

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 52.

Warszawa d. 13 (26) Grudnia 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 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: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. W sprawie powstawania krwotoków rdzeniowych (Haematomyelia). Podał d-r med. L. Bregman. — Przypadek pęknięcia pochwy podczas spółkowania. Podał Ignacy Mucha. — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 141. O leczeniu za pomocą diety jęczmiennej (Hafercuren) ciężkich postaci cukrzycy. 142. Hemoroidy w wieku dziecięcym oraz dalszy przyczynek do anatomii patologicznej tego cierpienia. 143. Zapalenie około-katnicze i leukocytoza. 144. O ostrym bezładzie mózgowym. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 20 października i 3 listopada r. b. — Z Towarzystw lekarskich zagranicznych. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Bregman — Sur la pathogénie de l'hématomyélie. 2) D-r I. Mucha — Un cas de rupture du vagin pendant le coit.

Redaction Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r L. Bregman — Zur Entstehung von Rückenmarksblutungen 2) D-r I. Mucha — Ein Fall von Ruptur der Scheide während des Beischlafes.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra med. L. BREGMANA.

W SPRAWIE POWSTAWANIA KRWOTOKÓW RDZENIOWYCH (Haematomyelia).

Podał

D-r med. L. BREGMAN

Ordynator szpitala Starozakonných.

(Według demonstracji na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w d. 4 Listopada 1903).

Sz. Panowie!

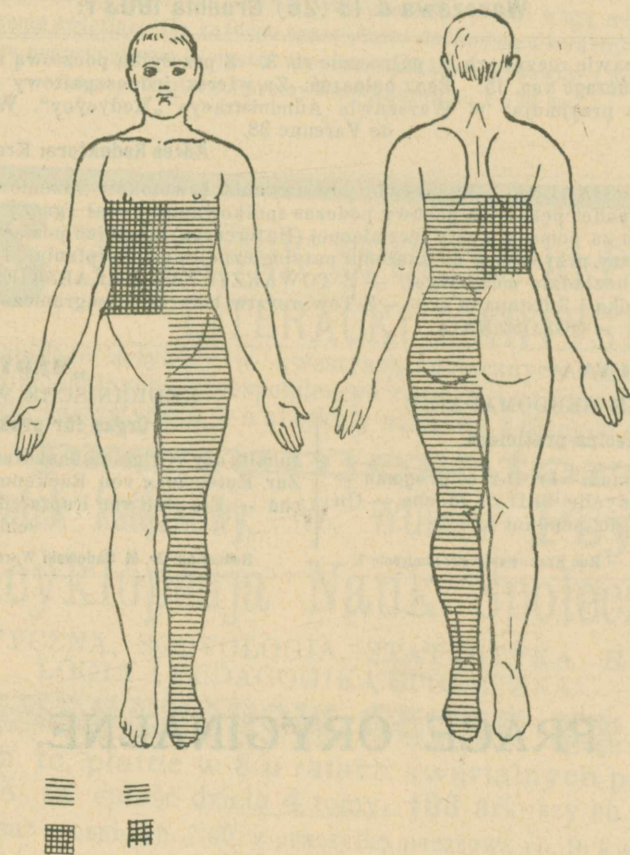
Chora, którą dziś mam zaszczyt przedsta-
wić Sz. Panom, była zdrowa do marca r. b., gdy
jednej nocy przebudziła się nagle z silnymi bó-

lami w plecach i w kręgosłupie. Przy porusze-
niach ciała bóle wzmagaly się. Równocześnie
chora zauważyła, że utraciła władzę w prawej
kończynie dolnej. Bóle po kilku godzinach usta-
ły, ale porażenie pozostało. W ciągu 3 tygodni
chora nie mogła utrzymać się na nogach, potem
stopniowo nastąpiła poprawa. Aliści, gdy od
dłuższego czasu stan pozostał bez zmiany, cho-
ra — zamieszkała w Lublinie — zdecydowała
się szukać pomocy w Warszawie i wstąpiła do
oddziału chorób nerwowych w szpitalu Staroza-
konných.

Obecny stan jej przedstawia się, jak następuje: Widzimy niedowład w znacznym stopniu prawej kończyny dolnej. Chora chodźi wprawdzie, ale powłóczy silnie prawą nogą, która wyraźnie „szlifuje” podłogę. W łóżku wszystkie ruchy są ograniczone i bezwładne. Po-

ilościowo zaś jest nawet w porównaniu z drugą stroną nieco wzmózona.

Zaburzenia czucia (Por. schemat) na stronie przeciwległej porażeniu, t.j. lewej, przedstawiają się pod postacią t.zw. rozszczepienia syringomyelicznego t.j. zniesienia (zupełne-



Estera Weinberger lat 19.

Objaśnienie. Prążki — rozszczepienie czucia. Kratka — zniesienie wszystkich rodzajów czucia.

rażenie ma charakter spastyczny, przy ruchach biernych wyczuwamy znaczny opór, a nawet ruchy czynne — zwłaszcza zginanie kolana — są skutkiem wzmózonego napięcia mięśni jeszcze bardziej utrudnione.

W porównaniu z drugą kończyną uderza zanik mięśni równomierny na całej kończynie — *atrophie en masse*. Różnica obwodu wynosi na łydce około $1\frac{1}{2}$ ctm., na udzie (12 ctm. nad rzepką) — 2 ctm. Reakcja elektryczna mięśni nie przedstawia żadnych zmian jakościowych,

go) czucia bólowego i ciepłikowego z zachowaniem dotykowego. Zaburzenia te sięgają ku górze do linii brodawkowej. Pasa nadczułości ponad tem niema.

Po stronie prawej znajdujemy szeroki pas anestezyi — niezupełnej zresztą — dla wszystkich rodzajów czucia od linii brodawkowej aż poniżej pępka, a z tyłu od dolnej $\frac{1}{3}$ łopatki m. w. do ostatnich żeber. Prócz tego w prawej kończynie dolnej czucie położenia i ruchów (głębokie) jest w palcach niewątpli-

wie zakłócone. Z początku choroby czucie to było całkowicie zniesione, chora „nie wiedziała wcale, gdzie noga jej leży“.

Odruchy ścięgniste — kolanowe, ze ścięgna ACHILLES'a — z obu stron wzmożone, z prawej większe nieco. Odruchy podszewowe słabe, z prawej strony wyraźny objaw BABIŃSKIEGO.

Dla uzupełnienia obrazu chorobowego dodać winienem, że kręgosłup jest niebolesny ani przy uciskaniu wyrostków ciernistych, ani przy opukiwaniu, że oddawanie moczu odbywało i odbywa się prawidłowo, stolec zaś jest zaparty.

Mamy przed sobą cierpienie rdzenia. Porażenie typu BROWN-SEQUARD'a dowodzi zajęcia prawej połowy tego narządu. Górna granica znieczulenia — linia brodawkowa — dowodzi, że ognisko dosięga 4 odcinka grzbietowego. Szeroki pas znieczulenia po stronie prawej odpowiada rozprzestrzenieniu się ogniska wzdłuż rdzenia — w istocie szarej — m. w. do 10 odcinka grzbietowego.

Cierpienie to powstało nagle u 19-letniej dziewczyny, jak Panowie widzą, kwitnącego wyglądu i doskonale odżywianej, która przedtem czuła się zupełnie zdrową. Dla przymiotu nie znajdujemy ani w stanie jej obecnym, ani w wywiadach żadnych danych. Błona dziewicza jest zachowana. Zresztą energiczne leczenie swoiste, przeprowadzone w szpitalu, nie odniosło żadnego skutku. Ostre zapalenie rdzenia występuje niekiedy w postaci szybko — błyskawicznie — się rozwijającej (*Myelitis acutissima*), aliści w tych razach sprawa nie ogranicza się do jednej połowy rdzenia, zejście jest zawsze śmiertelne, wysoka gorączka towarzyszy objawom rdzeniowym — o tem nie może być mowy u naszej chorej.

Pozostaje tylko ostra sprawa naczyniowa — zator lub krwotok w rdzeniu. Dla zatoru brak danych etiologicznych, zwłaszcza serce jest u naszej chorej zupełnie zdrowe. Rozległość ogniska, szczególnie zaś rozprzestrzenienie się jego wzdłuż rdzenia, w istocie szarej przemawia za

krwotokiem, który tu najczęściej w tej postaci — jako rurkowaty (*Röhrenförmige Blutung*) — występuje.

Zachodzi teraz pytanie, jakim sposobem u osoby młodej i zdrowej powstać mógł nagle krwotok w rdzeniu? Pytanie to, zdaniem mojem nader ciekawe, skłoniło mnie najbardziej do przedstawienia chorej Sz. Panom. W istocie, badanie narządów wewnętrznych (nerki, układ krwionośny) nie wykryło nic patologicznego, nie coby przemawiać mogło za zwiększonym usposobieniem do wylewów krwi. Pomijamy już, że w licznych postaciach chorobowych, w których usposobienie takie istnieje, bardzo rzadko wylewy w rdzeniu spostrzegamy.

Wywiady nie wykazały u naszej chorej nawet jakiegokolwiek momentu, który odegrać mógł w danym przypadku rolę *agent provocateur*. Nie było urazu, ani wstrząsu psychicznego, ani poprzedzającej choroby. Chora położyła się zdrowa do łóżka, a przebudziła się w nocy z bólami i porażeniem. Autorzy podają przypadki takie, zresztą z literatury sądząc, bardzo rzadkie, jako *hematomyelię pierwotną*, nie siląc się wcale na objaśnienie ich. Ja sam przed kilkoma laty opisałem przypadek podobny p. t. „*Haematomyelia centralis*“¹⁾. Chory, 30-letni, zdrowy przedtem mężczyzna, nagle około południa, w czasie śniadania, poczuł silny ból w krzyżu i uległ porażeniu w postaci BROWN-SEQUARD'a. W narządach wewnętrznych, również jak w układzie nerwowym (prócz objawów, spowodowanych przez wylew) tego chorego, tak samo jak w przypadku dzisiejszym, żadnych zmian nie znalazłem. Jako przyczyny usposabiające natomiast podałem wówczas 2 następujące: chory, jako handlarz, dźwigał często na plecach dość znaczne ciężary; chory w nocy, poprzedzającej

¹⁾ Kronika Lekarska. 1897. oraz Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. X. Umiejęciowiec sprawy było w tym przypadku nieco niższe, aniżeli w dzisiejszym, mianowicie od 8—9 odcinka grzbietowego do 3—4 lędźwiowego. Chorego przedstawiłem w Towarzystwie Lekarskiem w d. 2 marca 1897 r.

porażenie był płciowo mocno podniecony. Wyraziłem przypuszczenie, że zwłaszcza pierwszy z tych czynników mógł spowodować w rdzeniu *locum minoris resistentiae*.

Jeżeli jednak zważymy, jak częste jest oddziaływanie czynników podobnych, a zestawimy je z wielką rzadkością krwotoków rdzeniowych, to przyjść musimy do wniosku, że i w tym przypadku przyczyna powstania hematomyelii w samym rdzeniu tkwić musiała. Tem bardziej zaś tyczy się to przypadku dzisiejszego, w którym żadnych momentów usposabiających wykryć się nie dało.

Tu nasuwa mi się przypuszczenie, którego nie mogę wprowadzić poprzeć dowodami anatomicznymi, ponieważ materiału sekcyjnego w tej kwestyi brak dotąd zupełnie, za którym jednak przemawia szereg spostrzeżeń klinicznych. Zdażę mi się, że w przypadkach, w których u osób młodych i dotąd zdrowych nagle — bez zwiastunów i bez wiadomej przyczyny — występują objawy, przemawiające za wylewem krwi do rdzenia, przyjąć musimy w rdzeniu sprawę chorobową, która przedtem przebiegała skrycie lub dawała objawy, nie zauważone przez chorego, a dopiero dzięki krwotokowi, do którego powód dała, na jaw wyszła. Jako sprawę taką podejrzewam t. zw. *Gliosia spinalis*, t. j. rozrost przewlekły tkanki gliotycznej w rdzeniu, sprawę, która, jak wiadomo, prowadzi ostatecznie do tworzenia się jam w rdzeniu i dla tego nosi nazwę kliniczną „syringomyelia“. Powody, które mnie do przypuszczenia tego skłaniają, są następujące.

1) Wiemy teraz, że gliozą w większości przypadków rozwijać się zaczyna w młodym wieku. Jeżeli znajdujemy objawy syringomyelii u osób starszych, to zwykle dowieść można, że początki tej choroby datują od młodości. Jestto cierpienie, które trwać może dziesiątki lat, a powstaje najczęściej bez wiadomej przyczyny na tle wrodzonego usposobienia (*endogen*).

2) Rozrastająca się tkanka gliotyczna łątwo się rozpada, skutkiem tego spotykamy bardzo często w syringomyelii wylewy krwi.

3) Badanie kliniczne wielu przypadków syringomyelii wykazało, że w wielu razach postęp choroby nie jest ciągły, że często w przebiegu tej choroby następuje w bardzo krótkim czasie lub nagle pogorszenie sprawy, po tem zaś przez czas dłuższy, przy dokładnej obserwacji klinicznej, żadnego postępu w objawach zauważyć nie możemy. Taki rozwój sprawy „etapami“ stoi prawdopodobnie często w związku z krwotokami do tkanki gliotycznej.

4) Porażenie typu BROWN-SÉQUARD'a spotyka się, aczkolwiek rzadko, w typowych przypadkach syringomyelii. (Por. spostrzeżenie 6-te z opisaney przezemnie seryi przypadków).

5) W większości przypadków gliozą rozwijać się zaczyna w istocie szarej nabrzmienia szyjowego i powoduje 2 objawy główne. zaburzenia czucia oraz niedowład i zanik mięśni kończyny górnej (3-ci objaw kardynalny syringomyelii — zmiany troficzne skóry i układu kostnego — występuje stosunkowo rzadziej). Z pomiędzy tych objawów drugi zwykle najpierw przykuwa uwagę chorego. Zaburzenia czucia bardzo często nie zostają wcale zauważone, tem bardziej że mają zawsze prawie charakter częściowy z pozostawieniem czucia dotykowego i głębokiego, najpotrzebniejszych w życiu codziennem. Otóż, jeśli wyjątkowo sprawa za punkt wyjścia obierze nie część szyjową rdzenia, lecz grzbietową, jakby przyjąć należało w przypadkach, tu opisanych, to zaburzenia ruchowe dotyczyć będą wtedy mięśni międzykostnych lub brzusznych, a te najczęściej, zwłaszcza gdy występują jednostronnie, pozostają niespostrzeżone.

Sz. Panowie! Przypuszczenie bliskiego związku między hematomyelią a syringomyelią nie jest już zupełnie nowe. Przed kilku laty bowiem już MINOR, badacz moskiewski, wyraził zdanie, oparte na badaniu przypadków trauma-

tycznych, że w niektórych razach na tle krwotoku rdzeniowego powstaje później prawdziwa gliozja. Wylew krwi, *resp.* pozostała po nim jama staje się bodźcem do następczego rozrostu *gliae*, a tym sposobem powstają obrazy, nie różniące się w niczem od prawdziwej syringomyelii. M. nadaje tej grupie przypadków miano „haematomyelogen”. Ja posuwam się o krok dalej, twierdząc, że związek między obiema sprawami może być jeszcze ściślejszy, mianowicie, że w niektórych razach hematomyelia t. zw. pierwotna, t. j. powstała bez wiadomej przyczyny lub z przyczyn mało znaczących, jest pierwszym objawem skrycie przebiegającej gliozy.

Zanim skończę, pragnąłbym zwrócić uwagę Sz. Panów na parę szczegółów, którymi przypadek dzisiejszy wyróżnia się pod względem symptomatycznym.

Zaburzenie czucia mięśniowego w porażonej ruchowo kończynie stanowi ważną część obrazu klinicznego, jaki nakreślił nam BROWN-SÉQUARD. Obraz ten osnuty był przede wszystkim na wynikach badań doświadczalnych. Klinicznie w licznych przypadkach porażenia tego typu spostrzeganych i opisanych zaburzenia czucia mięśniowego występują względnie rzadko. U naszej chorej były one bardzo silne z początku, chora „nie wiedziała wcale, gdzie noga leży”, obecnie zaś są bardzo słabo wyrażone i tylko w palcach.

Zanik „en masse” porażonej kończyny również zasługuje na uwagę. Powtarzam jeszcze raz, że porażenie miało charakter spastyczny z powiększonym napięciem mięśni, wzmożeniem odruchów ścięgnistych, bez zmian jakościowych reakcji elektrycznej. Prawdopodobnie zanik powstał tu z tych samych przyczyn, jak w niektórych przypadkach porażenia połowicznego pochodzenia mózgowego, głównie skutkiem indywidualnej większej zależności troficznej neuronu ruchowego obwodowego od neuronu ośrodkowego.

Wreszcie w dziedzinie odruchowej zauważyłem u chorej objaw, który wydaje mi się godnym uwagi. Uderzenie młotkiem w prawe ścięgno ACHILLES’a wywołuje u niej, jak już wspomniałem, dość silny odruch w postaci zwykłej — zginanie stopy. Jeśli jednak uderzenie jest zbyt mocne lub zostało kilkakrotnie powtórzone, to następuje również zginanie stopy, ale wnet potem wyprostowanie palucha oraz innych palców, a przy bardzo silnym bodźcu, rzadko wprowadzie, wyprostowanie całej stopy. Muszę dodać, że ten odruch nieprawidłowy wyczerpuje się dość prędko, i, gdy się go kilka razy z rzędu wywołało, to następne powtórne uderzenia pozostają bezskuteczne, a potem dopiero odruch znowu się pojawia. Skurcz wyprostaczy palców następuje wolno i ma, przy silnych bodźcach, charakter tetaniczny, t. j. utrzymuje się przez krótką chwilę i zwolna ustaje. Podobne zjawisko zauważyć można też, gdy się pobudza elektrycznie — prądem faradycznym lub galwanicznym — mięsień brzusko-łydkowy (*m. gastrocnemius*).

Mamy tu poniekąd reakcję paradoksalną — uderzenie zginacza wywołuje skurcz wyprostaczy — która jednak różni się od „reakcji paradoksalnej”, opisaniej przez WESTPHAL’a. Ta ostatnia polega na tem, że przy biernem wyprostowaniu stopy następuje skurcz wyprostaczy, a zwłaszcza mięśnia goleniowego przedniego, który utrzymuje stopę w położeniu wyprostowanem i zlekka przywiedzionem. Reakcji takiej zresztą u chorej naszej nie otrzymywaliśmy. Odruch zaś, który spostrzegaliśmy, powstaje prawdopodobnie przez oddziaływanie skurczu *m. gastrocnemii* na jego antagonistów.

Z kliniki chorób kobiecych Warsz. Uniw. w szpitalu
św. Ducha w Warszawie.

Przypadek pęknięcia pochwy podczas spółkowania.

Podał

IGNACY MUCHA.

12 lipca r. b. wieczorem zgłosiła się do kliniki ginekologicznej w szpitalu św. Ducha 27-letnia Antonina S. z obfitem krwawieniem z narządów płciowych. Przyjęta przez fclerzkę i przeniesiona na salę, chora zeznała, że miesiączkowanie było prawidłowe, ostatni raz 3 tygodnie temu, i że z niewiadomej przyczyny nagle wystąpiło tak obfite krwawienie. Fclerzka mylnie rozpoznała poronienie i wytamponowała pochwę gazą sterylizowaną, poczem krwawienie ustało.

Nazajutrz zrana, przyszedłszy do szpitala, zastałem kobietę średniego wzrostu, nieźle odżywianą, ze śladami ostrej anemii. Błona śluzowa warg blada, na włosach sromu skrzepy krwi, ciepłota 37°, tętno 120. Pierwsze miesiączkowanie w 16 roku życia, następne odbywały się prawidłowo co 4 tygodnie i trwały 3 do 5 dni, bez bólów i nadmiernej wydzieliny. W 18 roku życia wyszła za mąż, rodziła 3 razy *viribus naturae*, nigdy po porodzie nie gorączkowała. Ostatni raz rodziła 4 lata temu, od 2 lat nie żyła życiem płciowym, gdyż mąż został umieszczony w Tworakach z powodu choroby umysłowej. Po należytem obmyciu części płciowych okazuje się, że wargi sromne większe zamykają srom dość szczelnie i zakrywają mniejsze, blade, anemiczne. Krocze całe. Po usunięciu tamponów i skrzepów z pochwy — znówu dość obfite krwawienie. Zabarwienie błony śluzowej pochwy nie ma swiego niebieskiego odcienia charakterystycznego dla ciąży, jest natomiast blade. Pochwa normalnej długości, macica niepowiększona leży w przodopochyleniu — zgięciu. Ujście maciczne małe, przepuszcza koniec palca. W tylnem sklepieniu i naprawo daje się wyczuć rana dość długa, idąca z tylnego sklepienia naprawo i ku górze do

sklepienia prawego. Po założeniu łyżek SIMON'a ujrzałem ranę pół ctm. głębokości, w głębi której leżała tętniąca wyraźnie obnażona tętnica maciczna, długość rany 6 ctm. Brzegi rany dość równe i gładkie, jakby zadane ostrem narzędziem. Przemywszy kilkakrotnie pochwę, zeszyłem ranę jedwabiem i lekko wytamponowałem pochwę. Po 6 dniach chora wypisała się ze szpitala. Rana zagoiła się *per primam intentionem*.

Zapytana o pochodzenie urazu, chora opowiada, że poprzedniego dnia spotkała się ze swym znajomym 27-letnim mężczyzną i poszła do jego mieszkania. Tu została rzucona na sofkę i zgwałcona. Uczuła zaraz ból i krwawienie, lecz nie mówiła o tem w szpitalu, wstydząc się całego zajścia. Teraz wyjawia całą prawdę i prosi o świadectwo, gdyż ma zamiar sądownie poszukiwać swej krzywdy. Wypisując się ze szpitala, wyrzekła się jednak swego zamiaru i świadectwa nie żądała.

Opisany powyżej przypadek co do leczenia i rokowania nie przedstawia nic osobliwego. W przypadkach tego rodzaju zawsze najlepiej ranę zeszyć, a rokowanie przy zachowaniu prawideł aseptyki jest prawie zawsze pomyślne, zależy zresztą od głębokości rany i jakości uszkodzenia. Podaję go głównie dlatego, że liczba opisanych przypadków *rupturae fornicis vaginae sub coitu* jest względnie nie wielka, a analiza mechanizmu powstania uszkodzeń rzuca pewne światło na te przypadki, które mogą być przedmiotem dochodzenia sądowego.

Ze 150 przypadków urazu pochwy podczas spółkowania, zebranych przez NEUGEBAUERA, spotrzegano rozerwanie sklepienia tylnego 38 razy, wraz z moim przypadkiem 39.

Jako przyczynę powstania tych uszkodzeń podawano odbywanie stosunku w pozycji niewłaściwej (kobieta w pozycji siedzącej, kobieta w pozycji *à la vache*), nadmierny rozrost prącia, niedostateczny rozwój pochwy lub jej zanik i kruchość ścian w okresie uwiądowym, burzliwe wykonanie stosunku w krótkim czasie

po porodzie, zabiegach operacyjnych i zbyt wielkie erotyczne pobudzenie ze strony kobiety, zwłaszcza starszej, po długim poście płciowym (WARMAN).

W 7 przypadkach, jako przyczynę powstania uszkodzeń tylnego sklepienia pochwy podczas spółkowania podawano zgwałcenie. Przypadki te są następujące:

1) CAVAILLON: 8-letnia dziewczynka zgwałcona i uduszona podczas gwałcenia. Wątpliwem jest, czy rany zadane były nożem, czy też prąciem.

2) FRANK: zgwałcenie 15-letniej dziewczynki, połączone z zamordowaniem ofiary. Złoczyńca zadał ranę nie prąciem, lecz nożem.

3) HIMMELFARB: stara kobieta, zgwałcona przez trzech mężczyzn.

4) WARMAN: 58-letnia kucharka, zgwałcona podczas snu przez gospodarza. U kobiety tej pochwa była wydłużona z powodu *prolapsus vaginae*.

5) OSTERMAYER: zgwałcenie 40-letniej kobiety przez jej pijanego szwagra.

6) FINKELKRAUT: 40-letnia kobieta, zgwałcona przez 26-letniego mężczyznę.

7) Opisany powyżej przeze mnie przypadek.

Pierwsze 2 przypadki noszą wybitne piętno zwyrodnienia; rany, jako zadane nożem, właściwie nie należą do rozpatrywanych przeze mnie. W 5 pozostałych przypadkach motyw gwałtu, na który skarżą się ofiary, wydaje się kłamliwym. Jeżeli bowiem zgwałcenie w normalnych warunkach zdrowej kobiety przez pojedynczego mężczyznę jest z punktu widzenia medycyny sądowej wątpliwe, to tembardziej odrzucić można gwałt w przypadku 5-ym (OSTERMAYER), gdzie mężczyzna był pijany. W przypadkach WARMANA i FINKELKRAUTA kobiety starsze spały tak twardo, że nie mogły się oprzeć gwałtowi, im zadawanemu, obie jednak przyznały, że stosunek odbył się bardzo burzliwie. Trudno zgodzić się na istnienie „gwałcenia” w takich warun-

kach. Gdyby kobiety poszkodowane zachowywały się pod względem erotycznym biernie lub opornie, uszkodzenia mogłyby istnieć w dolnym odcinku pochwy, lecz nie sięgałyby aż do sklepień. Z miejsca tych uszkodzeń nie widać, żeby pochwa cofała się przed gwałcącym członkiem, przeciwnie wydaje się, że nań napierała. W moim przypadku też należy odrzucić zgwałcenie. Gdy 27-letnia kobieta po dwuletniej wstrzemięźliwości płciowej idzie do mieszkania kawalera, to chce się raczej na gwałt narazić, niż go uniknąć. Zresztą poszkodowana nie upiera się bardzo co do zgwałcenia i przyznaje się do bardzo burzliwego stosunku z nadzwyczajnym podnieceniem.

Analiza krytyczna przypadków uszkodzenia sklepienia tylnego pochwy *sub coitu*, łączonych jakoby ze gwałceniem, w żadnym z zapisanych przypadków, obejmujących bardzo obfitą liczbę spostrzeżeń (150 przypadków uszkodzeń wogóle), nie pozwala uznać gwałtu. Dlatego też zdanie WARMANA, że uszkodzenia takie mają miejsce tylko wtedy, gdy kobieta, silnie płciowo pobudzona, przyjmuje bardzo czynny udział w stosunku, wydaje mi się słusznym.

Gdy jednak w przypadkach WARMANA i FINKELKRAUTA, prócz burzliwego stosunku i silnego podniecenia ze strony kobiety, usposabiającym czynnikiem w powstaniu uszkodzenia mogła być kruchość ścian pochwy, gdyż obie kobiety były już w okresie uwiądowym (*climax*), w przypadku moim nie było ani blizn, ani skrócenia, ani zaniku pochwy, było tylko bardzo silne podniecenie płciowe i burzliwe wykonanie stosunku u kobiety młodej, z powodu choroby męża zmuszonej do dwuletniej wstrzemięźliwości.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

141. NOORDEN. O leczeniu za pomocą dyety jęczmiennej (Hafercuren) ciężkich postaci cukrzycy.

Na ostatnim zjeździe przyrodników w Karlsbadzie (1902) autor wspominał o szczególnym zjawisku, że chorych na cukrzycę, którzy przy zupełnie ścisłej diecie albo wcale nie albo tylko chwilowo zostają uwolnieni od cukru, udaje się nieraz szybko i na pewno uwolnić od cukromoczu, jeśli się im nie daje oprócz wielkich ilości jęczmienia; obok tego, jeśli się chce osiągnąć pomyślne wyniki, należy podawać masło i zwyczajne substancje białkowe, lecz żadne inne węglowodany, ani też mięso. Współcześnie ze zmniejszeniem się cukru zmniejsza się wydzielanie ciał acetonowych i amoniaku.

Ponieważ autor dotąd leczył tą metodą około 100 chorych na cukrzycę z różnym wynikiem, przeto w pracy referowanej zaznajamia z niektórymi szczegółami, dotyczącymi tego leczenia.

Do przeprowadzenia kuracji jęczmiennej autor używa mąki jęczmiennej (KNORR'a) którą gotuje przez długi czas i dodaje nieco soli; podczas gotowania dodaje masło i jakieś roślinne białko lub po wystygnięciu ubite białko od jaja. Dzienna ilość zaraz od początku kuracji jęczmiennej wynosiła 200 grm. jęczmienia, 100 grmów białka, 300 gramów masła. Zupa w powyższy sposób przygotowana była co dwie godzin podawana. Obok tego nieraz podawano nieco koniaku lub wina i mocnej czarnej kawy.

Wśród licznych przypadków cukrzycy, dotąd leczonych za pomocą dyety jęczmiennej, autor podaje szczegółowy opis 5 przypadków.

Przypadek pierwszy dotyczy chorego, którego przy najściślejszej diecie nie udało się w ciągu 18 dni uwolnić od cukromoczu, ilość dobowa cukru, wydzielanego z moczem, wynosiła 50 i więcej gramów, acetonu $1\frac{1}{2}$ do 2 gramów, amoniaku między $1\frac{1}{2}$ a 3. Gdy w ostatnich

dniach ilość ta jeszcze się podniosła, autor przystąpił do dyety jęczmiennej. Jak z dołączonej tablicy widać, już wnet po rozpoczęciu leczenia nastąpił wyraźny zwrot: ilość cukru z dnia na dzień się zmniejszała, ilość acetonu już po 3 dniach wróciła do normy.

Począwszy od 49 dnia spostrzeżenia chory znosił zwyczajną ścisłą dietę przeciwcukrzycową, a w końcu stało się możliwem obok dotąd ścisłej dyety podawanie znacznych ilości węglowodanów bez wznowienia cukromoczu.

W przypadku tym dieta jęczmienna dała nadspodziewane wyniki, które jednak nie są zbyt częste; nie zawsze bowiem dieta ta była przez dłuższy czas znoszona.

Drugi przypadek dotyczy młodego człowieka, u którego po podróży wystąpiły pierwsze objawy śpiączki cukrzycowej (osłabienie, zmęczenie, senność, przyspieszony oddech). W przypadku tym pod wpływem kuracji jęczmiennej nie udało się otrzymać stałego zmniejszenia cukromoczu, chory jednak wzmocnił się, a po 20 dniach czuł się zdrowym. Przypadki tego rodzaju są dosyć częste. Jakkolwiek nie osiągnięto tu wybitnego skutku, wydaje się autorowi pewnem, że w porę podjęta kuracja jęczmienna odwróciła niebezpieczeństwo śpiączki i sprowadziła poprawę, która w danej chwili była wysoce zadawalająca.

W trzecim przypadku pod wpływem kuracji jęczmiennej wydzielanie cukru i acetonu się zmniejszyło, nie udało się jednak uwolnić chorego od cukromoczu. Wynik osiągnięty był o tyle doniosły, że chory na cukrzycę od 10 lat i w ostatnich miesiącach silnie podupadły na siłach przy kuracji jęczmiennej odzyskał dawne siły i wydelał mniej acetonu. I przypadki tego rodzaju nie są rzadkie w spostrzeżeniach autora.

W czwartym przypadku i w wielu podobnych wynik leczenia za pomocą dyety jęczmiennej był gorszy, aniżeli w przypadku trzecim,

to jest cukromocz nie tylko się nie zmniejszył, lecz zwiększył.

Piąty przypadek godny jest uwagi z tego względu, iż pokazuje, że nie natężenie cukromoczu jest miarodajne dla dodatniego lub ujemnego wyniku kuracji jęczmiennej. U chorego, który od półtora roku cierpi na cukromocz bardzo nieznaczny, leczenie za pomocą diety jęczmiennej nie przyniosło pożytku.

Na czym polega działanie kuracji jęczmiennej, nie podobna jeszcze dziś orzec. Już dawniej pisano, że zwyczajna, bogata w węglowodany dieta lepiej bywa przez chorych na cukromocz znoszona, aniżeli mieszana węglowodanowa. Tu należą kuracje ryżem DÜHRING'a, które silnie atakowano, kuracje mleczne, zalecane przez WINTERNITZ'a i innych, kuracje za pomocą kartofli MOSSE'go i t. p.

W tem miejscu na uwagę zasługują niektóre inne szczególne spostrzeżenia, które mają pewien związek z opisanymi przez autora. Bywają chorzy na cukrzycę, u których zmniejszenie ilości węglowodanów lub zupełne ich usunięcie źle bywa znoszone. Przez zupełne zerwanie ze ścisłą dietą, przez dostarczenie znacznych, często nadmiernych ilości węglowodanów zwiększających wprawdzie z początku (1 do 2 tygodni) cukromocz, otrzymuje się następnie zmniejszenie ilości wydzielanego cukru.

Jakkolwiek tego rodzaju przypadki mają niejaki podobieństwo do opisanych przez autora, przedstawiają jednak tak pod względem praktycznym, jak i teoretycznym ważne różnice. Przy pierwszych następuje skutek, gdy się odstąpi od schematu ścisłej diety przeciwukrzycowej, wszystko jedno, jaki rodzaj węglowodanów się choremu dostarcza, przy drugich, stanowiących przedmiot niniejszego referatu, wszystko polega na tem, że się trzymamy jednego rodzaju węglowodanów.

Godne jest dalej uwagi, że, jeżeli mieszać mąkę jęczmienną z chlebem pszennym, wyniki już są o wiele mniej pomyślne, chociaż stosownie do dzisiejszych naszych wiadomości oba rodzaje zboża zawierają ten sam węglowodan (*amylum*).

Wobec powyższych nowych faktów lekarz jeszcze bardziej wystrzegać się musi powszechnie w użyciu będącego schematycznego leczenia chorych na cukrzycę, a raczej musi ściśle indywidualizować. Nawet najdoświadczeńszy lekarz

musi ostrożnie w każdym pojedynczym przypadku szukać odpowiedniej diety, od właściwego wyboru której tak bardzo zależy pomyślny wynik leczenia.

Autor zastrzega, że, jakkolwiek dla pewnej liczby przypadków poleca próbować powyższą nową metodę leczenia cukrzyce, wszelako ostrzega przed stosowaniem tej metody w każdym przypadku, gdyż obok nielicznych chorych, u których z pożytkiem stosować można dietę jęczmienną, postawić należy wielu, dla których leczenie to jest bezpożyteczne, a nawet szkodliwe. Ma tu to samo miejsce, co z kuracją mleczną, kartoflaną i t. p.

(Berliner klin. Wochenschrift. N. 39).

F. A.

142. G. REINBACH. Hemoroidy w wieku dziecięcym oraz dalszy przyczynek do anatomii patologicznej tego cierpienia.

Guzy krwawnicze w okolicy odbytu stanowią cierpienie, występujące zazwyczaj dopiero po upływie drugiego, a nawet trzeciego lat dzieśiątka. Szeroko rozpowszechnione jest mniemanie, że cierpienie to prawie zupełnie nie daje się napotkać w wieku dziecięcym. Tak jednak nie jest. Dotychczas wprawdzie zanotowanych jest zaledwie kilka przypadków hemoroidów u dzieci, przy staranniejszem jednak zwracaniu uwagi w tym kierunku liczba odnośnych spostrzeżeń, jak sądzić należy, znacznieby się zwiększyła.

W ciągu ostatnich 2 lat autor spostrzegał w Wrocławiu 4 przypadki tego cierpienia u dzieci. Wiek tych chorych jest następujący: 14 lat 7 tygodni (wrodzone hemoroidy), 8 lat, 3½ roku. Preparat guzów hemoroidalnych, usuniętych u ostatniego chorego, poddany został przez autora szczegółowemu badaniu, które wykazało, że budowa preparatu najzupełniej odpowiada budowie naczyniaka jamistego (*angioma cavernosum*). Dane te pozostają w zgodzie z wynikami dawniejszych poszukiwań tegoż autora nad guzami hemoroidalnymi u dorosłych. Na pogląd autora zgodzili się w zupełności ZIEGLER, WEIGERT i PONFICK, którym on swe preparaty okazywał.

Wobec tego co począć mamy z uświęconym wiekową tradycją poglądem, przypisującym powstawanie hemoroidów zastojowi krwi? Pojęciu o naczyniaku jamistym zupełnie obca jest zastoina, jako moment przyczynowy. Fakt

ten ustalił jeszcze VIRCHOW. Według tego badacza, odróżnić należy w powstawaniu każdego naczyniaka jamistego 2 okresy: okres nowotworzenia naczyń oraz okres rozszerzenia tychże i przeobrażenia w przestrzenie jamiste. Zanik tkanek, leżących między przestrzeniami naczyńniowemi, zniknięcie ścian przylegających do siebie uchylkowatych rozszerzeń, zniszczenie przegród oraz ich przedziurawienie — wszystko to stanowi już dalsze okresy cierpienia. VIRCHOW podkreśla dalej okoliczność, że rozszerzenie nie polega prosto na rozciągnięciu biernem ścian naczyńniowych, lecz zależne jest od przerostu (*hyperplasia*) pierwiastków anatomicznych, z których ściany owe się składają, że zatem rozszerzenie naczyń stanowi sprawę czynną. Duże znaczenie ma także ten fakt, że przy naczyniaku jamistym znikają całkowicie naczynia włosowate, tak że tętnice bezpośrednio przechodzą w większe przestrzenie, które uważane być mogą za początki sieci żyłnej. Wszystkie te stosunki wyraźnie występują w preparatach autora.

Autor w dalszym ciągu swej pracy zwalcza wszystkie argumenty, które przytaczano z dawien dawna na poparcie zastoinowego pochodzenia hemoroidów. Dotychczas jeszcze za jeden z najważniejszych czynników etiologicznych uważany jest zastój w układzie żyły wrotnej, występujący najczęściej w cierpieniach wątroby. Otóż faktem anatomicznym jest, że zewnętrzne żyły hemoroidalne, które żywią t. zw. hemoroidy zewnętrzne, należą do zakresu żyły czezej, nie zaś do żyły wrotnej (WEDEL, STAHL, HOFFMANN).

Również żyły hemoroidalne średnie, znajdujące się między zewnętrznymi i wewnętrznymi i zajmujące znaczną, bo dochodzącą do 4 cali wysokości powierzchnię prostnicy, wpadają do żyły czezej. Jedynie tylko *venae haemorrhoidales internae* należą do obrębu żyły wrotnej. Otóż guzy hemoroidalne zajmują prawie wyłącznie obszar żył hemoroidalnych zewnętrznych i średnich. A zatem żyła wrotna pozostaje z cierpieniem hemoroidalnem w luźnym tylko związku, który możnaby jakoś przedstawić sobie, uwzględniając połączenia między *vv. superiores et mediae*. Lecz w takim razie niewytłomaczony pozostaje fakt, że właściwe korzenie *v. portae*, t. j. żyły hemoroidalne wewnętrzne, prawie nigdy w cierpieniu udziału nie biorą, oraz że wogóle dla przeważnej większości hemoroidów ze-

wnętrznych znaczenie etiologiczne zastoinu w zakresie żyły wrotnej wcale nie wchodzi w grę. Z ostatnią okolicznością pozostaje w zgodzie fakt, że w najcięższych przypadkach hemoroidów, t. j. w tych, które dostają się w ręce chirurgów, zastój w żyłe wrotnej należy wprost do rzadkości.

Co się tyczy zastoinu w żyłe czezej dolnej, to, wyłączając przyczyny czysto miejscowe, nie możemy zrozumieć, dlaczegoby rozszerzenie najbardziej ku dołowi położonych żył kiszki grubej miało występować tak niezmiernie często, podczas gdy rozszerzenie wyżej leżących żył wcale nie jest znane, przynajmniej w tej ograniczonej postaci, oraz dlaczego w bardziej obwodowych obszarach naczyńniowych tak często rozszerzenia nie spotykamy. Współistnienie hemoroidów i rozszerzeń żylnych na kończynach dolnych występuje dość rzadko, ażebyśmy musieli oba cierpienia stawiać w zależności od wspólnego czynnika i uważać za współrzędne, a zresztą przy wytwarzaniu żylaków na kończynach dolnych mamy bez wątpienia przyczyny miejscowe. Przytem klinika poucza, że kombinacja hemoroidów z cierpieniami serca i płuc, które wszak są najczęstszymi źródłami zastoinu w żyłe czezej, spotyka się bardzo rzadko. Możliwe jest jeszcze myśleć o zastoinie w jakiejś gałęzi żyły czezej, np. *in vena haemorrh. infer.*, uwarunkowanej przez zakrzep. Przyczyna taka, być może, w pojedynczych przypadkach ma miejsce, lecz uogólnić jej niepodobna.

Często przyjmuje się wpływ zastoinu i ucisku ze strony stwardniałego kału na rozwój hemoroidów. Atoli nieuprzedzona obserwacja kliniczna stanowczo dowodzi, że o ogólnem znaczeniu tego czynnika mowy być nie może, gdyż w znacznej, a nawet przeważnej liczbie przypadków niepodobna stwierdzić ani opieszałości jelit, ani wogóle zaparcia i przypuszczalnego zatrzymywania się mas kałowych. Pogląd, że zawody, połączone z siedzącym trybem życia, mają bardzo uspasabiać do cierpienia hemoroidalnego również przedmiotowej krytyki nie wytrzymuje: na dowód przytoczyć można występowanie hemoroidów u ludzi, prowadzących bardzo czynny tryb życia, np. u żołnierzy oraz u dzieci.

Wprawdzie niekiedy spostrzegać się dają zmiany zastoinowe w prostopadłości i okolicy odbytu, które istotnie stanowią następstwo mechani-

znego utrudnienia odpływu krwi żyłnej, jak np. u kobiet, u których ciężarna macica uciska na prostnicę, albo u kobiet *intra partum*. Lecz to nie są, zdaniem autora, hemoroidy, jakkolwiek wielkie okazują podobieństwo zewnętrzne do tego cierpienia.

Niezależności hemoroidów od jakiegokolwiek ogólnego cierpienia dowodzą także wyniki leczenia operacyjnego. Po radykalnem usunięciu cierpienia (*exstirpatio*) nawroty występują niezmiernie rzadko (MIKULICZ i inni). Okoliczność ta zrozumiała będzie tylko wówczas, gdy cierpienie uważać będziemy za czysto miejscowe. Okoliczność, że przy mniej radykalnych, niż *excisio*, metodach operacyjnych, jak np. przy podwiązaniu guzów krwawniczych, nawroty także dość rzadko się wydarzają, nie przemawia przeciw nowotworowej naturze hemoroidów, gdyż przy naczyniakach umiejscowionych także w innych okolicach, te same mniej radykalne metody operacyjne, np. nakłuwanie galwanokautystyczne, nierzadko prowadzą wyleczenie.

Mogłoby się niejednemu dziwnem wydawać, dlaczego naczyniaki, za jakie autor hemoroidy uważa, tak często siedlisko sobie obierają w dolnym końcu okrężnicy. Przypomnieć tu wypada, że pewne nowotwory mają w przewodzie pokarmowym swe ulubione miejsca, a nadto wskazać można na analogię z częstem umiejscowieniem naczyniaków u początku przewodu pokarmowego, w miejscu przejścia błony śluzowej warg w skórę warg i policzków.

Drobnowidzowo autor stwierdził tak w obecnym, jakoteż w poprzednich preparatach znaczną wielopostaciowość zmian anatomo-patologicznych. Ważna jest okoliczność, że bywają hemoroidy, w których brak wogóle rozszerzenia żył. Ustalić się da kilka typów cierpienia. Pierwszy odpowiada obrazowi naczyniaka prostego (*angioma simplex*) ze znaczną proliferacją naczyń. Drugi typ odpowiada nowotworzeniu tkanki jamistej. Trzeci typ przedstawia się jako ogniwo średnie między dwoma poprzednimi: przestrzenie jamiste zwiększają się w swej rozciągłości, przegrody między nimi ulegają grubieniu, wewnątrz tych przegród stwierdzić można znaczną obfitość naczyń włosowatych z wyraźnem miejscami pączkowaniem. Wreszcie ostatni typ cechują zmiany przewlekłe zapalne, które rozgrywają się szczególnie w naczyniach.

Mamy tu po części rozlane, po części miejscowe zmiany w ścianach naczyńniowych. Częstość przyłączają się objawy zastój żylny, skutkiem czego nieraz powstają sprawy zapalne, zazwyczaj złejszego natężenia.

Dotychczas znajdujemy w literaturze nieliczne prace, mające na celu skontrolowanie otrzymanych przez REINBACH'a wyników. DJAKONOW doszedł do wniosku, że hemoroidy uważać należy za guzy łagodne, naczyniaki jamiste. SNJETINOW, przeciwnie, uważa je na mocy swych badań histologicznych, za żylakowate rozszerzenie żył kiszek prostej. Tegoż zdania jest TIETZE. Wreszcie GUNKEL na podstawie bardzo szczegółowych badań widzi się zmuszonym do przyjęcia przegrody naczyniakowej hemoroidów. Interesujące są również wyniki badań klinicznych GUNKEL'a. Na 800 chorych, w wieku średnim będących, u których G. szczegółowo zbadał okolicę odbytu, w 1/3 części przypadków stwierdzono obecność hemoroidów. Co się tyczy etiologii, to GUNKEL stwierdził fakt, że zaburzenia cyrkulacyjne, cierpienia płuc, marskość wątroby, siedzący tryb życia, nadużywanie wysokości nie mają żadnego wpływu na powstawanie cierpienia. Wnioski swe, dotyczące budowy histologicznej guzów hemoroidalnych, GUNKEL tak streszcza: w przeważnej większości przypadków hemoroidy nie są niczem innem, jak naczyniakiem, w b. nielicznych, zgodnie z dawniejszem zapatrywaniem, przedstawiają rozszerzenie już istniejących żył, niekiedy zaś ma się do czynienia jedynie z niezłym błon śluzowej prostnicy. Do poglądu na hemoroidy, jako na angiomat, przyłączył się ostatnimi czasy także WALDEYER.

REINBACH przyjmuje wrodzoną skłonność do hemoroidów, która najczęściej wzmaga się w późniejszym wieku pod wpływem całego szeregu czynników i wtedy dopiero po większej części występuje na jaw. Że to zdarza się niezbyt rzadko także w najwcześniejszych okresach życia, tego dowodzą zarówno spostrzeżenia autora, jakoteż przypadki, przez innych autorów ogłoszone.

Bardzo ważną kwestyę, czy wszystkie hemoroidy uważać należy za naczyniaki, autor rozstrzyga w tym sensie, że zastój krwi bezwątpienia wywołać może obraz kliniczny, podobny do hemoroidów. Ponieważ ten ostatni

zalicza się jeszcze dotąd powszechnie do hemoroidów, to wynika ztąd, że nie wszystkie hemoroidy są naczyńnikami, co też, jak się powyżej rzekło, utrzymuje także GUNDEL.

(Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. XII. Zeszyt 2 i 3).

Pechkranc.

143. GERNGROSS. Zapalenie okołokątnicze i leukocytoza.

Na mocy licznych poszukiwań CURSCHMANN doszedł do wniosku, że liczenie białych ciałek krwi wielką posiada doniosłość dla oceny przebiegu zapalenia okołokątniczego, szczególnie zaś dla postawienia wskazania do operacji. Zdaniem jego, przypadki, nie przechodzące w ropienie, odznaczają się tem, że przebiegają albo zupełnie bez zwiększenia liczby leukocytów, albo też zwiększenie to jest nieznaczne i to tylko w początku cierpienia, w dalszym zaś przebiegu spada do normy. W przypadkach, nie kończących się ropieniem, zdarza się niekiedy nawet znaczniejsza leukocytoza, lecz tylko w początku choroby i na krótki czas. Liczba leukocytów bardzo rzadko tylko przekracza wtedy 20 — 22000. Gdy liczba białych ciałek w pierwszych dniach choroby lub, co rzadziej się zdarza, w dalszym przebiegu podnosi się do wysokich cyfr, a innych spraw, wywołujących leukocytozę (np. *pneumonia crouposa*) nie znajdujemy, z pewnością przyjąć można wytwarzanie się ropnia, a więc wskazane jest bezwarunkowo leczenie chirurgiczne. Liczby leukocytów, sięgające 25000, są zawsze bardzo podejrzane. Jeśli podobne liczby znajdujemy jeszcze po kilkodniowym trwaniu choroby, to rozpoznanie sprawy ropnej jest pewne, a dalsze wyczekiwanie z operacją niepotrzebne. WASSERMANN przyznaje, że leukocytoza ma ogromne znaczenie dla rozpoznawania ropnia, dodaje jednak, że brak objawu CURSCHMANN'a nie pozwala jeszcze wyłączyć ropienia, jak o tem w 2 przypadkach dowodnie się przekonał. KÜHN zgadza się, że liczenie leukocytów ma znaczenie rozpoznawcze jedynie w ostrych sprawach ropnych, mających skłonność do szerzenia się, przy ropieniu zaś umiejscowionem i nie wykazującym skłonności do dalszego rozprzestrzenienia, leukocytoza często nie występuje. Znaczenie mają tylko wysokie cyfry (20,000 — 30,000), niższe zaś niczego nie dowodzą. Przy ropieniu przewlekłym

albo już zakończonem leukocytozy może nie być lub już nie być. KÜTTNER, COSTE i inni potwierdzają w ogólnych zarysach CURSCHMANN'owskie zachowanie się leukocytów w zapaleniu naokoło kiszki ślepej.

Autor przytacza z początku 12 przypadków *perityphlitis*, w których cyfry leukocytów sięgały wogóle umiarkowanej wysokości (15 — 16000), albo jeśli występowało znaczniejsze zwiększenie, to spadało na 2-gi lub 3-ci dzień do normy. CURSCHMANN i ci wszyscy, którzy po nim zachowanie się leukocytów w zapaleniu okołokątniczem studyowali, doszli do wniosku, że przemijające wysokie cyfry nie mają znaczenia. Miarodajna jest nie tyle bezwzględna wysokość tych cyfr, ile raczej stopniowe ich narastanie albo trzymanie się ich przez ciąg kilku dni powyżej 22000. W przytoczonych 12 przypadkach ze zmniejszeniem leukocytozy ręka w rękę szła poprawa stanu ogólnego.

W dalszym szeregu przypadków autora widzimy stopniowe pogarszanie się stanu ogólnego w miarę zwiększania się leukocytozy.

Na mocy swego materiału autor potwierdzić może wogóle teorię CURSCHMANN'a. W sprawach zapalnych z lekkim przebiegiem leukocytoza tylko w samym początku była znaczniejsza, w dalszym zaś przebiegu szybko spadała do normy, w cięższych zaś przypadkach, które ostatecznie wymagały leczenia chirurgicznego, początkowa hyperleukocytoza utrzymywała się na jednakowej wysokości i dni następnych. Autor nie mógł potwierdzić poglądu CURSCHMANN'a, ażeby pojedyncze cyfry leukocytów, sięgające 25000 i wyżej, miały stanowić wskazania do operacji, gdyż widywał przez szereg dni cyfry, dochodzące do 36000, przyczem chory bez operacji wyzdrowiał. Niektóre spostrzeżenia autora dowodzą, że niskie cyfry leukocytów nie mają znaczenia dla rozstrzygnięcia kwestyi obecności lub nieobecności ropienia, dalej że w szybko przebiegających przypadkach, jak np. przy przedziurawieniu wyrostka do wolnej jamy otrzewnej, leukocytozy często nie spostrzega się — zapewne wskutek osłabienia urządzeń ochronnych ustroju.

Z powyższego wynika, że liczba leukocytów stanowi wprawdzie ważny środek pomocniczy w rozpoznawaniu ciężkości zapalenia okołokątniczego, za pewne jednak wskazanie lub prze-

ciwwskazanie do operacyi uchodzić nie może. Czas stosowny do operacyi w dalszym ciągu określać będziemy więcej na podstawie ogólnego wrażenia, jakie chory robi, wyników badania jamy brzusznej, zachowania się ścian brzusznych, wyglądu języka, jakości i częstości tętna i t. d., przyczem zachowanie się i przebieg leukocytozy stanowić dla nas będzie nader ważną wskazówkę, pouczającą o ogólnym stanie chorego i miejscowym stanie sprawy zapalnej nie mniej, niż zachowanie się tętna i t. d.

Na zakończenie dodamy, że niedawno GOETJES ogłosił pracę, w której w 80% przypadków, potwierdzone zostały poglądy CURSCHMANN'a. G. zwraca je dnak uwagę na to, że często właśnie w tych przypadkach, w których badanie krwi mogłoby dla postawienia wskazania do operacyi mieć ogromne znaczenie, leukocytoza nie dopisuje. Objaw ten właśnie, t. j. brak leukocytozy przy ciężkich objawach klinicznych, G. uważa za *signum minus*, gdyż normalnie ustrój (odporny) reaguje znaczną leukocytozą na obecność ropy. A zatem i według poszukiwań G. liczenie leukocytów stanowi bardzo cenny, choć nie zawsze pewny środek pomocniczy przy ocenie ciężkości i znaczenia zapalenia okołokątniczego.

(Münch. med. Wochenschr. 1903. N. 37).

Pechkranc.

144. OVERLACH. Trigemina, nowy środek przeciwbólowy i uspakajający.

Znane zakłady chemiczno-lekarskie MEISTER, LUCIUS i BRÜNING w Höchst nad Menem wypuściły nowy lek, trigeminą zwany, powstały wskutek chemicznego działania butylechloralhydratu na pyramidon. Trigemina to proszek w postaci długich białych igieł, topniejących przy 85°, łatwo rozpuszczających się w wodzie, łagodnego smaku i lekko aromatycznej swoistej woni. Działa ona głównie przeciw bólowi, w niektórych przypadkach (w influenzy np.) spostrzegano również działanie przeciwgorączkowe. Własności nowego leku, który autor wypróbował na 20 pacjentach, a między innymi i na sobie samym, stanowią poniekąd sumę własności pyramidonu i butylechloralhydratu. Ten ostatni środek koi, jak wiadomo bóle, lecz bardzo słabo działa nasennie; trigemina zaś nie tylko uspakaja bóle, lecz wywołuje również sen np. u zdenerwowanych, histeryczek. Pyramidon wzmaga ciśnienie krwi wskutek działania swego na ośrodki nerwo-

we, butylechloralhydrat zaś obniża ciśnienie krwi a trigemina wcale na serce nie wpływa, wskutek czego można stosować ją u chorych na organiczne cierpienia serca.

Znakomite wyniki widział autor przy stosowaniu trigeminy w następujących chorobach: bóle głowy wskutek przepracowania, zdenerwowania, bezsenności, zatrucia wysokowego, influenzy, gorączek, migreny i psychoz; w nerwicach nerwu trójdzielnego, zarówno większych gałęzi twarzowych (*neuralgia supraorbitalis*, *supramaxillaris* i *inframaxillaris*), jakoteż drobniotkłych gałązek, drażnionych przez chore zęby. A więc nieznośne bóle zębów, spowodowane bądź przez *pulpitis*, bądź przez *periodontitis* można usuwać za pomocą trigeminy, bez poprzedniego wyrwania chorego zęba.

Dawka trigeminy wynosi dla dorosłych od 0,5 do 1,2. Po największej części wystarcza 0,6—0,75, raz lub dwa razy dziennie. Z 20 w krótkości podanych przez autora historii chorób wybieramy najcharakterystyczniejsze.

Przypadek trzeci (dotyczy samego autora). *Pulpitis* lewego przedostatniego zęba trzonowego. Straszny ból od 48 godzin. Dentysta zrobił otwór w zębie i włożył weń prowizoryczny środek znieczulający. Następnego dnia rano wyjął ów środek, a otwór wypełnił małym tamponem z waty, napojonej kwasem arsenowym, celem zniszczenia miazgi. Już w kwadrans potem straszny ból, przeciw któremu zażywa autor 1 gram trigeminy. Po 15 minutach ból zmniejsza się, a w pół godziny zupełnie ustaje. Działanie to trwa przez 5 godzin, poczem ból powraca (tampon z kwasem arsenowym działa wciąż) i zniewala do ponownego zażycia gramu trigeminy. Ból ustaje, nie wraca przez całą noc, a następnego rana można było bez bólu zaplombować ząb, którego miazga została już zniszczona.

Przypadek siódmy. Pani Anna B., 35 lat.

Uporczywa nerwica prawego nerwu trójdzielnego, szczególnie prawego *n. auriculo-temporalis*, lecz także okolicy *n. occipitalis dextri*. Bóle trwają już od 7 tygodni, najbardziej dokuczają w nocy, za dnia ustępują na kilka godzin. Na operację chora się nie zgadza. Wypróbowano już wszelkie możliwe środki wewnętrzne i zewnętrzne. Wielkie dawki migreniny pomagają na 2—3 godziny, lecz leku tego nie można dawać zbyt często. Trigemina, podawana w cią-

gu czterech tygodni, stale pomaga. Dawka wynosi 0,5 grama wieczorem, poczem chora śpi spokojnie przez całą noc, a rano koło 10 powtórnie zażywa takąż dawkę.

Zupełne wyleczenie nie następuje wprawdzie, lecz pacjentka jest w stanie znosić swe cierpienia.

Przypadek czternasty. Ernest S. 39 lat. Influenza. Silny ból w czole, lekka nieprzytomność, ciepłota wieczorem 38,8°. Po jednym proszku $\frac{1}{2}$ gramowym trigeminy ustaje ból zupełnie, a ciepłota spada w ciągu trzech godzin do 37,4°. Następnego dnia ból głowy nie powraca, ciepłota 37,7°, trigimeniny nie powtarzano. Po 2 tygodniach pacjent wyzdrowiał.

Przypadek dziewiętnasty. Pani M. J. 39 lat. Zapalenie okostny zęba w dolnej szczęcie z lewej strony. Na wyjęcie pieńka chora nie zgadza się. Nieznośny ból w ciągu dnia i bezsenna noc. Nad ranem 0,75 trigeminy. Ból wkrótce znika i nie powraca w ciągu dnia. Wieczorem znowu silne cierpienia, koło północy 0,75 trigeminy, poczem ból zupełnie ustaje i nie powraca więcej.

(Berl. klin. Woch. 1903. Nr. 35).

L. W.

145. A. BICKEL. O ostrym bezładzie mózgowym.

Od postaci przewlekłej bezładu, spostrzeganego w wiąździe rdzenia, należy odróżniać „bezład ostry“, który się dzieli na: 1) bezład pochodzenia ośrodkowego *resp.* mózgowy i 2) na formę czuciową, lub obwodową (*neurotabes peripherica*). Autor zwraca uwagę tylko na ostry bezład mózgowy — pod postacią ostrego bezładu połowicznego. Zaczyna się on nagle z towarzyszeniem szczególnych zaburzeń mowy (WESTPHAL). Odruchy ścięgniste są najczęściej wzmożone. Występowanie lub brak zaburzenia czucia jest zależne od siedliska uszkodzenia mózgu, względnie do tego, czy uległy przerwie lub nie włókna pętli (*laquear*). Bezład bywa dwustronny (jeżeli ognisko jest umiejscowione w okolicy rdzenia przedłużonego, mostu, mózgu środkowego i międzymózdzia), albo połowiczny — przy wyraźnie jednostronnie umiejscowionych ogniskach. Co się tyczy etiologii bezładu mózgowego ostrego, to przyczynę mogą stanowić najrozmaitsze sprawy patologiczne, (rozmięczenia, wynaczynienia, zatory i t. p.) wywołane przez rozmaite czynniki, osobliwie przez choroby zakaźne

i urazy mózgu. Jest to cierpienie rzadkie, a towarzyszą mu parezy mniejszego lub większego natężenia, lub pozostaje ono jako jeden z objawów przebytego porażenia połowicznego.

Autor spostrzegał przypadek ostrego bezładu mózgowego połowicznego z zaburzeniami czucia, lecz bez najmniejszych objawów porażenia. 64-letni osobnik przedstawia bezład połowiczny lewostronny, połączony z lewostronnym zaburzeniem czucia dotykowego, mięśniowego i stereognostycznego oraz sztywnością masykultury. Sztywność przy powyższym bezładzie, która przeszła następnie w wybitną hipertonię stanowi ważny objaw różniczkowy od bezładu w wiąździe, gdzie przeciwnie spostrzegamy zazwyczaj hipotonię masykultury. Lewostronne odruchy ścięgniste są wzmożone, skórne zaś — osłabione. Sensoryum nie zajęte. Początek cierpienia był nagły. Autor przypuszcza w danym przypadku wylew krwawy prawostronny, który uszkodził ciągłość drogi dośrodkowej lewych kończyn, i sądzi, że ognisko leży w okolicy *centrum semiovale*, tylnego ramienia pochwki wewnętrznej, jądra soczewicowatego lub wzgórka wzrokowego.

W końcu swej pracy autor zwraca uwagę na fakt, iż w literaturze notowano wiele przypadków bezładu pochodzenia ośrodkowego, który występował bez „świadomego zaburzenia czucia“. Przypadki te autor (wraz z MADER'em) uważa za skutek ubytku obwodowych „nieświadomych“, dośrodkowych podrażnień, regulujących sferę ruchową narządu ośrodkowego. Z pośród mnóstwa podrażnień, przenikających od obwodu ku ośrodkom, tylko pewna niewielka część ich dosięga kory mózgowej i może w niej wywołać fizyologiczne zjawiska „świadomego“ postrzegania tych podrażnień. Fakt, iż np. przy bezładzie mózdzkowym prawie nigdy nie spostrzegano zaburzeń czucia „świadomego“, przemawia za tem, że w danym przypadku, jak w wielu innych, bezład wystąpił wskutek ubytkowych podrażnień „nieświadomych“, którym nie można odmówić czynności regulujących, jakkolwiek podrażnienia te nie przenikają do kory mózgowej.

(Münchener Medic. Wochenschrift. Nr. 5. 1903).

Konwerski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 20 października r. b.

TREŚĆ: 1) PILTZ — przedstawienie chorego z wybitnymi objawami spastycznymi. 2) Jan ŚWIĄTECKI — a) przedstawienie nowego sposobu wprowadzania cewnika miękkiego; b) przedstawienie chorego z wyciętym w znacznej części pęcherzem. 3) NEUGEBAUER — przedstawienie preparatu anatomicznego z przypadku wrzeczowego obojactwa. 4) MIKŁASZEWSKI — „O wpływie łaźni suchej na ustrój“.

1) Kol. J. PILTZ przedstawił chorego z porażeniem poprzecznym rdzenia, u którego stwierdził między innymi wybitne objawy spastyczne: drżenie kloniczne kolana przy naciąganiu *lig. patellare proprium* i skurcz *m. gracilis* i *m. pectinei* przy uderzaniu młotkiem po ścięgnie ACHILLES'a.

2) Kol. Jan ŚWIĄTECKI a) pokazał nowy sposób wprowadzania cewników miękkich (patrz N. 45 „Medycyny“).

b) Kol. J. Św. przedstawił chorego, któremu kol. KRAJEWSKI z powodu raka wyciął więcej niż $\frac{3}{4}$ pęcherza moczowego. Pozostała tylko tylna ściana z trójkątem LIEUTAUB'a, ujęściami moczowodów i przyczepem do cewki. Wynik zabiegu doskonały. Chory utrzymuje 80 ctm. sz. moczu.

3) Kol. NEUGEBAUER przedstawił preparat anatomiczny, pochodzący od przedstawionej poprzednio chorej (patrz N. 45, 46 i 47 „Medycyny“).

4) Kol. MIKŁASZEWSKI wypowiedział rzecz p. t. „Badanie nad wpływem łaźni suchej na ustrój“.

Wyniki bardzo licznych badań autora, dotyczących różnorodnych stron rozbieżnej kwestyi, dadzą się streścić w następujących punktach:

a) ciśnienie krwi zniżało się najbardziej pod koniec łaźni przeciętnie o 20%;

b) naczynia obwodowe traciły swoją sprężystość;

c) szybkość tętna zwiększała się stale od 10 — 40%;

d) ciepłota ciała podnosiła się o kilka dziesiątych stopnia;

e) częstość oddechu przeważnie nie ulegała zmianie;

f) badanie krwi dało wyniki następujące: liczba krążków czerwonych zmniejszała się stale zaraz po łaźni przeciętnie o 9%. Liczba ciałek białych powiększała się zaraz po zabiegu przeciętnie o 25%. Ilość barwnika krwi po zabiegach poszczególnych zmniejszała się przeciętnie o 5%. Ilość istoty suchej zmniejszała się po pojedynczych łaźniach przeciętnie o 1,4%. Ciężar właściwy krwi zmniejszał się nieznacznie po zabiegach;

g) waga ciała zmniejszała się przeciętnie o 1%. Po leczeniu waga podnosiła się przeciętnie o 1,95 kilograma.

h) badanie moczu: wydzielanie się płynów przez nerki podnosiło się przy łaźni. Kwaśność moczu po łaźni zmniejszała się;

i) badanie żołądka: po łaźniach poszczególnych i po szeregu łaźni kwaśność ogólna i ilość HCl w soku żołądkowym zmniejszała się. Po łaźni pojedynczej trawienie białka było upośledzone.

k) siła mięśniowa po łaźni stale się zmniejszała.

l) wpływ leczenia łaźniami suchymi na objawy chorobowe był dodatni w przypadkach ostrego i przewlekłego gośdca, w ostrem i przewlekłym zapaleniu nerek i w niektórych przypadkach małopokrwistości. Dłuższe leczenie łaźniami wywierało pewien wpływ ujemny na układ nerwowy.

Mówca podkreśla wniosek, że zmniejszenie liczby krążków czerwonych po łaźniach jest bezwzględne, zależy od zniszczenia pewnej ich liczby pod wpływem gorąca. Zwiększenie liczby białych ciałek krwi zależy zapewne od dopływu do krwi płynów z białkami ciałkami, powstałymi po usunięciu z organizmu płynów.

W dyskusyi kol. RZĘTKOWSKI podnosi, że przy suchych łaźniach znajdował u ludzi powiększanie się nieznaczne liczby czerwonych krążków, że wogóle niepodobna zdać sobie sprawy co do ilości krwi w danej chwili w układzie krwionośnym wewnętrznym, że z kwaśności moczu niepodobna sądzić o zasadowości krwi.

Kol. BREGMAN zaznacza, iż wobec zmniejszenia się liczby krążków krwi po suchej łaźni dziwnym wydaje się fakt poprawy ogólnej w przypadkach lekkiej anemii.

Kol. PIOTROWSKI podnosił, iż w badaniach prelegenta ciepło szło tylko od dołu, od lampki. W wannie elektrycznej ogrzewanie idzie równomiernie.

Kol. A. LANDAU mówił o różnych metodach określania zasadowości krwi.

Kol. LUXENBURG podnosił, że badania prelegenta dotyczyły tylko chorych, a nie osób zdrowych. Pewne rozwodnienie krwi, spotykane przez mówcę, być może, zależało od lekkich napadów mocznicy.

W odpowiedzi kol. MIKLASZEWSKI zaznacza, że o wzmószonym ciśnieniu krwi w tętnicach nerkowych można mówić najwyżej w pierwszym okresie działania łaźni, że poprawę w anemii pod wpływem suchych łaźni objaśnia pobudzeniem narządów krwiotwórczych, i że napadów mocznicy po łaźni nie spostrzegali.

Posiedzenie z dnia 3 listopada r. b.

TREŚĆ: 1) BORNSTEIN — przedstawienie chorego z niezwykłą kombinacją objawów podrażnienia ruchowego. 2) KOZERSKI — przedstawienie przypadku choroby RAYNAUD'a w połączeniu ze świeżym przymiotem. 3) BREGMAN — przedstawienie chorej z hematomyelią. 4) W. STANKIEWICZ — przedstawienie preparatów mięśniaków macicy. 5) W. STERLING — przedstawienie dziecka z nowotworem mózgowia. 6) FLATAU i KOELICHEN — przedstawienie nowotworu rdzenia, jako przerzutu ze śródpierścia. 7) PALMIRSKI — „O płonicy pod względem bakteriologicznym i o leczeniu jej surowicą swoistą“.

1) Kol. BORNSTEIN przedstawił 18-letniego chorego, u którego przed 1½ rokiem po przestrachu rozwinęła się nerwica ruchowa, polegająca na kombinacji ruchów nierytmicznych z rytmicznymi i powikłana połowicznym wiotkiem porażeniem.

2) Kol. KOZERSKI przedstawił przypadek choroby RAYNAUD'a w połączeniu ze świeżym przymiotem.

Przypadek dotyczył 48-letniej chorej i zasługiwał na uwagę ze względu a) na typowe objawy choroby RAYNAUD'a, b) jako dowód, że wbrew twierdzeniom niektórych klinicystów *leucoderma* może mieć za punkt wyjścia wykwit wysypki przymiotowej; c) jako kombinacja choroby RAYNAUD'a z przymiotem (przypuszczałny gumat syfilityczny na podstawie mózgu).

3) Kol. BREGMAN przedstawił chorą 18-tnią z porażeniem BROWN-SEQUARD'a. Na uwagę zasługuje fakt, iż 1) początek choroby był zupełnie nagły, bez widocznej przyczyny; 2) po stronie porażenia było wybitne porażenie zmysłu mięśniowego; 3) w porażonej kończynie stwierdzono wybitny zanik mięśni; 4) w palcach tej kończyny t. zw. odczyn paradoksalny. B. przyjmuje wylew krwi do rdzenia w następstwie skrycie przebiegającej *gliosis*. (Patrz N. 52 „Medycyny“).

4) Kol. W. STANKIEWICZ przedstawił wyluszczone guzy z macicy, ważące 30 funtów, które, jak wykazało badanie mikroskopowe (kol. STEINHAUS), przedstawiają włókniako-mięśniaki ze zwyrodnieniem śluzowo-tłuszczowem. Sr. podnosił trudności techniki operacyjnej.

5) Kol. Wł. STERLING przedstawił czteroletniego chłopca, dotkniętego od roku porażeniem prawego nerwu okoruchowego i lewych kończyn. Porażenie kończyn nosi charakter spastyczny i połączone jest z ruchami rytmicznymi bezcelowymi. Dawne bóle głowy znacznie się zmniejszyły. Brodawka zastoinowa, stwierdzona w lutym, dziś prawie znikła. S. przypuszcza *tuberculum solitare* w okolicy prawej odnogi mózgowej. Nowotwór ten niekiedy maleje lub zatrzymuje się w swym rozwoju.

W dyskusyi kol. FLATAU podnosi praktyczne znaczenie przypadku, gdyż wykazuje on tak wybitną poprawę, a możliwość istnienia obok *tuberculum solitare* *hydrocephalus internus*, jak tego chce prezes DUNIN, odrzuca dla braku objawów lokalnych.

6) Kol. FLATAU i KOELICHEN przedstawili preparat rdzenia z nowotworem, pochodzący od chorej, u której za życia stwierdzono bezwład kończyn dolnych z żywymi odruchami kolanowymi i ze zniesionymi odruchami ze ścięgien ACHILLES'a. Następnie stwierdzono z obu stron objaw paluchowy BABIŃSKIEGO, zaburzenia czucia we wszystkich rodzajach i zaburzenia w urynowaniu, a nad lewym obojczykiem i pod *manubrium sterni* wyrósł guz. Rozpoznanie przechyliło się na stronę nowotworu śródpierścia z przerzutami do rdzenia, co też sekcya potwierdziła. Nowotwór (*lymphosarcoma*) przez otwory międzykręgowe drażył do rdzenia między 3 i 7-ym kręgiem grzbietowym.

7) Kol. PALMIRSKI i ŻEBROWSKI wygłosili odczyt „O płonicy pod względem bakteriologicznym i o leczeniu jej za pomocą surowicy swoistej“. (Patrz N. 46 i 47 „Medycyny“).

W dyskusyi kol. RZĘTKOWSKI radzi przeprowadzić badania na koniach i zanalizować zachowanie się surowicy względem mikrobów w celu wykazania jej swoistości.

Kol. DĄBROWSKI podaje w wątpliwość specyficzność wyhodowanych przez mówcę paciorkowców. Przypomina, że i MOSER do badań swych użył mieszaniny paciorkowców, otrzymanych ze krwi, i opowiada o własnym przypadku nadzwyczaj złośliwej sprawy ropnej w tkance podskórnej, gdzie z ropnia otrzymał paciorkowce o wszystkich cechach, podawanych przez mówcę.

Prezes DUNIN zapytuje, czy istnieje zdaniem mówcy jeden paciorkowiec specyficzny dla płonicy, czy kilka, i dlaczego mówca przeprowadzał je przez króliki, które podobno nie są na ów zarazek wrażliwe.

Kol. BRUDZIŃSKI przypomina, iż podług badań współczesnych surowica chorych na płonice aglutynuje paciorkowce, wyhodowane z przypadków płonicy.

W odpowiedzi mówca zaznacza, iż będzie do badań używał myszy, że *streptococcus conglomeratus* najprawdopodobniej jest specyficzny dla surowicy, i że własności aglutynacyjne nie są miarodajne dla wykazania swoistości drobnoustrojów.

Stanisław Kopczyński.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu towarzystwa przyrodniczo-lekarskiego w Heidelbergu d-r VOELCKER wygłosił odczyt o *spina bifida occulta*. Chora 23-letnia zgłosiła się w roku 1901 do kliniki chirurgicznej miejscowej z powodu słoniowaczyny nogi prawej, która uległa skróceniu o 2 ctm. Prócz tego znaleziono lewostronne znieczulenie zupełne, poczynające się od palców stopy i dochodzące aż do głowy. Jednocześnie spostrzeżono owłosienie nadmierne (*hypertrichosis*) w okolicy lędźwiowej. Pośród tego mocno zarosniętego miejsca znajdowała się na wysokości 2-go kręględźwiowego niewielka przestrzeń, zupełnie pozbawiona włosów, na której widać było niewielkie bliznowate zagłębienie. Ostatnie, według słów rodziców chorej, powstało w pierwszych tygodniach życia chorej. Jakkolwiek za pomocą obmacywania nie można było stwierdzić braku lub zniekształcenia kręgosłupa, rozpoznano *spina bifida occulta*, nie umiano jednak wytłomaczyć, jaki związek istnieje pomiędzy tem cierpieniem i innymi objawami chorobowymi. Powikłania odnośnego cierpienia, znane z literatu-

ry, są następujące: zniekształcenie nogi (stopa szpotawa), częste tworzenie się ropni, zaburzenia moczenia i t. d., lecz ani słoniowaczyna, ani znieczulenie połowiczne dotychczas nie były uznawane za powikłania *spinæ bifidæ*. Wobec tego podejrzenie padło na historię, zalecono więc chorej bandażowanie nogi chorej bandażem elastycznym i wysokie ułożenie. Chora wykonywała zalecone jej leczenie w domu i, rzekomo, z dobrym skutkiem, lecz wkrótce wystąpiły inne objawy. W końcu roku 1902 znieczulenie lewostronne znikło, natomiast zjawiły się gwałtowne bóle w okolicy stawu biodrowego lewego, które promieniowały w udo, na skutek czego chodzenie z początku było bardzo utrudnione, w kwietniu zaś r. b. chora zupełnie przestała chodzić. W maju tego roku chorą przyjęto do kliniki i znaleziono jeszcze obrzmienie przewlekłe goleni prawej i osłabienie ruchowe w zakresie nerwu strzałkowego lewego z poczynającym się ustawieniem stopy szpotawem. Odruchy ze ścięgna ACHILLES'a i rzepkowy po stronie prawej były nieco wzmożone, po stronie

lewej wywołać ich nie udało się. Pobudliwość elektryczna mięśni była prawidłowa. Zniesienie czucia bólu i dotyku istniało tylko na goleni lewej pod postacią pasa szerokiego na 25 cm. Rozpoznanie było teraz znacznie łatwiejsze, zwłaszcza, że i skrócenie prawej nogi dosięgło obecnie trzech cm. Bóle dotkliwe świadczyły o ucisku korzeni nerwowych w okolicy ukrytego rozszczepienia kręgosłupa. Prześwietlenie wykazało zmniejszenie i rozdwojenie wyrostka ciernistego drugiego kręgu lędźwiowego, wyrostek zaś trzeciego kręgu był kilkakrotnie przedziurawiony i niepomiarnie szeroki. Prof. CZERNY, który operował chorą, wybrał cięcie łukowate, wypukłością w stronę prawą zwrócone; wyrostek ciernisty pierwszego kręgu lędźwiowego odchyłono nieco, dwa zaś następne usunięto zupełnie. Dwa te wyrostki były w dolnej części zrosnięte w jedną masę kostną, która znakomicie zwężyła kanał kręgowy, nadto zaś wysyłała spory wyrostek do światła kanału, na skutek czego korzenie wychodzących tu nerwów uległy uciskowi. Wyrostek ten wycięto za pomocą dłuta. Cała przestrzeń pomiędzy łukami kręgów była wypełniona wiotką tkanką łączną, która posyłała od siebie dosyć tęgie pasmo w kierunku do opony twardej. Pasma to obejmowało rdzeń z obu stron, usunięto więc je. Oponę twardą, którą nacięto przy usuwaniu wyrostka kostnego, zeszyto katgutem. Ranę zewnętrzną zaszyto częściowo, lecz 9-go dnia otwarto ją znów szeroko, ponieważ ciepłota podniosła się do 39°. Wylało się sporo mętnego płynu mózgo-rdzeniowego, i rana zagoiła się następnie szybko i doszczętnie. W siedm tygodni po operacji stan chorej był następujący: bóle, które znikły wkrótce po operacji, nie ponowiły się więcej, pozostało bardzo nieznaczne znieczulenie na goleni lewej, chora chodzi bez pomocy laski, a osłabienie mięśni w obrębie nerwu strzałkowego uległo znakomitemu polepszeniu.

Zapalenie żyły śledzionowej (*splenophlebitis*) stanowiło przedmiot odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu akademii lekarskiej belgijskiej przez d-ra RAMMELEARE'a. Aczkolwiek pomiędzy pniami żylnymi układu wrotnego (*v. portae*) istnieje bardzo wiele połączeń, oddzielne części jego stanowią jednak do pewnego stopnia układy samoistne, których cierpienie odbija się na

czynności fizyologicznej całego układu. W przypadku omawianym chodzi o mężczyznę 26-letniego; wywiady i badanie każą odrzucić podejrzenie przebytego przymiotu, nie znaleziono również żadnych objawów gruźlicy i zatrucia przewlekłego wysokiem. Chory skarży się na częste krwawienia z nosa, osłabienie ogólne, znaczne wzdęcie brzucha, który jednak nie jest bolesny, i nadmierny rozwój (rozszerzenie) żył w skórze lewego nadbrzusza. Stan ten trwa już sześć miesięcy. Badanie bliższe wykazało lekkie zabarwienie żółtaczkowe powłok zewnętrznych, powiększenie wątroby, a zwłaszcza śledziony, która w kierunku naprawo przechodziła po za linię środkową, a ku dołowi sięgała do lewego dołu biodrowego. We krwi znaleziono 10,000 ciałek białych w 1 mm. sz.; stosunek względny ciałek jedno — do wielojądrowych był nie zmieniony, natomiast liczba ciałek czerwonych była zmniejszona do 52%; ilość hemoglobiny ogólna wahała się pomiędzy 81% a 60%, zawartość zaś tego barwnika w krwinkach poszczególnych była znacznie większa, niż w warunkach fizyologicznych. Po upływie 6 miesięcy chory zmarł na zapalenie ropne otrzewny. Badanie zwłok wykazało *splenophlebitidem adhaesivam*. Śledziona była olbrzymia; stosunek jej ciężaru do wątroby, który w warunkach prawidłowych wynosi 1:10, w danym razie obniżył się do 1:0,99. Miąższ narządu uległ znakomitemu przekrwieniu, spoistość jego była nader mała. Żadnych śladów zawału krwotocznego nie znaleziono. Mówca sądzi, że ten obraz chorobowy powstał wskutek zapalenia żyły śledzionowych i stanowi skutek utrudnionego odpływu krwi z narządu, ukrwionego niezmiernie obficie. Zasluguje na uwagę, że w przebiegu choroby nie spostrzegano ani zbierania się płynu w jamie brzusznej, ani zaburzeń ze strony kiszek, krwawienia zaś były nie z narządów brzusznych, lecz z nosa i czasami z błony śluzowej jamy ustnej.

Tak aktualna dziś sprawa zapalenia wyrostka robaczkowego została poruszona przez d-ra REYNIER na posiedzeniu paryskiej akademii lekarskiej. Mówca nawiązuje swój odczyt do przemówienia d-ra QUÉNU, który już w roku zeszłym na jednym z posiedzeń zwrócił uwagę na trudności w rozpoznawaniu pewnych postaci tej sprawy chorobowej, jak również i na

to, że o natężeniu cierpienia nie zawsze można wnioskować z istniejących objawów podmiotowych i przedmiotowych: częstokroć badanie i stan ogólny chorego, mogłyby nas upoważniać do rokowania pomyślnego, a tymczasem operacja przekonywa nas, że nie można było z nią zwlekać ani chwili. W przypadku danym chory zgłosił się do lekarza w drugim dniu choroby; zalecono lodowe okłady i makowiec. Po dwóch dniach jeszcze stan ogólny chorego i zmiany miejscowe nie mogły nasunąć nawet podejrzenia o przebiegu istotnym cierpienia, uderzała tylko częstość tętna i dosyć wysoka ciepłota. Tego samego dnia wieczorem ciepłota podniosła się nagle jeszcze wyżej, a tętno wynosiło 120 uderzeń na minutę. Wtedy dopiero rozpoznano zgorzel wyrostka robaczkowego i natychmiast wykonano operację. Rozpoznanie okazało się prawidłowem. Chory wyzdrowiał. Obecny na posiedzeniu d-r QUÉNU potwierdził słuszność poglądu, wygłoszonego przez prelegenta, i przytacza spostrzeżenia odnośnie z praktyki własnej, zaznacza tylko, że poglądu powyższego uogólniać nie należy; chodzi tu jedynie o względnie rzadkie przypadki, w których chirurg wytrawny nie da się wprowadzić w błąd złudnym pozorom.

Ciekawy przypadek zapalenia błoniczego tchawicy i oskrzeli stanowił treść odczytu, wygłoszonego przez d-ra SERGENT'a w paryskim towarzystwie lekarzy szpitalnych. Dziewczyna 21-letnia wstąpiła do szpitala z powodu niezmiernej duszności. Badanie stwierdziło wielkie utrudnienie oddechania, pomimo udziału mięśni szyjowych i międzyżebrowych. Nie znaleziono ani cierpienia gardzieli lub nosa, ani powiększenia gruczołów. Ponieważ chorej groziło zaduszenie, więc wykonano tracheotomię, poczem chora wykrztusiła sporo błon białawych. Błony te poddano badaniu bakteryologicznemu, na zasadzie którego przekonano się, że chodzi tu o błonicę, to też wstrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą. Stan chorej polepszył się. Następnego dnia duszność nagle wzmożła się, i chora

z wielkim trudem wykrztusiła dokładny odlew tchawicy i części oskrzeli pod postacią rurki długości 15 ctm. Zejście śmiertelne nastąpiło 8-go dnia choroby wśród objawów mocznicy. W czasie badania zwłok znaleziono na powierzchniach bocznych szyi dwa gruczoły o-brzmiałe, które wywierały ucisk na nerwy zwrotne, dalej zmiany rozległe na błonie śluzowej tchawicy i oskrzeli, nareszcie drobne ogniska zapalne w płucach (*pneumonia lobularis*). Strzykawką wyjałowioną przekłuto płuco natychmiast po śmierci i wydobyty płyn krwawy zasiano na rozmaitych podłożach. Wkrótce rozwinęły się kolonie lasecznika błoniczego niemal w czystej hodowli. Te same drobnoustroje znaleziono na skrawkach z płuc i oskrzeli.

Na tem samym posiedzeniu d-r OELSITZ zdawał sprawę ze spostrzeganego przez siebie i GAILLIARD'a przypadku rozległej sklerozy кишки grubej. Przypadek dotyczy mężczyzny, który zmarł na 8 dzień od początku choroby wśród objawów, przypominających cholere, ze znacznem obniżeniem ciepłoty; jednocześnie ilość moczu była duża, a mocz zawierał dużo białka. Badanie zwłok wykazało obok gruźlicy płuc rozległą sklerozę кишки grubej. Poczynając od zagięcia wątrobowego aż do samego odbytu, kieszka posiadała postać twardej rury ze znacznymi zgrubieniami, rozrzuconymi w rozmaitych częściach tego narządu. Zgrubienia te zależały od nawarstwień tkanki sklerotycznej, która znajdowała się pomiędzy warstwą mięśniową i błoną śluzową, lecz ani jedna, ani druga nie przedstawiały żadnych zmian mikroskopowych i histologicznych. Dodać należy, że pozostałe narządy, jak wątroba i śledziona, zarówno jak i układ naczyniowy były nienaruszone; nie znaleziono również nawet śladów świeżego lub dawniejszego zapalenia otrzewny. Ponieważ chory nie przechodził przymiotu i nie nadużywał napojów wysokowych, więc i przyczyna cierpienia pozostaje niewyjaśnioną.

K. Z.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BERNARD spostrzegł 5 razy jednocześnie istnienie choroby GRAVES'a i błoniastego zapalenia kiszek. Wszystkie przypadki dotyczyły kobiet. W stolcach był śluz i błony rzekome. Chorzy doznawali bólów brzucha kurczowych. Wraz z poprawą choroby GRAVES'a ustąpiły i zaburzenia kiszko-we. Autor sprowadza obie choroby do czynnościowego rozstroju nerwu współczulnego. W doświadczeniach u zwierząt wywoływał stolce śluzowe przez przecięcie lub podwiązanie włókien splotów kregkowych. Na włókna nerwu współczulnego może działać przyczyna ośrodkowa, skutkiem czego i nerwice ogólne i choroby organiczne ośrodków nerwowych wywoływać mogą zapalenie okrężnicy błoniaste. Autor spostrzegł je np. w 4 przypadkach władu i w 2 porażenia postępującego. Częściej jednak trafia się je u neurasteników i t. p. Punktem wyjścia działania odruchowego na nerw współczulny brzuszny może być również jakikolwiek narząd jamy brzusznej; np. SOUPAULT wywoływał biegunkę śluzową u królika, drażniąc pęcherz żółciowy, jajowód lub wyrostek.

(Presse méd. 17.VI. 1903).

= LOEB zestawiał wszystkie opisane dotychczas przypadki niepomysłne po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej. Przytoczył on w streszczeniu 15 przypadków. Niepodobna w krótkiej notatce podać kazuistyki tych przypadków. Po dokładnem jednak rozpatrzeniu każdego z nich okazuje się, iż w żadnym nie można z całą stanowczością orzec, jakoby właśnie zastosowanie surowicy było bezpośrednią przyczyną śmierci, w żadnym nie stwierdzono jej szkodliwego wpływu na nerki, układ nerwowy lub wogóle na jakikolwiek narząd. (D. M. Z. 90 — 1903).

-- WALSHAM zwraca uwagę na położenie poprzeczne, jakie przybiera serce w niektórych przypadkach tętniaka aorty. Oddawna wiadomo, iż duże tętniaki łuku wywołują przemieszczenie serca ku dołowi (tętnienie w dołku). Prócz tego serce, jak stwierdziła rentgenografia, przybiera położenie poprzeczne, poziome; wierzchołek leży wyżej niż normalnie, jeśli niema przerostu komórki lewej. To poprzeczne położenie zależy od ciężaru worka tętniczego.

(Lancet. 9.V 1953).

P.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1904 i o uregulowanie zaległych rachunków.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

Доводено Цензурою, Варшава, 10 Декабря 1903

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.



Biblioteka Główna WUM

B.085



400000009798