymywałem na powierzchni płynu dość obfity strą, którego jednakże nie można było zebrać łyżeczką, jak się to zwykle czyni przy podobnem postępowaniu z hodowlami bulionowemi. Przesączałem tedy płyn przez bibulę, zmoczoną uprzednio nasyconym roztworem siarczanu amonu, osad, pozostały na bibule, starannie przemywałem tym samym roztworem i wreszcie, zebrawszy osad na tabliczkę z gliny porowatej dla uwolnienia go od nadmiaru płynu i soli amonowej, suszyłem go w próżni nad kwasem siarczanym.

Otrzymana substancja przedstawiała w czystym stanie bez domieszki podłoża produkty przemiany materyi laseczników gruźliczych z niewielką ilością pozostałego siarczanu amonu. Swoją drogą nie mogę twierdzić, żem wydobył z przesączu hodowli bezbiałkowej wszystkie produkty przemiany materyi laseczników gruźlicy, ponieważ płyn po usunięciu strątu pozostawał tak samo zabarwiony na żółto-brunatno barwnikami, wytworzonymi przez czas wegetacyi bakteryi. Zbadać atoli stopień toksyczności pozostałego płynu było zbyt trudno, ponieważ płyn był nasycony siarczanem amonu, którego usunąć bez sposobów, psujących nietrwałe toksyny, nie miałem możności.

Otrzymana substancja jasno-brunatnego koloru posiada swoisty zapach hodowli laseczników gruźlicy, rozpuszcza się w wodzie, dając roztwór mocno opalizujący, daleko lepiej się rozpuszcza w słabym ługu, z którego się strąca przy podkwaszaniu, nie rozpuszczając się w nadmiarze kwasu; przy gotowaniu nie strąca się; daje wyraźnie, lecz słabo, odczyn biurowy MILLON'a i ksantoproteinowy; z kwasem octowym i żółtym żelazosinkiem potasu daje nie duży strą po upływie 12 godzin, tak samo z kwasem octowym i siarczanem sodu. Te odczyny wskazują niewielką ilość białka, znajdującego się w wydobytej substancji, a względnie w przesączu hodowli bezbiałkowej. Płyn, pozostały po oddzieleniu strątu, odczynów białkowych nie dawał.

Substancja owa, wprowadzona zdrowej śwince morskiej pod skórę w ilości 0,1 gm. w roztworze słabo zasadowym, podniosła ciepłotę o 1,4° C. po upływie 24 godzin. Na dalsze zastrzykiwanie tej samej toksyny świnka oddziaływała coraz słabiej i żadnych objawów zatrucia u niej nie spostrzegalem.

²¹⁾ Aquae destil. 1000,0, calcii chlorati 0,1, magn. sulfur. 0,2, natrl chlorati 6,0—7,0, kalii biphosphoric 1,5, natrl phosphoric 0,7, ammonii lactici 6,0—7,0, glycer. 60,0, natrl asparaginic 3,0—4,0 (Arch. de méd. exp. 1893, Nr. 3, Centr. f. Bakt. Bd. XIV, 1893).

²²⁾ Aquae 1000,0, magn. sulfuricae 1,2, kalii biphosphor. 1,0, ammonii phosphor. 10,0, natrl chlorati 10,0, asparagini 2,0 glycerini 70,0 ctm. sz. (Bulletin médical. 1894 str. 299).

²³⁾ Zeltschr. f. Hyg. u. Inf. Bd. XV. 1893 i Bd. XIX, 1895.

I. Królik umiarkowanej budowy, dość chudy.			II. Królik słabej budowy.			III. Królik silnej budowy.			IV. Królik bardzo silnej budowy.		
Data	Ilość zastrzyk. pł. w ctm. sz.	Waga w gm.	Data	Ilość zastrzyk. pł. w ctm. sz.	Waga w gm.	Data	Ilość zastrzyk. pł. w ctm. sz.	Waga w gm.	Data	Ilość zastrzyk. pł. w ctm. sz.	Waga w gm.
30. XI.	6	1180	11. II.	6	1320	23. II.	4	1950	4. VIII.	10	1775
1. XII.	9,5	1095	12	6	1325	24		1890	5		1875
2		1070	13		1270	26	3	1890	6		1890
3	5	1070	14		1230	27		1870	29		1860
4		1065	15		1125	1. III.	3,5	1880	30	22	1850
5		1030	16		1105	3	5	1820	31	8	1780
6		1045			królik	7		1750	4. VIII.		1705
7		940			zdechł	11	8	1825	16	8,4	1730
8		860				14	8	1790	17	6	1775
		królik zdechł				17	8,5	1750	19	13	1750
						20		1610	20	12	1665
						25	7,5	1545	21	10	1695
						28	10	1485	23		1710
						1. IV.		1365	24	8	1645
						5		1295	25		1635
						6		1265	26		1640
								królik zdechł			królika zabito
V. Królik średniej budowy.			VI. Królik silnej budowy.			VII. Królik nadzwyczaj silnej budowy, bardzo tłusty.			VIII. Świnia morska umiarkowanej budowy.		
Data	Ilość zastrzyk. pł. w ctm. sz.	Waga w gm.	Data	Ilość zastrzyk. pł. w ctm. sz.	Waga w gm.	Data	Ilość zastrzyk. pł. w ctm. sz.	Waga w gm.	Data	Ilość zastrzyk. pł. w ctm. sz.	Waga w gm.
10. X.	50	1670	13. X.	3	1560	16. XI.	80	2625	16. XII.	6	435
11		1450	15	3	1500	20		2445	18	5,5	440
12		1385	17	10	1545	28		2665	30	8	430
13		1425	21	5	1545	3. XII.		2600	4. I.	10	450
14		1475	23	10	1445	10		2725	11		430
16		1515	25	8	1525	12		2675	18		435
17		1450	6. XI.	35	1700	16		2720	5. II.		355
19		1425	8		1615	30		2895	23		300
21		1350	11		1705	4. I.		2675	4. III.		270
23		1240	20		1805	11		2785	6		250
24		1190	28		1975	18		2905			świnia zdechła.
25		1145	3. XII.		2045			królik zabito			
		królik zdechł	10		2105						
					królik zabito						

Te same wyniki otrzymałem przy powtórzeniu doświadczeń. Wogóle na zasadzie tych i innych doświadczeń z przesączem hodowli gruzlicy na bulionie lub na płynach bezbiałkowych, doszedłem do tych samych wniosków, co i poprzedni autorowie, a mianowicie, że część płynna hodowli gruzlicy wogóle jest bardzo mało jadowita, zawiera jednakże ciała, podwyższające ciepłotę.

W celu otrzymania toksyn z samych ciał laseczników używałem ługu i ogrzewania. Brałem obfitą czystą hodowlę gruzlicy na bulionie lub na płynach bezbiałkowych i przesączałem ją zwyczajnie przez bibulę; pozostałą na bibule powłokę laseczników ważono w stanie wilgotnym, poczem mieszano ją z 1% roztworem sodu gryzącego w stosunku 1 : 10, t. j. 10—15 gm. wilgotnych laseczników (taką ilość zazwyczaj otrzymywałem na 300 ctm. sz. płynu hodowlanego przy 38°—39° C. po upływie 3 miesięcy) oblewano 100—150 ctm. sz. roztworu sodu. Mieszaninę trzymano przy 45°—55° C. w ciągu 24—48 godzin, często ją mieszając, poczem płyn przesączano przez podwójny filtr z bibuły. Otrzymany płyn był żółtawego koloru, mocno opalizujący, gęstawy, ze specjalnym zapachem, przypominającym jednakże nieco zapach hodowli gruzlicy, naturalną rzeczą dawał wszelkie odczyny na białko. Płyn ten, uprzednio zobojętniony rozcieńczonym kwasem solnym do odczynu bardzo słabo zasadowego, wprowadzano królikom do krwi przez żyłę ucha, świnie morskiej w VIII doświadczeniu pod skórę tylnej pachwiny.

Oto wykaz przeprowadzonych doświadczeń. (Patrz str. 977).
(D. n.).

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA W. H. KRAJEWSKIEGO W SZPITALU
DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Przypadek urazowego rozdarcia cewki kroczonej oraz uwagi o leczeniu ciężkich urazów cewki.

(Przedstawiony na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego dnia 4 Października 1898 r.)

Podał D-r S. GROSGLIK.

Niespełna dwa lata upłynęły od chwili, kiedy miałem zaszczyt przedstawić Szanownym Panom przypadek zwężenia urazowego cewki kroczonej, w którym z powodu niedrożności cewki i ciężkich zaburzeń w oddawaniu moczu zmuszony byłem dokonać rezekcyi rozległej blizny i połączyć oba odcinki cewki za pomocą szwów. Jak Szanowni Panowie mieli sposobność przekonać się naocznie, chory po kilkotygodniowym leczeniu oddawał mocz strumieniem grubym i silnym, a z dawnego zwężenia nie pozostało ani śladu. Od chorego tego miałem kilkakrotnie wiadomości; za każdym razem donosi mi o zupełnie dobrej sprawności cewki.

W ciągu dwóch lat ubiegłych spostrzegałem kilka jeszcze przypadków bądź zwężenia urazowego, bądź też świeżego urazu cewki kroczonej. Dziwnym zbiegiem okoliczności oddział nasz obfituje w podobne obrażenia, które, jak wiadomo, zdarzają się wogóle bardzo rzadko. W ciągu lat kilku mieliśmy

w oddziale dziesięć mniej lub więcej ciężkich przypadków tego rodzaju; podobną ilością poszczycić się mogą zaledwie największe kliniki zagraniczne. Dzięki takiej obfitości materiału wyrobiliśmy sobie własny sposób postępowania, który pod niektórymi względami różni się od postępowania, powszechnie zalecanego w podręcznikach chirurgii. Przypadek, który mam zaszczyt przedstawić obecnie, ilustruje zachowanie się nasze wobec najcięższych postaci urazu cewki, wobec urazu trzeciego stopnia, w którym cewka moczowa ulega całkowitemu rozdarciu wpoprzek. Historia tego chorego przedstawia się w krótkości, jak następuje.

Dnia 7 lipca r. b. o godz. 8 $\frac{1}{2}$ zrana chory, liczący lat 18, spuszczał się windą z wysokości około 10 łokci, przyczem lekko oparł się kroczem o jeden z czterech prętów żelaznych, znajdujących się w rogach windy. Winda, zetknąwszy się z ziemią, odskoczyła od sprężyny, przymocowanej do podłogi, i chory otrzymał pchnięcie sztabą żelazną w krocze. Ból na razie był bardzo silny, chory stracił równowagę, wkrótce jednak przytomność odzyskał i o własnej sile wśród ciężkich cierpień powrócił z fabryki do domu. Krwawienia z cewki chory nie zauważył, natomiast w drodze powrotnej czuł, jak moszna i krocze bardzo szybko obrzmiewają. Po powrocie do domu chory miał częste parcie na mocz, nie był jednak w stanie oddać ani jednej kropli. Wieczorem tegoż dnia wezwano felczera, który próbował wypuścić mocz za pomocą cewnika NELATON'a, lecz usiłowania jego okazały się bezskutecznymi. Przez światło cewnika wyszło tylko trochę krwi, która polała się w większej ilości po usunięciu narzędzia z cewki. Całą noc chory cierpiał strasznie, miał dreszcze wstrząsające i pomimo stosowania ciągłych okładów gorących nie był w stanie moczu oddać. Dopiero około południa dnia następnego przybył do szpitala, gdzie został umieszczony w oddziale d-ra KRAJEWSKIEGO.

Badanie wykazało stan następujący: chory blady, wyraz twarzy bardzo cierpiący, tętno 130, skarży się na uczucie zimna. Moszna wielkości głowy dziecka, skóra na niej, jak również na prąciu i kroczu barwy ciemno-fioletowej; napletek obrzękły, nacieczony. Zabarwienie ciemno-fioletowe sięga aż po za guzy kulszowe i do otworu odbytowego. Pod moszną w linii pośrodkowej krocza znajduje się guz wielkości pięści, u góry zlewający się z obrzmieniem moszny. Ciągłość skóry nigdzie nie naruszona. Skóra brzucha na 4—5 palców powyżej spojenia łonowego ciastowata, nacieczona. Odgłos wypukowy brzucha aż do pępka stłumiony, obmacywanie brzucha stwierdza obecność guza owalnego, gładkiego—pęcherz w stanie silnego przepełnienia.

Rozpoznałem rozdarcie cewki skutkiem urazu, nacieczenie moczowe i zatrzymanie moczu.

Do operacji przystąpiłem natychmiast. Po ogoleniu i obmyciu brzucha, moszny, prącia, krocza i górnej połowy obu ud zachloroformowano chorego i ułożono go w pozycji, jak do kroczonego cięcia kamienia. Cięcie poprowadziłem od nasady prącia poprzez mosznę aż do odbytu, trzymając się ściśle linii pośrodkowej. Skóra była mocno nacieczona płynem surowiczym, który wylewał się obficie z powierzchni cięcia. Po rozcięciu skóry na całej długości naciąłem powięź powierzchowną krocza, przyczem odrazu dotarłem do jamy, wypełnionej obficie skrzepami krwi i płynem cuchnącym. Rozciąwszy powięź aż do granic cięcia skór nego, rozsunąłem obie połowy przeciętej moszny tudzież brzeży rany na kroczu za pomocą haków tępych i zająłem się oczyszczeniem jamy z zawartości. Wygarnąwszy wszystkie skrzepy krwi za pomocą palców i obmywszy jamę

roztworem sublimatu, przekonałem się, że cewka moczowa rozdarta była w poprzek w samej opuszcce, która mocno krwawiła. Część odcinka obwodowego cewki, długości około 3 cent., była zupełnie odłuszczona od tkanek otaczających i swobodnie wisiała w górnym obwodzie rany. Po zatrzymaniu krwawienia, co zajęło dosyć czasu, dodałem w każdej połowie możliwy po dwa cięcia podłużne, trzy także cięcia poprowadziłem nad spojeniem łonowym, jedno pośrodku, dwa zaś z boków. Następnie wszystkie rany wytamponowano gazą jodoformową, najszczelniej zaś ranę pośrodkową w celu wstrzymania krwawienia z ciała jamistego cewki. Odcinka dośrodkowego cewki nie szukałem wcale, nie wprowadziłem też cewnika do pęcherza. Opatrunek sublimatowy wilgotny, zmieniany po każdym oddaniu moczu.

Stan pooperacyjny prawidłowy, bez powikłań gorączkowych. Następnego dnia pęcherz był jeszcze dość wypełniony moczem, chory jednak co godzinę oddawał mocz przez ranę na kroczu w ilościach niewielkich i na parcie nie uskarżał się. Na trzeci dzień pęcherz opróżniał się już całkowicie. Rana oczyszczała się powoli, a po zjawieniu się zdrowej ziarniny pod koniec drugiego tygodnia wprowadzono do pęcherza cewnik na stałe. Z powodu wyjazdu mojego czynności tej dokonał kol. Ignacy DĄBROWSKI. Pierwsza próba wprowadzenia cewnika nie udała się, gdyż odszukiwanie tylnego końca cewki napotykała znaczne trudności. Wobec tego polecono choremu nie oddawać moczu dnia następnego aż do opatrunku. Po ułożeniu chorego na stole w położeniu, jak do cięcia kroczonego kamienia, rozsunięto brzegi rany i nakazano choremu oddać mocz. Drogowskazem przy wprowadzaniu cewnika służył kierunek prądu moczu. Po dość długich poszukiwaniach udało się wreszcie natrafić na otwór, z którego mocz bił strumieniem, i wprowadzono cewnik NELATON'a na stałe, poczem rana zaczęła szybko się zmniejszać. Cewnik zmieniano co 3 lub 4 dni; pęcherz przemywany był codziennie roztworem kwasu bornego. Dnia 7 września na miejscu rany znajdowała się bardzo wąska przetoczka, wówczas też usunięto cewnik i zaczęto wprowadzać codziennie zgłębnik. W ciągu dni kilku cewka stała się drożną dla zgłębnika Nr. 22. Jestto najgrubszy numer, jaki w tym przypadku przepuszcza otwór zewnętrzny cewki.

Obecnie istnieje na kroczu przetoczka włosowata, nie widoczna dla gołego oka, lecz przepuszczająca od czasu do czasu kroplę moczu. Mocz zachował kwasotę prawidłową, jest zupełnie przezroczysty, odchodzi zaś kilka razy dziennie strumieniem grubym i silnym.

Sz. P. Oto macie przed sobą osobnika, który przed trzema niespełna miesiącami znajdował się w stanie rozpaczliwym, że nie powiem prawie beznadziejnym, a który dzięki zabiegowi bardzo prostemu, dzięki li tylko nacięciom skóry, odzyskał całkowicie nie tylko siły i zdolność do pracy, lecz również prawidłową drożność cewki moczowej. Nie będę dalekim od prawdy, twierdząc, że wynik taki, pod każdym względem zadawalający, zawdzięcza chory dwóm okolicznościom: rozległości cięcia skórniego i powściągliwości naszej w stosowaniu cewnika na stałe natychmiast po operacji. Co się tyczy cięcia skóry, dodam tylko, że nie jest ono nigdy zbyt duże; im bowiem cięcie to jest większe, tem swobodniejszy będzie odpływ wydzielin z rany, tem łatwiej unikniemy dalszego nacieczenia tkanki łącznej przycewkowej i wytwarzania się przetok ropiejących, które tak utrudniają sprawę gojenia prawidłowego. We wszystkich przypad-

kach, w których po urazie cewki powstaje guz, zawierający skrzepy krwi, mocz, ropę i t. p., winniśmy za pomocą dużego cięcia dotrzeć do jamy, sztucznie wytworzonej, rozciąć jej ściany od góry do dołu i w ten sposób otworzyć szerokie ujście dla wytworów chorobowych. Jeżeli guz sięga wysoko pod mosznę, jak to miało miejsce w przypadku opisanym, nie należy cofnąć się przed rozcięciem moszny na dwie połowy, gdyż tylko cięcie tak rozległe umożliwi całkowite oczyszczenie jamy, pozwoli nam wstrzymać krwawienie i ocenić dokładnie rozmiary obrażenia. Naturalnie w dokonywaniu cięcia winniśmy zachować wszelkie ostrożności celem uniknięcia zranienia błony pochwowej jąder, co osiągamy najlepiej, trzymając się ściśle linii pośrodkowej. W takim postępowaniu sączek jest zupełnie zbędny: całą jamę wypełniamy szczelnie gazą jodoformową, która służy jednocześnie do tamowania krwawienia z ciała jamistego cewki.

Dalsze postępowanie po dokonaniu cięcia krocza polega zazwyczaj na odszukaniu tylnego odcinka cewki, wprowadzeniu do pęcherza cewnika na stałe, a w nowszych czasach tu i owdzie odzywają się głosy, zachęcające bądź do doraźnego połączenia obu odcinków rozdartej cewki za pomocą szwów, bądź też zeszycia piętrowego części miękkich na kroczu bez zespolenia cewki, a to w celu otrzymania jaknajcieńszej blizny, mającej chronić od następczego zwężenia cewki. Jak widać z przytoczonej historii choroby, ten akt operacji pominęliśmy całkowicie w naszym przypadku, w którym ograniczyliśmy się wyłącznie na cięciu skóry; sprawę oddawania moczu pozostawiliśmy samemu choremu, starannie unikając wszelkiego wprowadzania do pęcherza narzędzi w ciągu całych dwóch tygodni. Cewnik na stałe wprowadzony został do pęcherza dopiero wówczas, gdy rana oczyściła się dokładnie i pokryła zdrową ziarniną. Nie przeczę, że postępowanie takie nie może być uważane za idealne, nie mniej jednak sądzę, że wobec danych warunków było ono najwłaściwsze. O ile bowiem zeszycie doraźne cewki lub zaszycie piętrowe części miękkich na kroczu ma rację bytu i powinno być wykonywane w przypadkach zwężeń urazowych, w których po rezeceji zwężonego odcinka cewki mamy do czynienia z raną świeżą, niezakażoną, o tyle, zdaniem mojem, nie może ono być stosowane w przypadkach ran urazowych, które w chwili operacji za jałowe uchodzić nie mogą. Wyjątek pod tym względem stanowią chyba świeże rozdarcia, które dostają się na stół operacyjny natychmiast po wypadku. Przypadki takie jednak spotykamy, niestety, nader rzadko; zwykle od chwili wypadku upływa wiele godzin, zanim chory zdecyduje się szukać pomocy chirurgicznej. Zjawia się on najczęściej w stanie bardzo ciężkim: tętno słabe, nacieczenie moczowe, a w dodatku zakażenie bądź samoistne, bądź wywołane niefortunnymi próbami cewnikowania — oto obraz chorego, z którym najczęściej mamy do czynienia. Zaiste trudno w takich razach zabrać się do długiej i, zdaniem naszym, niebezpiecznej procedury wprowadzenia cewnika do pęcherza, wymagającej nadto szukania tylnego końca cewki, trudno myśleć wówczas o połączeniu cewki lub krocza za pomocą szwów. Sama manipulacja szukania cewki zabiera zazwyczaj bardzo dużo czasu, dużo czasu zajmuje zeszycie cewki i szew piętrowy krocza. Pomijając już tę okoliczność, iż szew cewki lub krocza w warunkach podobnych nigdy nie daje wyniku pożądanego i że, bądź co bądź, nawet w przypadkach, szczęśliwie zakończonych, zawsze pozostaje większa lub mniejsza przetoka, która goi się następnie przez ziarni-

nowanie, chcę tu zwrócić uwagę głównie na to, że doraźne wprowadzenie cewnika do pęcherza może narazić chorego na niebezpieczeństwo zakażenia, mogącego szerzyć się wstępująco, i wywołać ciężkie cierpienie miedniczek i nerek. Cewnik bowiem, najlepiej odkażony i najstaranniej wprowadzony, w drodze swej do pęcherza zanieczyszcza się, przechodząc przez jamę septyczną, i wprowadza produkty gnilne do pęcherza rozciągniętego i przekrwionego, a zatem najbardziej skłonnego do zakażenia. Nadto cewnik, znajdując się w cewce, stanowi szlak, po którym drobnoustroje z rany łatwo torują sobie stale dostęp do pęcherza, a ztąd do narządów wyżej leżących. Postępowanie takie sprzeciwia się wszelkim zasadom chirurgii aseptycznej, zgodnie z którymi winniśmy tkanki zdrowe chronić od zetknięcia z wytworami zakaźnymi i unikać nakładania szwów na rany septyczne. Z tej zasady wychodząc, uważałem za przeciwwskazane wszelkie manipulowanie w ranie i wszelkie próby wprowadzenia cewnika doraźnie; cewnik *à demeure* wprowadzony został dopiero wówczas, gdy dzięki dokładnemu oczyszczeniu się rany znikła obawa zakażenia pęcherza.

Jak widzimy, wynik postępowania takiego okazał się dla chorego nader pomyślnym. Pęcherz w okresie pooperacyjnym znajdował się w stanie jałowym, ognisko septyczne zostało umiejscowione w ranie, drożność cewki całkowicie przywrócona. Wprawdzie dla zapobieżenia utworzeniu się zwężenia w przyszłości chory skazany jest na wprowadzanie zgłębnika przez czas dłuższy, ta ostrożność jednak musi być za howywana i po zespoleniu dorażnem cewki lub szwie piętrowym krocza, na miejscu bowiem urazu zawsze rozwija się blizna naokoło cewki i, ściągając się, zwęża światło cewki. Takie przypadki, o ile nie są leczone prawidłowo i systematycznie, mogą stać się źródłem ciężkiego zwężenia cewki i doprowadzić nawet w przyszłości do rezekcji blizny.

WYKŁADY KLINICZNE.

FRAENKEL.

PRZYCZYNY BEZŁADU W WIĄDZIE ROZENIA.

Pomimo, że obraz kliniczny i anatomo - patologiczny wiądu rdzenia zyskał w ostatnich czasach bardzo wiele na jasności, sprawa bezładu pozostała, jak dotąd, ciemna i zagadkowa. Niema miejsca w układzie nerwowym, począwszy od obwodowych zakończeń nerwów, a skończywszy na półkulach mózgowych, gdzieby nie starano się umiejscawiać przyczyny tego objawu. Szukano jej nawet w czynnościowych zaburzeniach układu nerwowego.

Autor przedewszystkiem zadaje sobie pytanie, gdzie szukać należy przyczyny różnorodności stanowisk, z jakich różni badacze zapatrują się na bezład. Otóż, zdaniem jego, przyczyna ta tkwi po pierwsze w niedostatecznej analizie przejawów bezładu. Bezład jakiegokolwiek kończyny zwykle uważany bywa za objaw prosty. Zapominamy, że wyrażenie „bezład kończyn dolnych“ niekiedy z dodatkiem „umiarkowany“, „znaczny“ i t. p. mówi jeszcze bardzo mało, i że z pojęciem tem mogą być związane nieraz różne postacie kliniczne zaburzeń koordy-

nacy ruchów. Ruchy np. kończyny dolnej składają się z ogółu ruchów w stawach poszczególnych, z których dwa (biodrowy i stopowy) obracają się naokoło kilku osi. Oczywiście, że od stopnia i od kombinacji zaburzeń w stawach pojedynczych zależeć będzie stopień zaburzeń koordynacji.

Drugą przyczyną opóźnienia rozwiązania omawianej sprawy była ta okoliczność, iż różni badacze przystępowali do rozbioru tego objawu z gotową już z góry teorią i zawsze bezład wiądu mieszały z bezładem, spotykanym w innych chorobach. Tak, zwolennicy „czuciowej” teorii bezładu zwracali uwagę przede wszystkim na zaburzenia zmysłu mięśniowego i stawowego, co przy trudności i różnorodności techniki badania doprowadzało ich często do wyników wprost przeciwnych. Zwolennicy znowu teorii ośrodkowej, dowodzący istnienia „ośrodków koordynacyjnych”, „zaburzeń działalności mózgowej” i t. p., zarzucali teorii czuciowej to, że ta bez dostatecznych umotywowanych przypuszcza istnienie związku pomiędzy stopniem bezładu a stopniem zaburzeń czucia.

Istotnie, związku tego dowieść nie jest łatwo, gdyż o zaburzeniach w koordynacji wnioskujemy zwykle na mocy ruchu całej kończyny, zaburzenie zaś czucia możemy badać tylko w stawach pojedynczych, a jest rzeczą jasną, że z kombinacji nawet nieznacznych zaburzeń czucia we wszystkich stawach powstaną większe zaburzenia w koordynacji ruchów całej kończyny, aniżeli przy zaburzeniach czucia w jednym tylko stawie. Nie potrzebujemy tu dodawać, że pospolicie stosowana próba założenia pięty na kolano nogi przeciwnej t. zw. „*Knie-Hackenversuch*” nie jest bynajmniej dostatecznym miernikiem stopnia bezładu. Dalej, należy brać pod uwagę i opóźnienie w przewodnictwie czucia, fakt dla koordynacji ruchów bynajmniej nie obojętny.

Stara „teoria mózgowa”, usiłująca objaśnić bezład za pomocą zaburzenia psychicznego, zaburzenia w wytwarzaniu czuć i wyobrażeń, w ostatnich czasach znowu znalazła kilku wyznawców. Za pomocą tej teorii próbowano objaśnić zmienność i przejściowość niektórych objawów wiądu, a zwłaszcza znakomite wyniki, jakie otrzymano przy stosowaniu w leczeniu wiądu gimnastyki, t. zw. *Uebungs-therapie*, polegającej na tem, że utraconą zdolność koordynacyjną chory usiłuje odzyskać znowu dzięki ćwiczeniom, wykonywanym świadomie i z wielkim napięciem uwagi.

Wszystkie te jednak teorie mózgowe, pomijawszy brak w nich wszelkiego podścieliska anatomicznego, szwankują bardzo, gdyż zapoznają niezwykle ważny objaw, mianowicie, różnicę w stopniu i rodzaju bezładu przy kontroli zmysłu wzroku lub jego wyłączeniu. Różnica ta jednak istnieje zawsze i nieraz jest wprost uderzająca.

Wielu autorów stawia w jednym rzędzie bezład, spotykany w takich cierpieniach, jak histerya, wieloogniskowe stwardnienie, choroba FRIEDREICH'a i t. p., z bezładem, jaki istnieje w wadzie. Tego jednak czynić nie mamy prawa. Kto wie, czy każda z tych postaci bezładu nie ma swych swoistych cech, i dopóki nie poznaliśmy dobrze postaci bezładu wadowego, nie możemy utożsamiać jej z innymi postaciami tego objawu.

Po tych przedwstępnych uwagach autor podaje wyniki badań 150 tabetek, w różnych okresach tego cierpienia, znajdujących się pod jego obserwacją przez dłuższy przeciąg czasu.

1) Zaburzenia czucia. a) Przypadki z bezładem widocznym wykazują stale zaburzenia czucia stawowego przy ruchach biernych. Wyjątki z tej reguły nie istnieją. Pozorne wyjątki polegają na niedostatecznej technice

badania. b) Od t. zw. okresu przedataksyjnego wiądu należy odróżniać te przypadki, w których badanie drobiazgowie, polegające na zadawaniu trudnych ćwiczeń, pod względem koordynacji ruchów, wykazało obecność bezładu. c) Czucie skórne w przypadkach bezładu widocznego było dotknięte prawie zawsze.

2) Stosunek pomiędzy czuciem i bezładem. a) Znaczne zaburzenia w czuciu stawowym przy braku bezładu zdarzają się wtedy, gdy dotyczą stawów palcowych lub stawu stopowego. Przy wyraźnych zaburzeniach czucia w stawach biodrowych lub kolanowym bezład znajdziemy napewno. Niema przypadków, gdzieby pomimo prawidłowej koordynacji ruchów istniały znaczne zaburzenia czucia stawowego. To samo *mutatis mutandis* powiedzieć można o kończynach górnych. b) Stale spostrzegano, że kiedy w wiądzie obie kończyny były dotknięte bezładem nierównomiernie, ta kończyna, która była dotknięta silniej, wykazywała znaczniejsze zaburzenia w czuciu stawowym lub skórnem.

3) Zamknięcie oczu czyni wszelki ruch ataksyjny widoczniejszym. Pamiętać o tem należy zwłaszcza przy badaniu wiądu w okresie przedataksyjnym.

4) W przypadkach, gdzie objaw ROMBERG'a (wahanie się przy zamkniętych oczach) występuje w stopniu słabym, znaleźć możemy albo jedynie znaczne zaburzenia czucia skórnego na podszwie, albo też w połączeniu z nieznacznymi zaburzeniami czucia w stawach palców, stopy lub kolana. Gdzie jednak objaw ten występuje bardzo wyraźnie, i chory zdaje się lada chwila upaść, tam zawsze istnieją silne zaburzenia czucia stawowego. Tak więc objaw ROMBERG'a bez wszelkich zaburzeń czucia w wiądzie rdzenia nie występuje.

5) Przy badaniu czucia stawowego chory stara się zawsze czynnie naprężyć mięśnie danego stawu. Okoliczność ta może przedstawić wyniki badania w fałszywym świetle, gdyż stopień napięcia mięśni powiadamia nas także w znacznej mierze o położeniu naszych stawów. Przy zaburzeniu czucia stawowego chory korzysta zawsze z tej pomocy, wskutek czego nieznaczne zaburzenia czucia stawowego mogą być maskowane przez naprężenie mięśni, i chory daje nam zupełnie prawidłowe odpowiedzi co do położenia swych kończyn. Przy silnych jednak zaburzeniach czucia stawowego zmysł mięśniowy do kompensaty nie wystarcza.

6) Zdawałoby się, że im gorzej tabetyk chodzi, im trudniej stoi, tem większy bezład znajdziemy w jego kończynach w pozycji leżącej. Tymczasem nie zawsze tak bywa. Zdarzają się przypadki, w których chorzy z bardzo nieznacznym bezładem w pozycji leżącej z trudnością zaledwie chodzą i zachowują równowagę ciała, i odwrotnie. Szczegółowe badania wykazują, że w tych razach albo mamy do czynienia ze znacznym bezładem tułowia, albo też ze znacznym zmniejszeniem napięcia mięśniowego.

7) Zniżenie napięcia mięśniowego (*hypotonie*) wpływa bardzo na stopień i rodzaj bezładu. Może ono tak dalece zmienić prawidłowe ruchy stawów, że już to samo jest w stanie wywołać zaburzenia koordynacji. Zmniejszenie napięcia mięśniowego np. w zginaczach goleni (*m. biceps, semitend., semimembr.*) i w mięśniach ksośnych uda (*adductores femoris*) nadaje stawowi biodrowemu znaczną rozległość ruchów zwłaszcza przy zginaniu i odprowadzaniu wyprostowanej w kolanie kończyny dolnej.

Następnie autor zapytuje, jakie powinno być ściśle określenie bezładu, i na czem polega różnica pomiędzy ruchem prawidłowym i ataksyjnym. Otóż głównie

i jedynie na jego bezcelowości. Ruch bezładny znaczy bezcelowy. Bezcelowość ta ujawnia się w zbytecznym nadmiarze pracy mięśniowej. Chory zbyt silnie napręża mięśnie, niepotrzebnie zwiększa szybkość swych ruchów: nie siada, lecz rzuca się na krzesło, nie wstaje, lecz wskakuje do góry, nie stawia nóg, lecz uderza nimi o podłogę i t. p. Ponieważ ruch ataksyjny polega w istocie rzeczy na zbyt niemi szafowaniu pracą mięśniową, zasadniczo nie różni się on przeto od niezręcznego ruchu człowieka zdrowego.

Drugą okolicznością, ułatwiającą nam bardzo zrozumienie bezładu, jest jego zmienność. Ruch ataksyjny tabetyka zmienia się, zależnie od okoliczności, wśród jakich bywa wykonywany. Inaczej np. chodzi tabetyk samodzielnie, inaczej z pomocą laski, inaczej znowu kiedy trzymamy go pod rękę. Postać podłogi wpływa także na jakość chodu. Tak więc pomimo swej pozornej bezcelowości ruch ataksyjny przystosowuje się do zewnętrznych okoliczności.

Teoria bezładu. Wszystkie podawane dotychczas teorie bezładu dają się sprowadzić do dwóch zasadniczo różnych: jedna z nich zapoznaje zaburzenia czucia i sprowadza bezład do uszkodzeń ośrodka koordynacyjnego w układzie nerwowym, druga nie uznaje żadnych zaburzeń ośrodków koordynacyjnych i przyczynę bezładu upatruje w zaburzeniach czucia. Pierwszej teorii autor czyni dwa tylko zarzuty, zdaniem jego dostateczne do jej obalenia. Mianowicie stale spostrzegane w wiądzie rdzenia zjawisko, że przy zamknięciu oczu bezład w ruchach się zwiększa, żadną miarą nie da się objaśnić uszkodzeniem ośrodkowym. Przy bezładzie ośrodkowym, jaki spotykamy w chorobie FRIEDREICH'a lub cierpieniach mózdzku, kontrola wzroku nie wykazuje żadnego wpływu na jego osłabienie lub spotęgowanie się, okoliczność ważna dla rozpoznawania różniczkowego.

Dalej, wprost nie sposób ze stanowiska teorii ośrodkowej objaśnić zmienność stopnia i rodzaju bezładu zależnie od zewnętrznych okoliczności. Uszkodzenie ośrodków koordynacyjnych powinno wywołać stałe zaburzenia ruchowe, tak jak uszkodzenie pasa ruchowego lub czuciowego kory mózgowej wywołuje stałe objawy podrażnienia lub porażenia. Zaburzenia świadomości i wyobrażania (*perversion de la conscience et de l'imagination*) tem bardziej nie wytłumaczą nam działania celowego, jakim jest przystosowanie się do zewnętrznych okoliczności.

Następnie autor zwraca się do teorii „czuciowej“. Przecząc, powiada on, na mocy doświadczenia twierdzeniu, że zaburzeń czucia w bezładzie wiądowym może nie być, tem samem usuwamy najgłówniejszy przeciwko niej zarzut. Przy nieznacznych zaburzeniach czucia stawowego, w t. zw. okresie przedataksyjnym wiądu, wystarczają mocniejsze naprężenia mięśni do wyrównania tego braku kiedy jednak zaburzenia te są większe, kompensata nie wystarcza i bezład staje się widoczny. Na korzyść tej teorii przemawia także ta okoliczność, że bezład jest wyraźniejszy w tych kończynach, w których zaburzenia czucia są większe. Wyjątki z tego prawa są tylko pozorne i polegają najczęściej na kombinacji ze zmniejszonym napięciem pojedynczych mięśni. Dalej uwzględnić należy jeszcze fakt, że niekiedy przy słabym stopniu bezładu w kończynach występuje wysoki bezład w tułowiu, również uniemożliwiający chód i inne ruchy.

Teoria „czuciowa“ łatwo objaśnia wpływ kontroli wzroku na stopień bezładu. Wzrok powiadamia chorego o położeniu jego członków w każdej fazie jego ruchu. Zamknięcie oczu pozbawia tabetyka tego punktu oparcia. Przy nie wielkich zaburzeniach czucia stawowego, zamykając oczy, napręża on w tej chwili swoje

mięśnie, i do pewnego czasu, jak o tem wspominaliśmy wyżej, tego rodzaju kompensata mu wystarcza.

Tak więc ze stanowiska teorii „czuciowej” ruch ataksyjny jest reakcją przeciwko zaburzeniu czucia mięśniowego i stawowego. Zwiększając swe ruchy, przyspieszając je, chory usiłuje wynagrodzić zaburzenia czucia; postępuje więc do pewnego stopnia celowo i dlatego swe ruchy przystosowuje do zewnętrznych okoliczności.

Nakoniec autor rozbiera zarzut, jaki stawiają niektórzy autorowie teorii „czuciowej”, mianowicie, jakoby teoria ta nie była w stanie objaśnić świetnych wyników leczenia bezładu w wiaździe ćwiczeniami gimnastycznymi (*Uebungstherapie*). Otóż sam autor i inni badacze spostrzegali wprawdzie zmniejszenie zaburzeń czucia i poprawę pod tym względem, lecz zjawisko to występowało niestale, daleko zaś częściej spostrzegano znaczną poprawę w koordynacji ruchów wobec tych samych zaburzeń czucia. Fakt ten, napozór dziwny, daje się objaśnić dość prosto. Człowiek zdrowy, doszedłszy do wprawy w wykonywaniu pewnego ćwiczenia, bynajmniej nie udoskonala przez to swojego czucia, nie zwiększa swej pobudliwości; przynajmniej obiektywnie tego wykazać nie można. Daleko prędzej dzięki wprawie przyzwyczajają on swój aparat koordynacyjny do subtelniejszego oddziaływania na te same bodźce. Nie obniża się przeto u niego pobudliwość, lecz zwiększa zdolność oddziaływania aparatu, koordynującego ruchy. Doskonałe wyniki leczenia gimnastyką bezładu w wiaździe, dadzą się więc objaśnić w ten sposób, że aparat koordynujący, dzięki ćwiczeniu, stopniowo zaczyna się zadawałniać coraz mniejszymi bodźcami czuciowymi. Powrót więc utraconej zdolności koordynacyjnej nie koniecznie musi być ściśle związany ze wzrostem pobudliwości i czucia.

Neurologisches Centralblatt. 1897. Nr. 15—16).

Stanisław Kopczyński.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

158. KEHR. Jak, dlaczego i w jakich przypadkach kamicy żółciowej działa leczenie karlsbadzkie, i dlaczego zapatrywania się chirurga i lekarza karlsbadzkiego na rokowanie i leczenie kamicy żółciowej tak znacznie się różnią? Właściwa przyczyna działania źródeł karlsbadzkich jest nam tymczasem bardzo mało znana, znaczną jednak rolę gra niewątpliwie sposób przeprowadzania tego leczenia. Chory na kamicy żółciową, udając się do Karlsbadu, usuwa się od kłopotów zawodowych, cały tryb jego życia skierowany jest jedynie ku odzyskaniu zdrowia; zachowuje on więc ścisłą dyetę, wystrzega się wyskoku i kawy, potraw tłustych i kwaśnych, wcześniej wstaje i wcześniej udaje się na spocznik, żyje regularnie i powściągliwie. Piękna okolica zachęca go do spacerów, ciepłe kąpiele wpływają nader dodatnio na jego usposobienie. Do tego dołączyć jeszcze należy działanie źródeł. Żaden z lekarzy karlsbadzkich nie wierzy, żeby rozpuszczały one kamienie, nie uważa on źródeł nawet za żółciopędne, pomimo tego jednak, często mówią ci lekarze o wyleczeniu. Pewną część tych szczęśliwych przypadków należy przypisać wprost trafowi. Tak zdarza się np., że w kilka dni po przybyciu chorego do Karlsbadu odchodzi kamień; lecz mogło to się zdarzyć i w domu chorego, po jakimś innem leczeniu, np. leczeniu cytrynami. Wody karlsbadzkie mogły najwyżej sprawę tę nieco przyspieszyć, ułatwiając przejście kamienia przez owrzodzone miejsce

powiedzy kiszka i przewodem żółciowym. Z punktu naukowego nie wolno nam liczyć się z takimi przypadkowymi możliwościami, tembardziej, że wiemy, że kamica żółciowa może w każdym swym okresie samoistnie zniknąć, a przynajmniej istnieć, zupełnie nie dając objawów chorobowych. Przy objawach lekkich chory przypisuje wyzdrowienie swe leczeniu cytrynowemu lub karlskadmukiemu. Z drugiej zaś strony, jak często pomimo ścisłej diety polepszenie nie występuje; chory znudzony bezskutecznością leczenia, pije, pali, jada majonezy z homara, ogórki — i nagle kolka znika na długi okres czasu.

Występowanie i znikanie bólów jest sprawą niewyjaśnioną; należy przyjąć tu wygaśnięcie sprawy zapalnej; rzeczywiście często lekkie zapalenia pęcherzyka żółciowego ustępują, nawet niebezpieczeństwo ropnego zapalenia pęcherzyka może być usunięte dzięki zgęszczeniu ropy—bez względu na to, czy chory znajduje się w Karlsbadzie, czy u siebie w domu. W takich przypadkach, rzadkich zresztą, gdzie leczy sama przyroda, Karlsbad nie gra żadnej roli.

Lecz przy kamieniach małych, przysposobionych jakby do przejścia, działanie ciepłych źródeł jest wysoce użyteczne. Przypuszczają, że wywołują one ruchy robaczkowe kiszek, przechodzące i na pęcherz żółciowy, *resp.* na większe przewody żółciowe, co pomaga wydalaniu kamieni. Wręcz przeciwnego zdania jest RIEDEL, według którego sól karsbadszka uśmierza wprawdzie bóle, lecz bez wątplenia utrudnia sprawę wydalania kamieni, czyli osiągamy tu skutek wprost przeciwny temu, jaki zamierzaliśmy. Jeżeli więc wychodzą w Karlsbadzie kamienie, powiada on, to staje się to właśnie nie dzięki pomocy znakomitych źródeł, lecz pomimo tych źródeł; przy kamieniach małych pomaga sama przyroda, przez środki zaś czyszczące, a więc i przez sól karlsbadszką, zmniejszamy co prawda bóle, lecz jednocześnie zmniejszamy siły przyrody. Nie będąc w zapatrywaniach swych tak krańcowym, autor przypuszcza, że przyjmując za pewnik działanie źródeł, jako wydalające kamienie, musimy oczekiwać łatwego uwięźnięcia kamieni w wązkim, poranionym przewodzie wątrobowym, gdyż z góry nie wiemy, czy mamy do czynienia z kamieniami dużymi, czy też małymi. O ile pożądanego jest uwolnienie chorego od kamienia, o tyle mało korzyści ma chory, jeżeli kamienie uwięzną w przewodzie pęcherzykowym lub żółciowym, gdyż wtedy może okazać się niezbędną operacja, cysticotomia lub choledochotomia, trudniejsza pod względem technicznym i niebezpieczniejsza, niż zwykła cystotomia, t. j. usunięcie kamieni z łatwo dostępnego pęcherza żółciowego. Wiemy prócz tego, że właśnie małe kamienie przeważnie w większej ilości leżą w pęcherzu żółciowym, tak że trzeba całego szeregu kolek, zanim nastąpi zupełne wyzdrowienie, t. j. pęcherz stanie się wolnym od kamieni. I jeżeli nawet takie kolki przebiegają w Karlsbadzie bardzo lekko i nieboleśnie—jak o tem zapewniają tamtejsi lekarze, jednak zawsze istnieje niebezpieczeństwo uwięźnięcia *resp.* możliwość niezupełnego wyzdrowienia.

Niezależnie od powyższego mamy jeszcze jeden sposób objaśnienia działania ciepłych zasadowo-solankowych. Przy użyciu źródeł mianowicie, a zwłaszcza ciepłych, polepszają się sprawy krążenia w wątrobie i w układzie żyły wrotnej, zwłaszcza w jamie brzusznej, znikają szybko nieżyty żołądek i kiszek i sprawy zapalne, przechodzące z dwunastnicy na przewód żółciowy, z pęcherzyka na drogi żółciowe. Ponieważ zaś bóle po większej części są pochodzenia zapalnego, mogą one zniknąć już po wypiciu kilku kubków szprudla. Kamica wstępuje w okres utajenia, w którym znajduje się według RIEDEL'a około 95% chorych na to cierpienie. Większość lekarzy w Karlsbadzie zgadza się na to uśmierzające bóle działanie źródeł, przyczem kamienie w ustroju zostają. Stan ten objaśnić sobie możemy w ten sposób, że zapalenie znika, kamień, zwykle duży,

leżący w szyi pęcherza żółciowego, staje się wolnym, i krążenie żółci odbywać się może swobodnie. Chory uważa się za wyleczonego, my jednak wiemy, że uwolniony on jest od kolki, zapalenia, uwięźnięcia kamienia, lecz nie jest on wolny od swej choroby. Źródła karlsbadzkie mogą usunąć chorobę jedynie przy kamieniach małych, przy kamieniach większych musimy uciec się do pomocy chirurgicznej. Tą drogą oszczędzamy chorym bólów, unikamy niebezpiecznych spraw ropnych, zapalenia otrzewny, powstawania raka. O ile też prostsza jest zwykła cystotomia, niż choledochotomia. Dla tego też autor powtarza za RIEDEL'em: „wcześnie rozpoznawać i wcześniej operować“!

Innego zdania są lekarze karlsbadzcy, którzy widują setki chorych, nie podlegających wyżej wspomnianym cierpieniom — wskutek czego nie są oni tak pochoptni do stosowania zabiegów chirurgicznych. Otóż znaczna ta różnica w zapatrywaniach chirurgów i lekarzy karlsbadzkich na wybór metody leczenia zależy od różnicy w ich materiale klinicznym. W Karlsbadzie rzadko kiedy spotykamy chorego na ciężką kamice żółciową, rzadko zobaczymy chorego z żółtaczką. Częściej natomiast posyłani są tam chorzy z rakiem żołądka, wątroby i kiszek, kiedy operacja jest niewykonalna; posyłają ich lekarze „*solaminis causa*“ lub „*ut aliquid fiat*“. O wiele liczniejsi są chorzy na kamice bez żółtaczki, należący przeważnie do warstwy zamożnej. Przybywają oni zwykle w okresie utajenia i, dzięki całokształtowi urządzeń karlsbadzkich, przemiana materii znacznie się u nich wzmaga i chorzy czują się doskonale. Głównym materiałem klinicznym lekarzy karlsbadzkich są tacy chorzy, a nie ci, którzy cierpią na przewlekłe zamknięcie przewodu żółciowego. Godnem jest uwagi, że lekarze ci tak rzadko widują ostre zapalenia pęcherzyka żółciowego bez żółtaczki i odchodzenia kamieni, z tworzeniem się bolesnego guza, często z zajęciem otrzewny i gorączką. Autor takie przypadki spostrzegał bardzo często — na 364 laparotomii 170 razy, przyczem w 34% przypadków miał on do czynienia z dużymi kamieniami, przy których leczenie karlsbadzkie byłoby bezowocne. Operacja nie tylko usuwa bóle, lecz usuwa i ich przyczynę — kamienie, częgo wody mineralne dokonać nie są w stanie. Dowodzi nam tego statystyka FUEBRINGER'a, według którego tylko 50% chorych powraca zdrowymi z Karlsbadu.

Autor streszcza zapatrywania swe w następujących punktach:

I. Leczenie karlsbadzkie stosowne jest dla chorych: 1) z ostrem zamknięciem przewodu żółciowego, o ile przebiega ono prawidłowo (nie trwa zbyt długo, nie występuje gorączka i t. p.); 2) ze sprawami zapalnymi pęcherza, przebiegającymi z żółtaczką lub bez niej, o ile występują one rzadko i nie zbyt silnie; 3) z częstymi bólami i każdorazowym wydalaniem się kamieni; przy częstych jednak kolkach z pozostawianiem kamieni operacja jest wskazana; 4) z otyłością, dną, cukrzycą, lub cierpieniami narządów wewnętrznych, nie pozwalającymi na narkozę; 5) wreszcie dla chorych już operowanych.

II. Podlegają operacji: 1) *cholecystitis et pericholecystitis acuta seroso-purulenta*; 2) zrosty pomiędzy narządami, powstałe wskutek cierpień *sub* 1), o ile występują jakieś zaburzenia; 3) przewlekłe zamknięcie przewodu żółciowego i 4) wątrobowego; 5) wszystkie postaci kamicy, nie ulegające leczeniu wewnętrznemu i kąpielom; 6) ropne zapalenie naczyń żółciowych i ropień wątroby; 7) przedziurawienia dróg żółciowych i otrzewny; 8) morfinizm wskutek kamicy; operacja jest punktem wyjścia dla leczenia odzwyczajającego.

(*Münch. med. Woch. Nr. 38. 1898*).

Wacław Sterling.

159. P. COUDRAY. **Badania nad stosowaniem t. zw. metody sklerogenetycznej prof. Lannelongue'a.** Metoda Lannelongue'a polega na wstrzykiwaniu do tkanek rozczynów chlorku cynku w przypadkach gruźlicy stawów; prócz tego stosowano

tę metodę w przypadkach nowotworów złośliwych, w przepuklinach, a nawet we wrodzonych zwichnieniach kości udowej. Zabieg skutecznia się w sposób następujący: np. u dziecka 8—10-letniego z gruźlicą stawu kolanowego LANNELONGUE stosuje 10 do 12 wstrzyknień po 4—5 kropeł 10%-ego roztworu chlorku cynku. LANNELONGUE powiększa przytem stopniowo ilość wstrzykiwanego płynu i, o ile możliwości, przestaje na jednej tylko seryi wstrzykiwań. Ponieważ zabieg jest bolesny, a zatem pożyteczne bywa stosowanie narkozy chloroformowej u dzieci do lat 10-ku, u starszych wystarcza odpowiednia dawka chloralu lub morfiny. Wstrzykiwać należy nie w sam staw lecz przy kośćcu wokół błony maziowej (peryferycznie).

Metoda LANNELONGUE'a wskazana jest w przypadkach gruźlicy dużych stawów (z wyjątkiem stawu biodrowego) i przeważnie w gruźlicy stawu kolanowego.

Na zasadzie licznych przypadków, spostrzeganych w przeciągu lat kilku z rzędu, autor dochodzi do wniosków, świadczących o korzyści leczenia metodą sklerogenetyczną, nie tylko zresztą stawów, dotkniętych gruźlicą, lecz wogóle wielu innych spraw gruźliczych w ustroju. COUDRAY poświęca najwięcej miejsca w swej pracy gruźlicy stawów w różnych stopniach rozwoju choroby, dzieląc przypadki na zapalenia kostno-stawowe nie ropiejące, na — ropiejące nie otwarte i na ropiejące otwarte. Tak np. spostrzegano bardzo rozległą sprawę gruźliczą stawu kolanowego z ropniami okołostawowymi, ze znacznymi zniszczeniami kości i przy ogólnym stanie groźnym. Zdawało się, że wskazana być mogła jedynie amputacja kończyny, tymczasem po wstrzykiwaniach chlorku cynku i po oczyszczeniu ogniska wyłęczkowaniem, osiągnięto wyleczenie z następczem zeszywnieniem stawu. Dodać należy, że autor spostrzegał większość swych chorych w przeciągu lat 5 lub 6 i często przez cały ten czas nie zauważył nawrotów, a stan ogólny ulegał znacznej poprawie.

Nie wyłączając w zupełności zabiegów energiczniejszych, jak — wyłęczkowanie lub resekcyja tkanek chorych, sposób LANNELONGUE'a rozbudza w tkankach, które ocalały, zdolności rozrodcze i odporność na wpływy szkodliwe.

Na 64 przypadki porażen gruźliczych stawów w 47 otrzymano wyniki pożądanego, w 5 — zejście śmiertelne wskutek powikłań, niezależnych od wstrzykiwań reszta zaś przypadków odnosi się bądź do straconych dla spostrzegania, bądź niepomysłnych pod względem wyników leczenia.

Przechodząc z kolei do zwichnień wrodzonych uda, autor przekłada nad metodę LANNELONGUE'a inne zabiegi, a szczególnie sposoby leczenia podług LORENZ'a-

Co się tyczy nowotworów złośliwych i przepuklin, autor powściągliwy jest w wypowiedaniu swego zdania w tej mierze, chociaż na zasadzie kilku pomysłnych wyników zachęca do wypróbowania metody sklerogenetycznej. CAUDRAY przekonał się bowiem, że przez wstrzykiwania chlorku cynku tkanki niejednokrotnie przeistaczają się z miękkich w niepodatne, twardzielowate i uniemożliwiające bądź dalsze rozrastanie nowotworu, bądź nawroty choroby.

Jednak nie zawsze tak bywa: żadnych bowiem prawie wyników nie otrzymał autor po wstrzykiwaniach, zastosowanych w przypadkach np. *lymphadenoma inoperabil. colli* i rozległego raka wargi dolnej. Znacznie lepiej powiodło się autorowi w przypadku raka sutki z zajęciem gruczołów chłonnych sąsiednich: po 34 wstrzyknięciach wokół guza i powiększonych gruczołów nie otrzymano z początku zbyt dodatnich wyników, lecz gdy po 5 latach i 4 miesiącach chora zgłosiła się do COUDRAY'a, można było stwierdzić, że pierwotny guz wraz z całą sutką uległ zna-

cznemu zanikowi, wkoło nich utworzyła się twarda, zbita tkanka (w miejscach wstrzykiwań), a niektóre gruczoły chłonne znikły zupełnie,

W przepuklinach autor nie stosował sam wstrzykiwań chlorku cynku, lecz sprawdzał, w jakim stanie znajdowali się wszyscy chorzy, leczeni przez LANNELONGUE'a, a badani przy tem poprzednio publicznie w szpitalu Trousseau. COUDRAY był zdumiony, przekonawszy się, że po sześciu miesiącach lub w rok po wstrzykiwaniach był brak powrotu przepuklin, a ściana brzuszna była nader mocna po stronie leczonej.

DISPA otrzymał kilka dobrych wyników przez stosowanie metody LANNELONGUE'a w przepuklinach u dzieci i u młodych osób, u dorosłych zaś wystąpił powrót cierpienia w dwóch przypadkach, w których wstrzykiwania były stosowane.

(*Archives gener. de Medecine. Nr. 4. 1898.*) *L. Zembrzowski.*

160. GIRANDEAU. **O przekłuciu osierdzia.** Wszystkie, dotychczas stosowane środki w zapaleniu osierdzia z wysiękiem (bańki cięte, wezykatorye i t. d.) nie dawały zadawalniających wyników, jedno tylko przekłucie osierdzia może być uważane, jeżeli nie za środek zupełnie leczący chorobę, to przynajmniej za przynoszący wielką ulgę w napadach duszności, której zawsze prawie towarzyszą sinica i silne obrzęki kończyn. Autor niniejszego artykułu dokonał tej operacji na trzech chorych z wielkiem powodzeniem i na'zasadzie zebranych spostrzeżeń wykonał wnioski następujące: przekłucie osierdzia powinno być dokonywane zawsze, ile razy jest ku temu takie wskazanie, jak rozległy wysięk w osierdziu, który objawia się: brakiem uderzeń serca u wierzchołka, głuchymi tonami i rozległym stłumieniem, sięgającym po za wierzchołek serca.

Zjawienie się szmeru tarcia w pozycji siedzącej chorego nie powinno być ujemnym objawem wysięku, jest ono tylko dowodem, że osierdzie jest wolne od zrostów; objawem wielkiej doniosłości, który zawsze przemawia za rozległością wysięku, jest dźwięk bębnekowy u podstawy klatki piersiowej z tyłu z lewej strony. Jeżeli wszystkie te objawy spostrzegamy i jesteśmy pewni rozległości wysięku nie należy czekać na wystąpienie duszności i sinicy, lecz wypuścić płyn jaknajprędzej, gdyż im później zabiegu tego dokonamy, tem prędzej doczekamy się osłabienia serca, które nie będzie w stanie, po wypuszczeniu płynu, podołać włożonej na nie przez ustrój pracy.

Z dwóch sposobów wypuszczania płynu: przekłucia i cięcia, należy oddać zawsze pierwszeństwo przekłuciu; wyjątek stanowi obecność rozpadu gnilnego w osierdziu

Najdogodniejszym miejscem dla wykonania przekłucia jest 4 albo 5 międzyżebrze w odległości 5—6 ctm. po za brzegiem mostka. Z przyrządów mogą być używane bez różnicy: przyrząd DIEULAFOY'a lub POTAIN'a.

Obok wyników dodatnich przekłucia, jako to: usunięcia chwilowego niebezpieczeństwa (duszności, sinicy, obrzęku i t. d.) czasami osiągnąć możemy nawet zupełne wyleczenie.

(*La sém. méd. Nr. 47. 1898.*)

Rydzikowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 6 września r. b.

TREŚĆ: 1) JAWORSKI—przedstawienie dziecka z porażeniem nerwu twarzowego. 2) PIOTROWSKI—Niezwyczajny przypadek białaczki. 3) KOZEŃSKI — przedstawienie preparatów *endoarteriitidis syphiliticae* w bardzo wczesnym okresie przymiotu.

1) Kol. JAWORSKI przedstawił dziecko jednoroczne, pochodzące z rodziców zdrowych, urodzone bez pomocy akuszerskiej, u którego przed dwoma tygodniami twarz uległa niespodzianie skrzywieniu. Rozpoznano bezwład lewostronny nerwu twarzowego; dotknięte są gałązki końcowe i powierzchowne; wobec braku zaburzeń w przewodzie słuchowym, w gruczołach chłonnych i t. d., kol. J. przypuszcza pochodzenie bezwładu *a frigore*.

2) Kol. PIOTROWSKI miał odczyt treści następującej. Badając chorych na białaczkę, spostrzegamy przede wszystkim guzy śledziony lub gruczołów chłonnych znacznej wielkości, niebolesne. Za życia nie można sądzić o zajęciu szpiku kostnego, gdyż objawy są często niepewne, najważniejszym natomiast objawem jest zwiększenie liczby ciałek białych we krwi. Chodzi tu jednak wyłącznie o zwiększenie bezwzględne, a nie o zwiększenie stosunku do ciałek czerwonych. Jeszcze bardziej charakterystycznym objawem dla białaczki jest odwrócenie stosunku ciałek jedno- i wielojądrowych: pierwsze znacznie tu przeważają; sama liczba ciałek białych nie da się ściśle ograniczyć i żadnej liczby nie można wystawić jako charakterystycznej dla białaczki. Nie należy utożsamiać przewagi ciałek jednojądrowych z limfocytozą w białaczce limfatycznej i w mięsakach narządów krwiotwórczych. Obraz typowy dla białaczki może być zamazany, gdy wystąpią powikłania chorobami zakaźnymi. Po omówieniu metody EHRLICH'a, objawów ocznych i skórnych, krzepliwości krwi i zmian w moczu, przyszedł prelegent do wniosku, iż niema objawu, któryby bezwzględnie rozstrzygał rozpoznanie białaczki, można się tu kierować tylko ilością i natężeniem pewnych objawów, a pamiętać zawsze należy o postaciach nietypowych, do których należy przypadek, spostrzegany przez mówcę. Chodziło tu o mężczyznę 88-letniego, żebraka, który się skarżył na upadek sił, obrzęk kończyn dolnych i moczny i na częste oddawanie moczu; chory przebył w młodości szankra miękkiego, a przed 50 laty zimnicę, zresztą był zdrow. Oprócz objawów wymienionych, znaleziono obrzęk gruczołów chłonnych, powiększenie migdałków, ogromne powiększenie śledziony, zmniejszoną krzepliwość krwi, ciałek czerwonych 4,7 miliona, białych 60 tysięcy, hemoglobiny 77%; z pomiędzy ciałek białych 12% ciałek wielojądrowych, 48% limfocytów dużych i małych, 40% myelocytów, ciałek eozynofilowych 1:500. Badania późniejsze wykazały znaczne wahania liczby ciałek białych, bo pomiędzy 8100 i 110000. Mocz był prawidłowy. Wielkość gruczołów chłonnych wahała się równoległe do liczby ciałek białych. Arsenik, podawany przez pół roku, wywołał nieznaczną poprawę, atoli po pewnym czasie wystąpiły powikłania, a mianowicie gościec stawowy podostry, zapalenie włóknikowo-surowicze opłucny, wreszcie osłabienie ogólne, zgorzel migdałków i śmierć. Badanie zwłok wykazało wszędzie (szpik, śledziona, wątroba, nerki, trzustka, żołądek, kiszki, gruczoły chłonne) mniejsze lub większe nacieczenia i zrosty przerostowe tkanki limfadenoidalnej, właściwe białaczce. Na uwagę zasługują: 1) wątpliwości rozpoznawcze, niewiedomo było bowiem, czy jestto nietypowy przypadek białaczki, czy postać przejściowa między białaczką a białaczką rzekomą, czy wreszcie przerzuty ukrytego mięsaka; wątpliwości te zaakcentował kol. P. jeszcze bardziej przykładami z literatury;

2) w przypadku danym były tylko dwa stałe objawy białaczki: obrzęk śledziony i niezmierna przewaga ciałek jednojądrowych nad wielojądrowymi; 3) niezwykle jest wiek chorego; jest to chyba najstarszy ze znanych chorych na białaczkę. Zgorzel migdałków (a także powierzchowne owrzodzenia w kiszki i w żołądku) wystąpiła wskutek ucisku i usposobienia krwotocznego.

Prof. BRODOWSKI chwali odczyt wygłoszony, lecz żałuje, że nie dokonano poszukiwania we krwi pasorzytów, gdyż jest, jak wiadomo, grupa badaczy, przypuszczających, iż białaczka ma pochodzenie pasorzytnicze.

3) Kol. KOZERSKI opowiedział historię przypadku następującego. Mężczyzna 22-letni wstąpił do szpitala, skarżąc się na niezmierny ból głowy, wzmagający się przy najdrobniejszych podnieciach; sześć miesięcy przedtem zaraził się przymiotem i przebył leczenie rtęciowe. Pomimo ponownego zastosowania rtęci, stan chorego stale się pogarszał, wystąpiła utrata przytomności, porażenie prawostronne, porażenie prawego nerwu twarzowego, wreszcie śmierć wśród objawów przekrwienia płuc. Badanie zwłok wykazało, iż opona miękka na wypukłości mózgu jest silnie obrzękła, żyły bardzo rozszerzone, tętnica podstawowa i rowka SYLWIUSZ'a zgrubiała, mleczno-biała, błona wewnętrzna ich w wielu miejscach wysepkowato zgrubiała, światło niekiedy zwężone, istota szara miejscami przekrwiona, a z lewej strony zamiast jądra ogoniastego, soczewicowatego, pochewki wewnętrznej i przedniej części wzgórka wzrokowego widać białą, kaszowatą masę. W przekrwionych płucach zapalenie opadowe, na wewnętrznej powierzchni aorty kilka plamek zwyrodnienia tłuszczowego, w nerkach zmetnienie mięsiste. Wątpliwości nie było wobec wywiadów i braku miażdżycy, że jest to przypadek przymiotowego zajęcia naczyń. Obraz drobnowidzowy skrawków stwierdził to jeszcze bardziej. Światło tętnic jest zwężone wskutek rozrostu błony wewnętrznej, która w warstwie wewnętrznej składa się z gęsto ułożonych komórek wrzecionowatych i nacieczona jest ciałkami białymi, w warstwie zaś zewnętrznej z komórek łącznotkankowych w postaci snopów, gwiazd z delikatnymi wyrostkami. Błona okienkowata jest niezmienniona. W niektórych miejscach błona sprężysta jest rozszczepiona na wiele warstw. Niekiedy zwężenie światła jest spowodowane przez rozszczepienie błony okienkowej rozrośniętą w niej tkanką łączną. Błona średnia jest niekiedy nacieczona, błona zewnętrzna zgrubiała, nacieczona. W mięszu obu tych błon znajdują się nacieczenia drobnokomórkowe, ostro ograniczone, sięgające niekiedy aż do błony wewnętrznej. Jest to obraz *arteriitidis syphiliticae*. Dla czego przebieg zakażenia był tak groźny, nie wiadomo.

Kol. SOKOŁOWSKI stwierdza, że przymiot wywołuje niekiedy wcześniej stwardnienie naczyń u ludzi względnie zdrowych. Przypadek podobny do opisanego spostrzegł kol. S. 15 lat temu. W 9 miesięcy po zarażeniu się przymiotem zmarł mężczyzna 40-kilkoletni, skarżąc się na zawroty i bóle głowy. Badanie zwłok wykryło *endoarteriitidem syphiliticam* i *pachymeningitidem internam*.

Kol. GAJKIEWICZ spostrzegł analogiczny przypadek w roku ubiegłym. Chodziło tu o mężczyznę młodego, który w 8 miesięcy po zakażeniu dostał porażenia połowicznego. Leczenie rtęciowe uratowało chorego. Ztąd kol. G. wnosi, że przypadki wczesnego zajęcia naczyń natury przymiotowej nie są zbyt rzadkie.

Posiedzenie z dnia 20 września r. b.

TREŚĆ: 1) KOZERSKI—przedstawienie chorego na *mycosis fungoides*. 2) ORZEL—przedstawienie kamienia nerkowego, usuniętego za pomocą cięcia łonowego u dziecka 10-letniego. 3) ODERFELD—przedstawienie preparatu jelita wgłobionego. 4) KRAKÓW—Kilka słów w sprawie zsywania krocza, pękniętego przy porodzie, oraz przedstawienie ulepszonych kleszczy porodowych. 5) GROŚLIK—W sprawie leczenia pęcherza po kruszeniu kamienia.

1) Chorego swego widział kol. KOZERSKI jeszcze w roku zeszłym i rozpoznał u niego wtedy świeże zakażenie przymiotowe i łuszczycę na prawym łokciu i obu

goleniach. Leczenie swoiste usunęło objawy przymiotu, łuszczyca jednak powiększyła się i nawet nabrała innego wyglądu. Zbadawszy wówczas chorego dokładnie, kol. K. przekonał się, że objawy ograniczają się do górnej kończyny prawej. Jest ona czerwienista od lewej, zimniejsza, w części dolnej sinawa, prędzej ziębnie od lewej. Na czerwonym tle widać ciemniejszą sieć i czerwone plamy, nie różniące się spoistością od reszty skóry, to znów plamy, w których wyczuwa się nacieczenie powierzchowne, wreszcie są plamy pokryte delikatną błonką łuski. Na łokciu i wzdłuż mięśni nawrotnych widać miękkie, białe łuski wśród ciemno-czerwonych plam; te ostatnie są nacieczone aż w głębi tkanki podskórnej. Mówca wyłącza przymiot skóry i łuszczycę, a rozpoznaje *mycosis fungoides* na zasadzie opisu KAPOSI'ego. Pod wpływem pigulek azjatyckich nacieczenia znikły, pozostała tylko czerwona sieć na prawej kończynie górnej i jeden guz śródskórny na łokciu. Gdy DARIER uważa sprawę powyższą za *lymphadenia cutanea*, a KAPOSI za objaw sarkomatozy ogólnej, to HARDY uważa przypadki *mycosis fungoides* za takie, gdzie na tle łuszczycy lub pryszczycy powstają nowotwory złośliwe. Co do leczenia, to póki guzy nie zaczną się rozpadać, arsenik ma być bardzo pomocny; w okresie późniejszym, rozpadowym na pierwszym planie stoi antyseptyka miejscowa.

2) Kol. ORZEŁ przedstawił kamień, złożony ze szczawianu wapnia, wagi około 40 gm. w stanie świeżym wyjęty 10-letniemu dziecku za pomocą cięcia nadłukowego. W kilkanaście dni po operacji dziecko wyzdrowiało.

3) Kol. ODERFELD przedstawił preparat jelita wgłobionego. Była to *invaginatio ileo-colica*. Jelito wgłobione usunięto za pomocą operacji LESZCZYŃSKIEGO. Stan chorego jest zadawalniający.

4) Odczyt kol. KRAKOWA umieszczony był w Nr. 41 „Medycyny“. W dyskusji kol. THIEME przeczy, by kleszcze były powodem rozdzierania krocza; owszem zapobiegają mu one, gdyż przerywającej się główce nadać można właściwy kierunek. Lepiej jest zszywać krocze po odejściu łożyska, gdyż często musimy to ostatnie wyjmować rękami, lub tamować krwotok, a wtedy łatwo uszkodzić świeżo zszytą ranę.

Kol. BORYSSOWICZ, zgadzając się z przemówieniem kol. THIEMEGO, dodaje, że najlepiej szyc to, co jest pęknięte, a więc krocze osobno, a błonę śluzową osobno. Szwy, nakładane tak, jak to mówi prelegent, muszą przemieścić płat trójkątny ku przodowi, dzięki czemu, krocze będzie szerokie, niskie i pofałdowane.

Kol. SZTEYNER sądzi, że płat trójkątny musi się pofałdować i nie będzie przylegał do rany tak, jak to twierdzi prelegent.

Kol. GRZANKOWSKI szyje często krocza w sposób opisany, idąc za wskazówkami innych ginekologów, zaznacza, że pęknięcia błony śluzowej są przeważnie jednostronne, a mogą sięgać bardzo głęboko. Dlatego kol. G. nie radzi zostawiać takiego pęknięcia nie zaszytem, gdyż rana w pochwie łatwo się może zanieczyścić.

Kol. NEUGEBAUER zaznacza, że szyje pęknięcia zaraz po porodzie i nigdy nie widział z tego powodu złych następstw.

Kol. KRAKÓW odpowiada, że kleszczy nie uważa za wyłączną przyczynę pęknięć krocza, lecz sądzi, że pogląd ten jest słuszny, o ile kleszcze nie były nakładane ręką wprawną. Szycie zaraz po porodzie oszczędza położnicy cierpienie, tembardziej, że sposób, przezeń podany, wymaga niewiele czasu; dlatego również mówca go używa, że szycie z osobna krocza i błony śluzowej, choć słuszne, wymaga więcej czasu. Przemieszczenie płatu przez szwy sprawia to, że krocze staje się wysokiem i grubem. Inni ginekolodzy szyją również w ten sam sposób, lecz dopiero przy peryneoplastyce w kilka miesięcy po porodzie, mówca zaś szyje zaraz. Szycie pochwy nie jest konieczne, pochwa bowiem spada się, dzięki czemu brzezi pę-

kniętej błony śluzowej składają się same, zwłaszcza gdy je spoić szwami od strony krocza. Jeśli wypływ z macicy ma zanieczyścić ranę, to i szczie nie na wiele się przyda.

5) Odczyt kol. GROSGLIKA wydrukowany został w Nr. 39 „Medycyny“.

W dyskusyi kol. PERKOWSKI sądzi, że prelegent nie dość położył nacisku na stosunek cierpienia pęcherza do kamienia. Zapalenie pęcherza może tu być pierwotne lub wtórne. Kamieniom twardym zapalenie towarzyszy znacznie rzadziej, niż to dawniej sądzono, bywa tylko wtórne, niestale i krótkotrwałe (o ile pęcherz nie został zakażony zzewnątrz). Litotrypsia, dokonywana aseptycznie, nie powinna tu wywołać zapalenia pęcherza, szczególnie, jeśli dokonana zostanie w ciągu jednego posiedzenia. Dawniej, gdy do tego używano szeregu posiedzeń, prawie niepodobna było uniknąć zakażenia. Gdy zapalenie pęcherza jest sprawą pierwotną, a kamień wtórną, to choć kamień jest miękki, zapalenie nie zniknie, a operacja nie zapobiega nawrotowi kamienia. Leczenie to jest jednak konieczne u osób, dotkniętych przerostem gruczołu krokowego, i u ludzi starych. Umiejętne stosowanie cewników z przemywaniami pęcherza azotanem srebra choć nie leczy doszczętnie, przedłuża często poprawę, utrudniając powstawanie nowych kamieni lub usuwając ich zawiązki.

Kol. SZTEYNER uważa, że wnioski prelegenta, jako podane przez GUYON'a, są ogólnie znane, i sądzi, że należało przytoczyć nazwisko GUYON'a tam, gdzie postępowanie prelegenta różni się od podanego przez GUYON'a.

Kol. GABSZEWICZ był świadkiem, jak GUYON w 20 przypadkach, leczonych ambulatoryjnie nie zakładał po skruszeniu kamienia cewnika na stałe, lecz zalecił chorym udać się do domu.

Kol. Bron. SAWICKI uważa, że cewnik, założony na stałe, nie zawsze powstrzymać może krwotok z pęcherza. Nieżyt pęcherza może powstać nawet po aseptycznej operacyi drogą zakażenia przez krew. Gdzie cewnik nie pomaga, trzeba dokonać operacyi poważniejszej, np. cięcia pęcherza.

Kol. GROSGLIK odpowiada, że w odczycie swym wyraźnie podkreślił różnicę w postępowaniu pooperacyjnem w przypadkach czystych i powikłanych. Azotanu srebra nie przypisuje własności usuwania uporczywych nieżytów, uważa go tylko za środek najlepszy. Nie ma bynajmniej zamiaru przypisywania sobie pomysłu GUYON'a, lecz wyraża o nim swój sąd, oparty na pewnej liczbie przypadków, a czyni to tembardziej, że rada GUYON'a stosowania słabych roztworów azotanu srebra po kruszeniu kamienia nie tylko u nas, lecz i gdzieindziej nie jest stosowana. Wskazanie do stosowania cewnika na stałe G. zaczerpnął od samego GUYON'a i nie odpowiada za to, że GUYON inaczej postępował w przypadkach, leczonych ambulatoryjnie. Mówca zgadza się z kol. SAWICKIM, że w razie zawodności użycia cewnika na stałe przy krwawieniu z pęcherza lub cewki trzeba uciec się do zabiegu poważniejszego; krwawienia owe stanowią jednak wskazanie do użycia cewnika. Co do niepewności naszej aseptyki, to uwaga ta stosuje się do wszystkich operacyi.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= GAUDE poleca nowy środek przeciwgorączkowy i kojący—trifeninę (propionilfenitidyna). Jest to biały, błyszczący krystaliczny proszek bez zapachu i o smaku z lekka gorzkim, trudno rozpuszczalny w wodzie (1 : 2000). Z doświadczeń na zwierzętach i ludziach G. wyprowadza wnioski następujące: 1) Trifenina nawet przy dłuższym używaniu nie wywołuje żadnych przykrych objawów ubocznych. 2) Najdogodniej jest przepisywać trifeninę w opłatkach po 0,5—1,0 *pro dosi*. Dawka dzienna nie powinna przewyższać 3 grm. 3) Trifenina jest pewnym środkiem przeciwgorączkowym, przyczem stan bezgorączkowy trwa kilka godzin. Zarówno obniżanie się ciepłoty ciała, jak późniejsze podnoszenie się jej następuje powoli. 4) Trifenina jest pewnym i szybko działającym środkiem przeciw nerwobólom, również dobrze działa w ostrym gościecu stawowym. 5) Trifenina jest dobre *nervinum*, a często działa i jako *hypnoticum*. 6) Trifenina okazywała się skuteczną i w takich przypadkach, w których inne środki zawodziły. (Wien. med. Presse. 7. VIII. 98).

= MITCHELL i CROUCH badali wpływ światła słonecznego na płwocinę gruźliczą oraz wpływ klimatu górskiego na suchoty. Z badań tych wynika, że większa odporność mieszkańców gór względem laseczników gruźlicy tłumaczy się nie niszczeniem działaniem promieni słonecznych na owe pasorzyty, mającem się jakoby potęgować skutkiem rozrzedzenia powietrza, lecz dwiema następującymi przyczynami: a) mniejszą wilgotnością powierzchni płuc wskutek powiększonego parowania, wywołanego mniejszym ciśnieniem i suchością powietrza, oraz ciągłymi prawie wiatrami; zaś suchość gleby stanowi warunek, nie sprzyjający rozwojowi laseczników gruźlicy; b) większą energią czynności życiowych, częstszem oddechaniem, pobudzeniem działalności serca i ułatwieniem ruchów mięśniowych wogóle. (Medical Record. 18. VI. 98).

= JESSEN przekonał się, że ortoform jest doskonałym środkiem przeciwko bólom, pozostającym nieraz po wyjęciu zębów. Wystarczy włożyć do zębodołu kawałek wilgotnej waty, obsypanej orto-

formem, aby ból w tej chwili ustał. Równie dobrze działa ortoform w przypadkach obnażenia miększu zębowego oraz owrzodzeń języka i błony śluzowej jamy ustnej. (Münch. med. Woch. 9. VIII. 98).

= SCHMILINSKY i KLEINE zbadali wartość nowego środka odżywczego FINKLER'a—troponu. Z 3 doświadczeń, wykonanych na samych autorach, okazało się, że zawartość azotu w kale była powiększona (0,55 — 0,733 — 0,695 grm., co odpowiada 3,4—4,58—4,34 grm. białka). Przystawianie troponu zatem następuje trudniej, niż przystawianie mięsa, w każdym jednak razie jest bardzo dobre. Dalej z doświadczeń widać, że w przemianie materii tropon może w zupełności zastąpić białko. Przy stosowaniu troponu u 195 chorych, dotkniętych rozmaitemi cierpieniami, (dawano 15—80 grm. na dobę w pokarmach płynnych i stałych albo w postaci sucharków, czekolady i t. d. w przeciągu kilku tygodni lub miesięcy) nie spostrzegano żadnego szczególnego działania na ustrój lub na przewód pokarmowy. Smak troponu nie przez wszystkich chorych jednakowo był znoszony, niektórzy brali go jako lekarstwo, lecz na dodawanie go do pokarmów nie zgadzali się. Jedni chorzy skarżyli się na drapanie w gardle, drudzy na ciężar w żołądku; w 3 przypadkach wrzodu żołądka tropon wywoływał bóle, w 2 był znoszony dobrze. Ostatecznie autorzy zalecają tropon jako dobry środek odżywczy dla chorych; nie ustępuje on nutrozii, a przewyższa somatozę, jest zaś znacznie od nich tańszy, gdyż 1 kilo białka w troponie kosztuje 4 marki, gdy za tę samą ilość białka w nutrozii zapłacić trzeba 20 marek, a w somatozie — 50 marek. (Münch. med. Woch. 2. VIII. 1898).

= VALLOIS zwraca uwagę akuszerów na potrzebę ważenia łożyska w celu rozpoznania przymiotu wrodzonego u płodu. Zdaniem V. niezwykle duża waga łożyska w stosunku do wagi dziecka dowodzi wewnętrznymacicznego zarażenia tegoż przymiotem. Zdanie to oparte jest na szeregu spostrzeżeń, z których najciekawsze jest następujące: ani dziecko, ani matka przy rodzeniu nie zdradzały żadnych objawów przymiotu; pomimo to

autor podejrzewał u płodu przymiot na zasadzie nieproporcjonalności pomiędzy łożyskiem (700 grm.) a płodem (niżej normy). W istocie 8 dnia po urodzeniu stwierdził V. u dziecka pęcherzyce na dłoniach i podeszwach, a później i inne objawy przymiotu wrodzonego. (Nouv. Montpellier méd. 24. VII. 98).

— RONOSSE i WALTON na podstawie licznych badań porównawczych nad dzia-

łaniem hidrastyniny i styptycyny w krwawieniach macicznych dochodzą do wniosku, że pierwsza winna być stosowana wówczas, gdy idzie o szybkie wstrzymanie krwotoku, druga zaś w przewlekłych krwawieniach, gdy pożądane jest długotrwałe działanie. (Brit. med. Journ. 25. VI. 98).

S.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku zeszyt trzeci ogólnego zbioru tom XCV „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ i zawiera: 1) E. KOWAŁSKI—Badania nad zachowaniem się ciepłoty i krążenia krwi w narządach jamy brzusznej pod wpływem okładów. 2) J. LUXENBURG—Badania nad morfologią komórki nerwowej w stanie normalnym oraz wzmożonej ich czynności. 3) E. BIERNACKI—Spostrzeżenia nad glikolizą (utlenianiem moczu przez krew), warunkami jej istnienia i zachowaniem w stanach patologicznych. 4) J. SUNDERLAND — 220 przypadków zwężenia i częściowego lub całkowitego zarośnięcia pochwy pochodzenia poporodowego. (Dokończenie). 5) Protokoły posiedzenia Tow. Lek. Warsz. z d. 7. VI, 21. VI, 28. VI i 6. IX r. b. 6) Sprawozdanie z obrotu funduszu Kasy Wsparcia. 7) Ogłoszenia.

— Wyszedł z druku potrójny zeszyt „Odczytów klinicznych“ (Nr. 115, 116 i 117), zawierający pracę kol. Stanisława KAMIENSKIEGO pod tytułem: „O właściwościach fizycznych ustroju dziecięcego w stosunku do patologii i terapii“. Autor nazwał swą pracę „szkicem klinicznym“. W rzeczywistości jednak książka ta, zawierająca 143 stronicę druku, jest doskonałym podręcznikiem z ogólnej fizjologii, ogólnej patologii i ogólnej terapii chorób dziecięcych. Traktując rzecz ze stanowiska ogólnego, autor podaje niezliczone dane porównawcze, za-

równie anatomiczne jak i fizjologiczne, dotyczące ustrojów dziecięcych i dorosłych. Ztąd książka zawiera tyle dowodów rzeczowych do poglądów ogólnych na ustrój dziecięcy i tyle materiału encyklopedycznego dla ogólnej anatomii, fizjologii i patologii organizmów żyjących wogóle, że śmiało rzec można, iż jest ona niezbędna dla każdego myślącego lekarza. Zawiera bowiem tyle wszelkiego rodzaju szczegółów, zebranych i celowo ugrupowanych, iż pewni jesteśmy, że wielu kolegów będzie do niej zaglądało, ilekroć potrzebne będą im jakiegokolwiek dane porównawcze, dotyczące ustrojów dziecięcych i dorosłych. Powiemy więcej, iż rzecz jest wzięta tak wielostronnie, jak w żadnej z zagranicznych nawet książek. Z radością więc zaznaczamy, że zarówno dla lekarzy praktyków, jak i dla pracujących na polu piśmiennictwa, książka kol. KAMIENSKIEGO jest źródłem informacyjnym nie tylko doskonałym, ale, na razie przynajmniej, nawet niezastąpionym. Jeżeli dodamy do tego trafnie wypowiedziany pogląd ogólny na liczne stany chorobowe, bardzo liczne wskazówki praktyczne ciągle między wierszami z mowy autora występujące lub wprost porobione i nadzwyczajną żywość i piękność języka autora, to każdy pojmie z łatwością, że odczyt kol. KAMIENSKIEGO powinien znaleźć jaknajszersze koło czytelników. Życzymy mu szczerze tego powodzenia.

Sprostowanie. Na str. 954 w wierszu 7 od dołu zamiast „samej“ winno być „rannej“.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów katalog dzieł francuskich księgarni Senewalda w Warszawie.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою. Варшава, 1 Октября 1898 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8