

GAZETA LEKARSKA

I. ZE SZPITALA ŚW. ROCHA I Z PRACOWNI WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA
LEKARSKIEGO.

CHOROBA ADDISON'a bez brązowego zabarwienia skóry.

Napisał

Dr med. J. Pruszyński,

Ordynator szpitala św. Rocha.

[Według przemówienia na posiedzeniu Warszawskiego Tow. Lek.
w d. 6.II 1906 r.].

Bronzowe zabarwienie skóry aczkolwiek ważną, nie istotną jednak stanowi cechę choroby ADDISON'a. DIEULAFOY ¹⁾ postaci tej choroby bez swoistego zabarwienia skóry nazywa *poronemi (formes frustes)*, zaznaczając przytem, że pigmentacja skóry jest objawem późnym, który występuje dopiero wtedy, gdy sprawa chorobowa szerzy się na zwoje i sploty nerwowe, zawarte w otoczce włóknistej nadnercza.

W istocie w większości przypadków swoiste zabarwienie skóry zjawia się w ciężkim, daleko już posuniętym okresie choroby, dla której nadnercze jest źródłem. Istnieją jednak opisy melanodermii bez zmian w nadnerczach.

¹⁾ G. DIEULAFOY. Maladie d'ADDISON sans teinte bronzée. Clinique médicale de l'Hôtel Dieu, II, p. 150. Paris. 1899.

JACCOUD ¹⁾ przytacza 17 tego rodzaju przypadków; z drugiej zaś strony 58 przypadków, w których przy znacznych zmianach w nadnerczach swoistego zabarwienia skóry nie zauważono.

Według NEUSSER'a ²⁾ istnieje ścisły związek pomiędzy zabarwieniem skóry a stanem układu sympatycznego, poczynając od ośrodkowych komórek zwojowych w szarej substancji rdzenia pomiędzy 8-y m kręgiem szyjowym, a drugim kręgiem grzbietowym [boczne rogi w części szyjowej, boczne odcinki rogów przednich w części piersiowej]. Kończym narządem tego układu jest substancja rdzenna nadnercza, w której znajdują się w obfitości nie tylko zakończenia nerwów, lecz i komórki zwojowe. Autor ten nie uważa zabarwienia brązowego skóry za cechę swoistą choroby ADDISON'a, gdyż nieprawidłowa pigmentacja może nastąpić nie tylko w przebiegu organicznych cierpień ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego [wiad rdzenia, *syryngomyelia*, zapalenie nerwów], lecz również w przebiegu nerwic czynnościowych. Występuje ono w chorobie ADDISON'a, gdyż sprawa chorobowa może szerzyć się na zwoje półksiężycowe, nerwy trzewowe, spłot słoneczny lub też występują zmiany anatomiczne w końcowym układzie nerwowym w substancji rdzennej; nie wykluczone są również zboczenia czynnościowe w układzie sympatycznym w zależności od zatrzymanych w ustroju substancji trujących.

Poważne zmiany degeneracyjne nie tylko w pniu nerwu sympatycznego i w zwojach, lecz i w szarej substancji rdzenia stwierdzono doświadczalnie przy wycięciu obu nadnerczy [NOTHNAGEL, TIZZONI, ABEGG, BABES i KALINDERO, FLEINER ³⁾], o ile zwierzę przez dłuższy czas po operacji utrzymać można było przy życiu. Takież zmiany degeneracyjne wykryto w układzie sympatycznym w wielu przypadkach choroby ADDISON'a, w których wystąpiła melanodermia.

Według LEICHTENSTERN'a ⁴⁾ zmiany w układzie sympatycznym powodują zboczenia troficzne w naczyniach skóry, wskutek czego następuje przenikanie czerwonych krążków krwi przez ich ściany, skąd barwik, pochłonięty przez komórki wędrujące [chromatofory], dostaje się do sieci MALPIGHI'ego.

Że obrażenia nerwu sympatycznego mogą spowodować brązowe zabarwienie skóry, dowodzi tego przypadek JÜRGENS'a ⁵⁾, w którym tętniak aorty uciął nerw trzewowy prawostronny. Za tem przemawiają również spostrzeżenia REYMOND'a, BRAULT'a i PERRUCHET'a, przytoczone u CHAUFFARD'a ⁶⁾, do-

¹⁾ JACCOUD. *Maladie bronzée*. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Paris. 1866.

²⁾ E. NEUSSER. *Die Erkrankungen der Nebennieren*. NOTHNAGEL's Specielle Pathologie u. Therapie. T. XVIII, Z. III. 1897.

³⁾ Cyt. według C. v. KAHLDEN'a. *Ueber ADDISON'sche Krankheit und über die Function der Nebennieren*. Centr. f. allg. Path. u. Pathol. Anatomie. 1896. T. VII, p. 464.

⁴⁾ LEICHTENSTERN. *Ueber Morbus ADDISON*. Deutsch. med. Woch. 1891, N. 52.

⁵⁾ JÜRGENS. Berl. klin. Wochenschr. 1884.

⁶⁾ CHAUFFARD. *L'intoxication addisonienne*. Semaine méd. 1894, p. 74.

tyczące melanoderмии, która powstała bez zmian w nadnerczach, wyłącznie wskutek ucisku przez nowotwór lub zwyrodniałe gruczoły chłonne splotu słonecznego lub zwoju półksiężycowego.

W chorobie ADDISON'a należy więc uwzględnić 2 czynniki: stan nadnerczy i układu sympatycznego, *resp.* nerwów trzewowych.

Co się tyczy nadnercza, to ze względu na rozwój, należałoby w niem różnić 2 zupełnie odrębne gruczoły o różnych czynnościach fizyologicznych. Większość autorów [JENOŠIK, MIHÁLKOWICS, VALENTI, MASAMARO INABA] uważa, że substancja korowa powstaje z nabłonka zarodkowego jamy brzusznej, który się zgrubia po stronie przysiódkowej ciała WOLFF'a. Substancja rdzenna natomiast tworzy się z założenia zwojowego powrózka sympatycznego [KÖLLIKER, BRAUN, BALFOUR, MITSUKURI ¹⁾].

Różny początek tych gruczołów wiąże się niewątpliwie z różnem ich zadaniem.

Czynność gruczołu sympatycznego [substancji rdzennej] już do pewnego stopnia została wyjaśniona przez badania nad wpływem wyciągów z nadnerczy [CYBULSKI i SZYMONOWICZ, GLUZIŃSKI, OLIVER i SCHÄFER, VELICH, BIEDL, E. FRÄNKEL, E. CYON, BORUTTAU] lub ich substancji podstawowej—suprareniny [FÜRTH, GOTTLIEB] lub wreszcie chemicznie czystego produktu—adrenaliny [PRUSZYŃSKI²⁾].

Z badań tych wynika, że substancja rdzenna posiada własność utrzymywania w napięciu nie tylko najważniejszych ośrodków życiowych [oddechowego, naczynioruchowego, nn. błędnych], lecz również sprzyja utrzymaniu sprawności serca ośrodkowego i obwodowego [układu naczyniowego].

Ale czynność nadnerczy nie zależy wyłącznie od adrenaliny. Gdyby tak było w istocie, natenczas zwierzęta pozbawione nadnerczy można by było utrzymać przy życiu przy zastrzykiwaniu wyciągów z nadnercza lub substancji czynnej z części jego rdzennej.

Tymczasem ani materya czynna, ani nawet implantacja substancji rdzennej [BIEDL ³⁾], nie wpływa na fatalne skutki usunięcia nadnerczy, które prowadzi za sobą porażenie postępowe, poczynające się od kończyn tylnych i zapaść. ABELONS i LANGLOIS ⁴⁾ okazali u żab, że ten niedowład zależy od substancji kuraryzującej, która głównie poraża zakończenia nerwów w mięśniach, w nieznanym tylko stopniu same mięśnie. Toż samo dzieje się u zwierząt ciepłokrwistych, które po wycięciu nadnerczy giną, o ile nie posiadają dobrze

¹⁾ p. C. v. KAHLDEN'a (l. c.) i SZYMONOWICZ. O nadnerczu ze stanowiska morfologicznego i fizyologicznego. Pamiętnik Zakładu fizyologicznego w Uniwersytecie Jagiellońskim. Kraków. 1895.

²⁾ Cyt. według: J. PRUSZYŃSKI. O wpływie adrenaliny na układ krwionośny. Gaz. Lek. 1904.

³⁾ BIEDL. Innere Secretion. Wiener Klinik, 1903. Z. 10 i 11.

⁴⁾ ABELONS et LANGLOIS. Sur les fonctions des capsules surrénales. Arch. de physiol. 1892, p. 269 i 465.

rozwiniętych nadnerczy dodatkowych, lub też o ile przy tej operacji nie zostawia się części substancji korowej nadnercza.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa następuje tu samozatrucie ustroju produktami przemiany materii, które otrzymać można z mięśni zmęczonych.

Znaczenie substancji korowej dla ustroju wykazują wymownie doświadczenia BIEDEL'a na rybach chrząstkowych i kościstych, u których wycięcie t. zw. ciała międzynerkowego, odpowiadającego substancji rdzennej, nie wywołuje groźnych następstw; u tych zwierząt substancja korowa przedstawia się w postaci guziczków, umieszczonych po obu stronach aorty.

Dane powyższe dowodzą, że substancja korowa ważniejszą nawet rolę odgrywa w ustroju niż substancja rdzenna, tem bardziej, że nadnercza dodatkowe składają się przeważnie z substancji rdzennej.

Objawy choroby ADDISON'a są następstwem niedostatecznej czynności obu gruczołów nadnerczowych. W patogenezie tej sprawy chorobowej niedostateczna czynność substancji rdzennej wyraża się nadzwyczajnem wycieńczeniem, porażeniami mięśni, wskutek samozatrucia toksynami kuraryzującemi, z drugiej zaś strony zmiany w substancji rdzennej powodują tachykardję, niedostateczność czynności serca, upośledzone napięcie naczyń, objawy duszności.

Zaburzenia w przewodzie pokarmowym są następstwem zmian w krwiobiegu, jako też zaburzeń w układzie sympatycznym, z któremi w związku jest nienormalna pigmentacja skóry.

Najczęstszą przyczyną choroby ADDISON'a jest gruźlica, mająca skłonność do szerzenia się na otoczenie, *resp.* na zwoje półksiężycowe, nerwy trzewowe, zwój słoneczny; to też gruźlicy najczęściej towarzyszy melanodermia.

Dziwne są warunki w nadnerczu, dzięki którym rak nie przechodzi na otoczenie, posiada do pewnego stopnia cechy nowotworu, względnie nie złośliwego, choć może dawać przerzuty w narządach oddalonych.

Za łagodnością raka nadnercza przemawiają przypadki raka nerki, wytwarzającego się z pierwiastków nadnercza dodatkowego, w samej nerce; w tych razach usunięcie nerki najczęściej leczy doszczętnie ciężką sprawę chorobową.

Z 58-u przypadków choroby ADDISON'a bez melanodermii, zebranych przez JACCOUD'a, w 11-u tylko była gruźlica nadnerczy, w 23-ch — rak.

Względnie długi czas trwania choroby [2 — 9 lat], t. j. okres od wystąpienia pierwszych objawów, dających się związać z cierpieniem, do zejścia śmiertelnego, objaśnia NEUSSER tem, że rak nadnerczy rzadko bywa obustronny i że komórki rakowe przez czas pewien mogą częściowo zastąpić w czynności komórki gruczołu.

Początek rzadko jednak udaje się wyśledzić, zwłaszcza jeżeli obserwacya zaczyna się w końcowych okresach choroby.

W ostatnich czasach obserwowałem chorobę ADDISON'a u mężczyzny lat 52. Wyglądał na znacznie starszego. Skarżył się na dotkliwy ból w prawem udzie, uniemożliwiający ruchy. Choroba trwała 4 tygodnie bez zmiany pomimo stałego leczenia. Wywiady, jak u człowieka mało inteligentnego, były bar-

dzo skąpe. Był kawalerem, chorób wenerycznych nie przechodził, czuł się zawsze zdrow, a rodziców nie pamiętał.

Badanie okazało, że ból w kończynie odpowiada przebiegowi nerwu kulszowego prawostronnego z punktami typowymi: skrętowym, podkolanowym i strzałkowym, że zwiększa się przy wstawaniu i siadaniu chorego, jako też przy biernem zginaniu kończyny w stawie biodrowym bez zginania w stawie kolanowym [objaw LESÈGUE'a]. Kończyna dotknięta wydawała się nieco cieńszą, niż przeciwną. Chód utrudniony połączony był ze zgięciem kręgosłupa w stronę przeciwną. Czucie, jak i odruchy skórne nie przedstawiały różnic wybitnych w porównaniu ze stroną lewą; objawów zwyrodnienia zapomocą prądu stałego i przerywanego nie stwierdziłem. Siła kończyny po stronie chorej była nieco mniejsza, niż po stronie zdrowej. Kręgosłup nie był bolesny.

Mieliśmy więc do czynienia z typową rwą kulszową. Badanie narządów wewnętrznych zmian wyraźnych nie okazało, oprócz nieco słabych tonów serca i nieznacznego powiększenia wątroby. Tętno przy ciepłocie 37° było przyspieszone [92 uderzeń na minutę], o ścianie dość twardej, napełnieniu słabem. Łaknienie marne, język obłożony nalotem białym; odbijań, mdłości, wymiotów, nie było. Wypróżnienia skąpe zjawiały się co 2-i lub 3-i dzień. Mocz o oddziaływaniu kwaśnem, c. wł. 1012, białka, cukru ani innych składników nieprawidłowych nie zawierał.

Skóra sucha z upośledzoną ilością tkanki podskórnej, wiotka.

Był to chory apatyczny, odpowiadał na zapytania leniwie, leżał w łóżku nieruchomo na wznak; twarz bez żadnego wyrazu o wyglądzie maski, odbijała się bladą odcieniem od czarnych i dość gęstych włosów.

Uderzał nas brak stosunku względnie łagodnej sprawy miejscowej do objawów ogólnych.

Stan taki trwał w ciągu 2-ech miesięcy prawie bez żadnej zmiany; ból w dolnej kończynie prawej zmniejszał się, a jednak chory już o własnej sile chodzić nie był w stanie. Prosił, żeby go nie ruszać, bo siadanie nawet go męczyło.

Na tem tle wyczerpania nowy wystąpił objaw: ból w stawie barkowym prawym szerzący się na ramię przy niedowładzie kończyny górnej, oraz wrażliwość na dotyk prawej połowy górnej części brzucha, jako też okolicy nadbrzuszej przy braku wszelkich innych objawów fizykalnych. Zawartość żołądka ze względu na stan osłabienia chorego badana nie była.

Ale te nowe objawy zwiększały zagadkę i skłaniały do zastanowienia się powtórnego nad istotą sprawy chorobowej. Rodziła się myśl, że istnieje skryty nowotwór, który mógł dać przerzut w gruczołach chłonnych uciskający splot szyjowo-barkowy, ale dla tego przypuszczenia nie było żadnych danych pozytywnych; przerzutem nowotworu możnaby objaśnić powstanie rwy kulszowej.

W 2 tygodnie potem chory zaczął kaszle, a badanie stwierdziło w dolnym ustępie płuca prawego obecność rzeżeń trzeszczących przy ciepłocie 38° i tętnie słabem o 120-u uderzeniach na minutę bez słumienia. Płwocina śluzo-

wo-ropna w ilości $\frac{1}{4}$ kubka z dość znaczną ilością piany zawierała dwoinki. Język suchy, chory narzeka na pragnienie.

Stan taki przy użyciu środków podniecających trwał 4 dni, poczem objawy fizykalne znikły, tętno zaczęło się zwalniać i wahało się w ciągu tygodnia pomiędzy 96 a 100 uderzeniami na minutę.

Pogorszenie wkrótce nastąpiło. Cera przybrała cechy woskowej, chory był w stanie zapaści, tętno z początku 120 doszło po tygodniu do 160-u pomimo stosowania kamfory i kofeiny, wystąpiło rozwolnienie, chory oddawał mocz i wypróżnienia pod siebie. Po siedmiu dniach takiego stanu nastąpiła śmierć.

Na sekcji stwierdzono co następuje:

Skóra blada z odcieniem woskowym. Tkanki podskórnej ilość bardzo nieznaczna. Mięśnie dość blade. Kości zmian nie przedstawiają. Osierdzie gładkie, błyszczące, w jamie płynu niema. Serce niepowiększone, pokryte tłuszczem, wiotkie, z bardzo wyraźnym odcieniem żółtawym. Na zastawkach żadnych zmian niema. Skrzepy krwiste kruche.

Oplućna lewa zgrubiała, przyrośnięta na całej przestrzeni, u wierzchołka płuca guzik wielkości orzecha włoskiego, zrosnięty z oplućną, wychodzący z płuca.

Oba płuca rozedmowe; w dolnych częściach obrzęk.

Gruzoły oskrzelowe powiększone, niektóre z nich miały wygląd serowaty.

Śledziona o $\frac{1}{2}$ powiększona, miękka.

Wątroba nieco powiększona, przekrwiona.

Nadnercze prawe pokrywa górną część nerki w postaci wału twardego, jednolitej konsystencji, długości 11 ctm., wysokości 4, grubości 3 ctm.; na przekroju substancja korowa gdzieniegdzie zachowana, przeważnie zlewa się z substancją rdzenną, która posiada budowę jamistą; jamy wypełnione krwią, przegrody o żółtawem zabarwieniu, w jednych miejscach twarde, w innych rozmiękczone.

Nadnercze lewe nieco mniejsze, posiada budowę zupełnie podobną do nadnercza prawego. Oba nadnercza oddzielają się z łatwością, nie są ściśle spojone z nerką. Splot słoneczny, zwoje półksiężycowe, nerwy trzewowe widocznych zmian nie okazują.

Nerki przedstawiają się prawidłowo.

Kości czaszki nieco zgrubiałe. *Dura mater* blada, pomiędzy *dura* a *arachnoidea* nieznaczna ilość cieczy surowiczej mętnej. *Pia mater* zmętniała, zgrubiała, przekrwiona.

Substancja mózgu blada, komory mózgowie rozszerzone, w nich znaczna ilość cieczy surowiczej.

Badanie mikroskopowe skrawków nadnercza i guzika w płucu, barwionych hematoksyliną i eozyną, hematoksyliną, eozyną i błękitem wodnym (*Wasserblau*), metodą WEIGERT'a, oranżem i błękitem metylenowym okazało:

Tkanka nadnercza przedstawia się nacieczona krwią, która miejscami tworzy ogniska niszczące gruczoł. Gdzieniegdzie tkanka, *resp.* rurki nadnercza pozostały niezmiennione, większa zaś część gruczolu zawiera ciała rakowate

o 2-ch — 4-ch szeregach komórek dużych [kilka razy większych niż komórki nadnercza], owalnych, wielokątnych, wogóle wielopostaciowych z jądrem dużym, które zabarwia się mocno, iz protoplazmą drobnoziarnistą. W wielu miejscach komórki rakowate uległy zwyrodnieniu klejowatemu; tak przeobrażone komórki tworzą gdzieniegdzie ogniska jednolite, dosyć ściśle ograniczone, odpowiadające przestrzeni jednego lub kilku ciał rakowych.

Guzik w płucu posiada budowę podobną do zmienionego nadnercza z taką samą, jak ono, wielopostaciowością komórek nabłonkowych bez zwyrodnienia klejowatego. W niektórych miejscach widać ogniska, składające się z kilku ciał rakowych, niebarwiących się, jakby znekrotyzowanych, w których rozpoczyna się rozpad drobnoziarnisty. Tkanka płucna w guziku uległa zniszczeniu, pozostawiając po sobie gdzieniegdzie cząsteczki włókien sprężystych. Na obwodzie nowotworu jest ona bezpowietrzna i rozsunięta przez nowotwór.

Mieliśmy więc do czynienia z rakiem nadnercza ściśle ograniczonym i z przerzutem rakowym w płucu lewym.

W naszej literaturze opisany przypadek jest unikatem. Dotychczas opisano 23 przypadki choroby ADDISON'a, nie wszystkie jednak są udowodnione, we wszystkich nadto zaznaczono brązowe zabarwienie skóry.

Krótkie wzmianki o tej chorobie podali w r. 1858 LE BRUN [zanik jednego nadnercza, gruźlica drugiego], w r. 1866 DORANTOWICZ [zabarwienie skóry przy półpaścu — przypadek niepewny], w 1871 MACUDZIŃSKI [gruźlica nadnerczy], w r. 1874 JERZYKOWSKI [3 przypadki].

Pierwszy u nas przypadek dokładnie opisany i zbadany mikroskopowo podał w r. 1888 PAWIŃSKI ¹⁾ w Gazecie Lekarskiej. Rozpoznanie ustalone zostało dzięki brązowemu zabarwieniu skóry, które wyraźnie wystąpiło na kilka dni przed śmiercią. Sekcyja stwierdziła gruźlicę nadnerczy; badanie mikroskopowe okazało w częściach mniej zmienionych nadnercza komórki olbrzymie w znacznej liczbie; masy zaś zserowaciałe przedstawiały się w postaci rozpadu drobnoziarnistego, w którym nie można było dopatrzeć się pierwiastków komórkowych. W skrawkach skóry wykryto barwik w komórkach sieci MALPIGHI'ego, najobfitszy w warstwie, sąsiadującej z częścią brodawkową skóry. W kierunku ku naskórkowi ilość barwika znacznie zmniejszała się, ku wewnątrz zauważono w tkance łącznej porożrzucane komórki z brunatną zawartością drobnoziarnistą, zwłaszcza w bliskości naczyń.

W roku 1899-ym MIKLASZEWSKI ²⁾ również wyczerpująco opisuje przypadek choroby ADDISON'a, oraz badanie nadnerczy dotkniętych gruźlicą i skóry.

Do niepewnych należą przypadki demonstrowane w Towarzystwie Lek. Kaliskiem przez BROKMANA [1900 r.], w Tow. Lek. Lw. w r. 1904 przez Me-

¹⁾ PAWIŃSKI J. Przypadek choroby Addison'a. Gaz. Lek. 1888, str. 78, 90.

²⁾ MIKLASZEWSKI W. Poglądy współczesne na istotę choroby Addison'a. Kron. Lek. 1899, str. 867, 923 i 987.

RUNOWICZA, w r. 1905 przez WIEZKOWSKIEGO [1 przypadek]; drugi zaś przypadek stwierdzony był przez sekcję, która okazała zanik nadnerczy.

W zeszytcie 7-ym i 8-ym Czasopisma Lek. z r. 1905, poświęconym BIEGAŃSKIEMU, RUDZKI ¹⁾ podaje opis 10-u przypadków choroby ADDISON'a [7 obserwowanych w Petersburgu w oddziale dra KERNIGA w szpitalu Obuchowskim, 3 z własnego oddziału w szpitalu św. Wincentego w Lublinie]; z tych 7 stwierdzonych przez badanie pośmiertne, które okazało: 1) *Deg. caseoidea gl. supraren. dex, atrophia cicatrisata et pigmentatio aspydea gl. supraren. sin.* 2) *Haemangioma cavernosum hepatis et gl. suprarenalium.* 3) *Scirrhus ventriculi* i przerzuty w nadnerczu. 4) *Tubercul. pulm. et gl. suprarenalium.* 5) *Atrophia gl. suprarenalium.* 6) *Deg. cystica gl. suprarenalium.* 7) Sprawa zapalna w nadnerczach.

Na 23 przypadki ²⁾ badanie pośmiertne wykonano w 15-u; przyczem znaleziono: 9 razy gruźlicę, 2 razy zanik nadnerczy, 1 raz sprawę zapalną, 1 raz *haemangioma cavernosum*, 1 *deg. cystica*, 1 raz przerzut rakowy.

Okazuje się stąd, że w $\frac{3}{5}$ przypadkach choroby Addison'a zmiany w nadnerczach wyrażają się gruźlicą. To samo potwierdzają inne statystyki. JACCOUD na 127 przypadków choroby Addison'a z bronzowem zabarwieniem skóry przytacza 82, t. j. 64%, w których nadnercze było dotknięte gruźlicą, nowotworem pierwotnym 4 razy, 2 razy przerzutami rakowymi.

Jeżeli rozpoznanie choroby Addison'a, której towarzyszy bronzowe zabarwienie skóry, może nastroczać wiele wątpliwości, to rozpoznanie przypadków nietypowych w obecnym stanie metod rozpoznawczych jest niemożliwe, a przynajmniej bardzo ryzykowne.

Ocenienie sprawności nadnerczy należy do przyszłości i prawdopodobnie da się skutecznie przy dokładniejszym poznaniu fizyologicznego działania substancji wydzielanych z moczem.

Za możliwością takiego przypuszczenia przemawia fakt wykrycia w substancji kuraryzującej w moczu normalnym [BOCCI ³⁾], oraz substancji, podnoszącej ciśnienie w barwiku kryształów kwasu moczowego i jego soli w osadzie moczowym [FÜRTH ⁴⁾].

1) RUDZKI Sr. Dziesięć przypadków choroby Addison'a. Czasop. Lek. 1905, str. 362.

2) Kazuistyka podana jest według RUDZKIEGO

3) BOCCI. Giftigkeit des menschlichen Harns. Centr. f. d. med. Wissenschaften. 1882.

4) O. FÜRTH. Zur Kenntniss der brenzkatechinähnlichen Substanz in den Nebennieren. Zeitsch. f. phys. Ch. 24, 142—153.

II. Z KLINIKI CHOROÓB DRÓG MOCZOWYCH PROF. GUYON'a W PARYŻU.

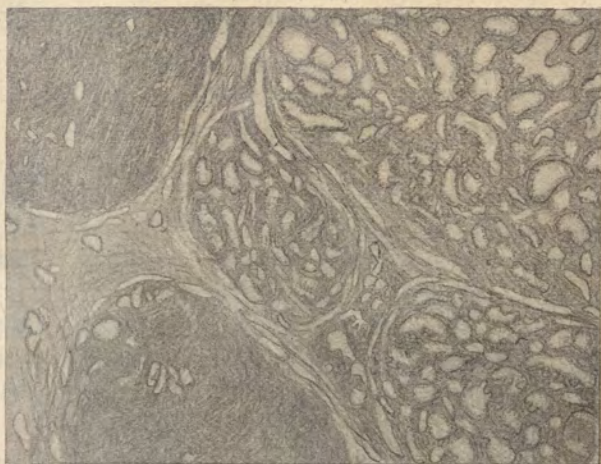
Badania nad powstawaniem przerostu gruczołu krokowego.

Podali

dr B. Motz [Paryż] i dr Perearnau [Barcelona].

[Dokończenie. — Patrz Nr. 17].

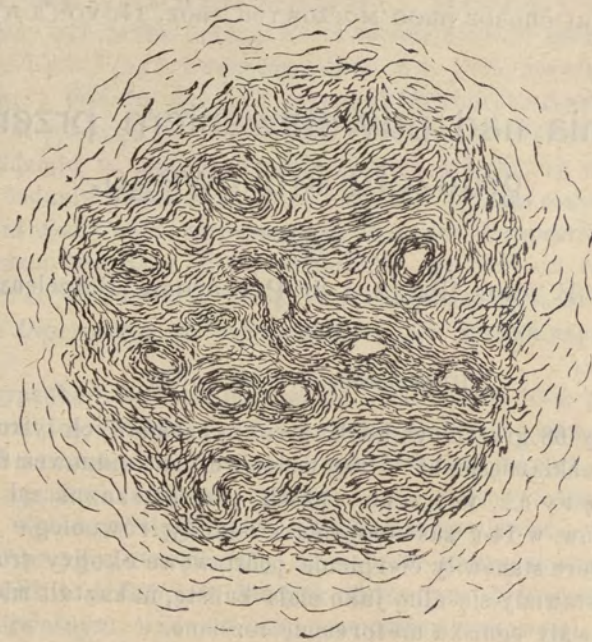
Z pomiędzy 68 gruczołów krok. przez nas zbadanych tylko w 2-ch razach znaleźliśmy małe mięśniaki. Przy badaniu drobnowidzowym 64-ch gruczołów przerośniętych, w trzech razach przerost zaznaczał się tylko obecnością mięśniaków, w 14-u zaś—mięśniaki istniały równolegle z gruczolako-mięśniakami, które stanowiły cierpienie podstawowe okolicy środkowej. Nowotwory te przedstawiały się albo jako ciała kuliste, naksztalt mięśniaków macicy, albo też dawały ogniska nieforemnie rozsiane.



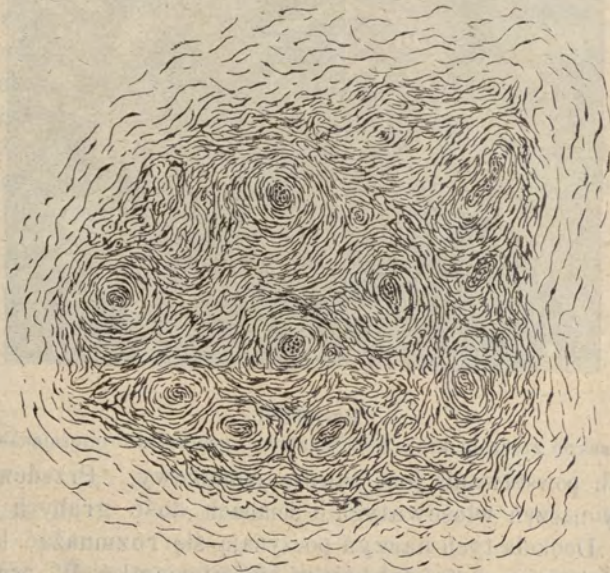
Rys. XXVI.

Przekrój gruczołu krok. z mięśniakami i gruczolako-mięśniakami.

Sposób ich powstawania jest zawsze jednakowy. Przedewszystkiem zjawiają się sploty naczyń włosowatych o ścianach dość grubych i bardzo wątkiem świetle. Dookoła tych naczyń poczynają się rozmnażać komórki mięśni gładkich, układające się mniej lub więcej pierścieniami. W mięśniaku dojrzałym większość naczyń traci światło, mimo to zawsze z łatwością można wskazać miejsce, gdzie się one znajdują. W niektórych razach mięśniaki obfitują w komórki zarodkowe [embryonalne] (Rys. XXV).



Rys. XXVII.
Mięśniak niedojrzały.



Rys. XXVIII.
Mięśniak dojrzały.

Badaue zapalenia gruczołu krokowego w przebiegu przerostu okolicy krokowej ma niemałe znaczenie wobec poglądów wypowiedzianych ostatnimi czasy w zajmującej nas sprawie. Przedewszystkiem, by mieć pewniejszy grunt pod nogami, należy wiedzieć, jak często zdarza się zapalenie w zdrowych gruczołach krokowych. Badając nasze 68 gruczołów krokowych zdrowych, przekonaliśmy się, iż zmiany zapalne były tam bardzo częste, mianowicie w 32-ch przypadkach.

	Gruczołów zbadanych	Zmian zapalnych
Między rokiem 27-ym a 40-ym	9	2
„ 41 — 50	15	6
„ 51 — 60	13	6
„ 61 — 70	8	7
„ 71 — 90	23	11

W większości przypadków ogniska zapalne były nie bardzo liczne, jednak 5 razy zauważono zmiany wybitne. Byłoby rzeczą ważną przekonać się, czy nie zachodzi jaki związek między zapaleniem a sprawami nowotworowymi w gruczole krokowym. Otóż wśród 30-u naszych gruczołów zdrowych ze zmianami przerostowymi w 17-u przypadkach były jednocześnie i zmiany zapalne.

Zapalenie gruczołu krokowego i jego przerost. Ostatnia praca CIECHANOWSKIEGO odegrała wybitną rolę w ocenianiu zależności i związku między sprawą zapalną a nowotworową w gruczole krokowym.

Od dawna wielu autorów wypowiadało swoje zdanie, opierając się na budowie drobnowidzowej gruczołu krokowego w stanie przerostu. Nie wdając się w szczegóły, przypominamy, iż ostatecznie większość widziała w powiększaniu się gruczołu sprawę nowotworową niezłośliwą, niektórzy zaś zwykłe zapalenie przewlekłe (*prostatitis chronica*).

Do pierwszych zalicza się szkoła NECKER'a [MOTZ, ALBARRAN i HALLÉ]; do ostatnich—CIECHANOWSKI.

CIECHANOWSKI ¹⁾ sądzi, iż powiększenie się tkanki gruczołowej nie jest „żadnym wynikiem istotnego zwiększenia się liczby torebek gruczołowych, lecz zależy wprost od powiększenia się już dawniej istniejących torebek oraz odmiennego układu tworów nabłonkowych, istniejących i w warunkach normalnych. To rozciągnięcie bierne torebek oczywiście pociąga za sobą wyraźne powiększenie wymiarów całego narządu“. Ten przerost doprowadza do tego, iż nabłonek, wyściełający powierzchnie kanałów gruczołowych, spłaszcza się coraz bardziej i wreszcie zanika“.

Ciała kuliste, owe gruczolako-mięśniaki pozostałych autorów, są niczem innym, jak tylko mocno rozciągniętymi torebkami.

„Przerost starczy gruczołu krokowego niema nic wspólnego ze sprawą nowotworową“, jest on „najczęściej wynikiem zaburzeń zapalnych, trzymających się przez długie lata i nie dających prawie żadnych objawów klinicznych“.

Na dowód, iż przerost gruczołu krok. jest niczem innym, jak tylko zapaleniem przewlekłym z mocnym rozciągnięciem torebek gruczołowych, autor zaznacza, iż we wszystkich gruczołach krok., których waga była wyższa nad normalną, znalazł on zaburzenia charakterystyczne dla *prostatitis chronica*.

Praca ta, poprowadzona bardzo systematycznie i cierpliwie, była już przytaczana przez paru innych badaczy, którzy również utrzymują, że w przerście gruczołu krokowego spotykali się z obrazem zapalenia przewlekłego gruczołu. W samej rzeczy, wyniki badań CIECHANOWSKIEGO są zupełnie zgodne z rzeczywistością, a opisy obrazów drobnowidzowych zupełnie ściśle; mimo to wszystko z ostatecznymi jego wywodami zgodzić się nie możemy. Sprzeczność ta wynika z jakości użytego do badań materiału.

CIECHANOWSKI zbadał 19 gruczołów krokowych starców pomiędzy 63-imi a 80-ym rokiem, zmarłych w szpitalach. W trzech tylko przypadkach zaznaczono na sekcji zaburzenia narządów moczowych: dwa razy był przewlekły nieżyt pęcherza, raz nieżyt pęcherza i miedniczek; żaden z tych chorych nie był uważany za „prostatyka“.

Waga badanych gruczołów była następująca: 2 po 15 grm., 3 po 20 grm., 9 między 20 a 25 grm., zaledwie 5 gruczołów ważyło więcej nad 30 grm. [31, 33, 34, 36, 39]. Według THOMPSON'a, serya między 15 grm. 50 a 23 grm. 28 najbardziej odpowiada normie. Przypuszczając nawet, iż waga normalnego gruczołu nie jest wyższa nad 20—21 grm., widzimy, że w przypadkach CIECHANOWSKIEGO tylko 13 gruczołów przekraczało wagę normalną.

Musi się wydać rzeczą dziwną dla każdego urologa, jak można było w celu badania gruczołu krok. wziąć kilka gruczołów starych bardzo nieznacznie powiększonych. By pojąć istotę zmian przy przerście *prostatæ*, należy zbadać pewną liczbę gruczołów osobników, które miały objawy prostatyzmu.

Nie sposób zaliczać do gruczołów przerostych wszystkie gruczoły z nieznacznym powiększeniem wagi i wymiarów. Tego rodzaju powiększenie

¹⁾ Annales des org. g. ur. 1901, str. 567.

może zależeć od wielu przyczyn, z których najczęstszą jest właśnie zapalenie. Wystarczy zbadać choć kilka gruczołów zapalnych, by się upewnić, że są one zawsze powiększone. Do zaniku prowadzi tylko jedna sprawa, mianowicie *prostatitis sclerotica*. Waga gruczołu krokowego, uległego sprawie zapalnej przewlekłej, waha się zwykle między 25 a 40 grm. Łatwo stąd już *a priori* domyślić się możemy, jaki był wygląd drobnowidzowy większości preparatów CIECHANOWSKIEGO.

Już zwykle badanie okiem nieuzbrojonym gruczołów krok. z istotnym przerostem przekonywa nas, że nie mają one nic wspólnego ze zmianami, zależnymi od zapalenia przewlekłego. Mają one wygląd czysto nowotworowy; widoczne to jest i z przemian w osnowie i z obecności licznych, obszernych ciał kulistych, wypuklających się nad poziomem przekroju.

O małych ciałach kulistych autor mógł jeszcze sądzić, że powstały one wskutek rozciągnięcia przewodów wydzielniczych i sąsiednich torebek. Jednak, gdy przyjrzymy się wielkim ciałom kulistym, utworzonym z licznych torebek gruczolowych, nabierzemy przekonania, iż w większości przypadków nie ma żadnego rozciągnięcia torebek gruczolowych, owszem: światło często jest zwężone, a powłoki przedstawiają się jako wysoki nabłonek cylindryczny z przezroczystą zarodnią, co już zupełnie przeczy jakimkolwiek rozciąganiu się tkanki gruczolowej.

Prócz tego, jeśliby wszystkie te zmiany były wynikiem tylko zapalenia przewlekłego, powinnyby one zdarzać się i u osobników młodych, chorujących na *prostatitis chronica*.

Jednakże należy odróżniać pojęcie „*prostatitis*“, jako przyczyny powstawania gruczolako-mięśniaków i „*prostatitis*“, jako zmiany podstawowej w przeroście gruczołu krokowego. Bardzo być może, iż istnieje pewien związek między lekkim zapaleniem gruczołu a powstawaniem gruczolako-mięśniaków. Jednak takie objaśnianie sprawy, opublikowane już przez niejednego badacza, jest niczem innym, jak tylko hipotezą, wymagającą nowych badań naukowych i długiej obserwacji klinicznej. My osobiście jesteśmy tego zdania, iż silne zapalenie przewlekłe przeszkadza powstawaniu przerostu gruczolako-mięśniakowego.

Mimo to wszystko nie ulega wątpliwości, iż w pewnych, bardzo rzadkich razach samo zapalenie przewlekłe może powodować zaburzenia w urynowaniu, a nawet zupełne zatrzymanie się moczu. Podobnych kilka przypadków opisali JANET, ALBARRAN, MOTZ i ARRÈSE. Jednakże te rzadkie przypadki nie mogą mieć żadnego wpływu na zasadnicze pojęcia o anatomii przeważającej większości gruczołów krok. uległych przerostowi. Potwierdzają one tylko zdanie ALBARRAN'a i HALI'É'go, iż zaburzenia w urynowaniu, ohrzczone przez GUYON'a mianem „*prostatismus*“, zależą od wielu różnych zmian chorobowych.

Wnio ski.

Nowotworzenie się gruczolako-mięśniaków, stanowiące zmiany zasadnicze przerostu okolicy gruczołu krokowego, jest sprawą bardzo częstą u osobników w wieku starszym.

Rozwijają się one z gruczolów okołocewkowych, oddzielonych od samego gruczołu gładkim zwieraczem wewnątrzczokowym; zwieracz ten czasami jest widoczny i przy warunkach normalnych; zaś w przebiegu przerostu gruczolów prawie zawsze zarysowuje się wyraźnie.

Przy przeroście umiarkowanym, albo wielkim, sam gruczoł zostaje zepełniony ku obwodowi; ulega on w mniejszym lub większym stopniu zanikowi, tworząc torebkę rzekomą.

Ciała kuliste są wynikiem nowotworzenia się tkanki gruczolowej i mięśniowej. Gruczoły rozmnażają się drogą pączkowania, przyczem rozrasta się i osnowa, odgradzająca nowopowstające torebki.

Ciała kuliste, składające się wyłącznie z tkanki mięśniowej [mięśniaki], zjawiają się zwykle dookoła splotów nowopowstających naczyń włosowatych.

W większości przypadków sprawie nowotworowej towarzyszą zmiany zapalne.

Zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego w bardzo rzadkich, co prawda, razach może powodować niecałkowite opróżnianie się pęcherza, a nawet zupełne zatrzymanie się moczu.

III. Terapia pneumatyczna.

Napisał

Dr Stanisław Bzura [Jablonna].

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 17].

Każde wzmoczenie czynności komórki, czyli pobudzenie w kierunku zwiększonego zapotrzebowania na tlen, wpływa drażniąco na naczynia krwionośne. LUDWIG i SZCZEŁKOW dla mięśni, CL. BERNARD dla gruczolów dowiedli, że w czasie czynności tych narządów, ich naczynia krwionośne rozszerzają się i prąd krwi staje się szybszym. Dyfuzja tlenu zwiększa się, rozszerza się powierzchnia samej komórki i przeto liczba punktów stycznych między powierzchnią komórki a powierzchnią naczyń zwiększa się. Stopień po-

budzania komórki nigdy nie odpowiada stopniowi podrażnienia naczyń. Jeżeli pobudzenie komórki według prawa FECHNER'a ¹⁾ rośnie w geometrycznej progresji, to wywołane przez nią podrażnienie rośnie w progresji arytmetycznej.

Pomimo stałego braku tlenu w tkankach, ustroj przystosowuje się nawet do mniej sprzyjających warunków i to tem dokładniej, im lepsza jest sprawność narządów wyrównywających, t. j. o ile on posiada krew normalną, ruchomą klatkę piersiową, silne mięśnie, zdrowe serce. O ile czynność tych narządów jest pod jakimkolwiek bądź względem upośledzona, zawartość tlenu we krwi mniejszą jest, niż w fizyologicznej normie; oczywiście w takich razach i oddech tkankowy jest upośledzony. W komórkach występują objawy zwyrodnienia, szczególnie w komórkach o wyższej organizacji, gdyż zapotrzebowanie na tlen w tych komórkach jest większe, niż w innych [EHRlich].

Najjaskrawiej występuje to w komórkach narządów, wytwarzających krew, t. j. w śledzionie, szpiku kostnym i t. d. Wskutek upośledzonej czynności, narządy te produkują materiał mało podatny do potrzeb życiowych ustroju. Jako dowód obiektywny: błądy i anemiczny wygląd wskutek zmiany normalnego stosunku czerwonych i białych ciałek krwi na korzyść tych ostatnich. Szczególniej wyraźnie występuje to w ustroju młodzieńczym, kiedy zapotrzebowanie materiału komórkowego jest ogromne ²⁾.

Do stanów o upośledzonej wymianie gazów zaliczany jest stan spokoju, w którym wywołane przez komórkę podrażnienie nerwów, regulujących dopływ krwi i odruchowe pobudzenie ośrodków oddechowych jest tak nieskończenie małe, że komórka ulega zanikowi wskutek bezczynności (*Atrophie durch Unthätigkeit*).

Nie ulega wątpliwości, że stopień napięcia tlenu we krwi nie pozostaje bez wpływu na stopień utleniania zarodki. Własności odtleniające posiada nie tylko zarodek komórki, ale i hemoglobina. Są one u zarodki znacznie większe, niż u hemoglobiny, w miarę jednak utleniania zmniejszają się stopniowo, a równolegle przez utratę tlenu zwiększa się powinowactwo hemoglobiny do tlenu. Utlenianie więc komórki może się odbywać wtedy, kiedy powinowactwo jej do tlenu jest większe niż w hemoglobinie i dotąd, dopóki nie nastąpi pewna równowaga w napięciu tlenu w komórce i w hemoglobinie. Dlatego-to w sprawach utleniania, pomimo znacznego zapotrzebowania tlenu przez tkanki, nie zużywa się on wszystek, lecz część jego z krwią żylną wraca do płuc. Ponieważ tylko nadmiar napięcia tlenu odgrywa rolę czynną w sprawach utleniania zarodki, to nieznaczne nawet zwiększenie napięcia wpływa już na zwiększenie utleniania.

¹⁾ Prof. dr C. PAWLINOFF. Der Sauerstoffmangel als Bedingung der Erkrankung u. d. Ablebens d. Organismus. Berlin. 1902.

²⁾ Dr R. CHOLEWA. Inhalationen bei Lungen-Herzleiden i t. d. Friedberg. 1902.

Co się tyczy wydzielania kwasu węglowego, to możnaby przypuszczać, że wskutek zwiększonej zawartości tego gazu w ściśnionem powietrzu [zwiększona ilość wskutek zwiększonej gęstości], zwiększenie to powoduje utrudnione wydzielanie gazu ze krwi. Powietrze pęcherzyków płucnych w zwykłych warunkach zawiera blisko 5% CO_2 , gdy tymczasem powietrze zewnętrzne nawet przy nadmiarze ciśnienia o jedną atmosferę zawiera tylko 0,08% objętości kwasu węglowego. Przy nieznacznem już pogłębieniu oddechu osiąga się dostateczne rozcieńczenie kwasu węglowego w pęcherzykach płucnych.

Wpływ rozrzedzonego powietrza, t. j. powietrza o mniejszem ciśnieniu barometrycznem na wymianę gazów, uświadomić można sobie na zasadzie następujących danych: ponieważ zawartość tlenu w powietrzu rozrzedzonym jest mniejszą, niż przy zwykłym ciśnieniu, to i powietrze pęcherzyków płucnych jest uboższe w tlen. Krew płucna [mając na uwadze zadowolający stan narządów wyrównywających] chłonie zawsze taką ilość tlenu, jaka jest potrzebna do zupełnego jej nasycenia i wtedy tylko przestaje chłonać tlen, kiedy napięcie tlenu w pęcherzykach płucnych staje się niższe, niż w tętnicznej krwi płuc [DU BOIS-REYMOND]. Objaw ten, jak dowiódł LOEWY, występuje wtedy, kiedy zawartość tlenu równa się 10%-om zwykłej zawartości, t. j. przy rozrzedzeniu o pół atmosfery. Przy takim rozrzedzeniu występują objawy choroby górskiej: osłabienie, senność, ból głowy, bicie serca, skłonność do wymiotów, przyspieszone tętno i oddech, duszność [KREHL].

Ponieważ jednak głębokość oddechu i szybkość krwiobiegu, która wpływa na ilość chłoniętego w jednostkę czasu tlenu, podlega dużym wahanom w granicach fizyologicznych, to ludzie, którzy posiadają zdrowe serce i przyzwyczaili się dobrze odwiezrać swoje pęcherzyki płucne, bez szkody wytrzymują znacznie większe stopnie rozrzedzenia powietrza.

Opierając się na całym szeregu badań [SCHUMBURG, ZUNTZ i wielu in.], twierdzić można, że w górach przemiana materji jest wzmózona. Co wywołuje wzmózoną przemianę materji, dotąd nie jest wyjaśnione, w każdym razie, zdaje się, rozrzedzone powietrze udziału w tem nie przyjmuje: w komorze pneumatycznej nie odbywa się wzmózona przemiana materji. Tak samo, niska ciepłota nie jest tego przyczyną, najprawdopodobniej odgrywa tu rolę wpływ światła i elektryczności ¹⁾.

Działanie rozrzedzonego powietrza zazwyczaj trwa czas krótki [parę tygodni] po zmianie miejscowości niskiej na wysoką. Stopniowo ustrój przystosowuje się do nowych warunków i zależnie od tego zmniejsza się sama pobudliwość przemiany materji.

Wreszcie zaznaczyć należy, że nie tylko ilość rozpuszczonego tlenu, ale i innych gazów powietrza we krwi, jak w każdym innym płynie, jest różną przy różnem ciśnieniu. Fakt ten ma nader doniosłe znaczenie, gdyż nadmiar rozpuszczonego powietrza wobec większego ciśnienia staje się wolnym przy zmniejszeniu ciśnienia i zaczyna się gromadzić w tkankach w postaci

¹⁾ Prof. A. Loewy. Höhenlufttherapie.

pęcherzyków. Pęcherzyki te, składające się z azotu [ponieważ tlen i gaz węglowy są pochłaniane przez tkanki organiczne], mogą być przyczyną odmy tkanek lub zatoru powietrznego. Tylko prędkie przeniesienie chorego pod wysokie ciśnienie usunąć może te złe następstwa.

Co się tyczy wpływu powietrza o ciśnieniu różnem od atmosferycznego na obieg krwi, to KNAUTH pytanie to tłumaczy w następujący sposób: Zwiększenie ciśnienia działa przedewszystkiem na powierzchnię ciała i na płuca, a mianowicie krew z naczyń obwodowych i naczyń płucnych wycieśnia się do naczyń głębiej leżących. Odpływ krwi żyłnej od obwodu jest ułatwiony. Tętnice, które posiadają silniejsze ściany, opierają się więcej wpływowi ciśnienia, niż żyły. Różnica w ciśnieniu między zewnętrzną a wewnętrzną częścią ciała wyrównywa się w przeciągu stosunkowo dosyć długiego czasu [45 minut]. Przy zmniejszaniu się ciśnienia objawy te odbywają się w odwrotnym porządku, t. j. naprzód wznaga się przyływ krwi do naczyń obwodowych i odpływ krwi z naczyń wewnętrznych. W pierwszym wypadku wskutek wymienionych przyczyn tętno staje się mniejsze, słabsze i rzadsze.

Objawy te przy jednorazowem stosowaniu ścieśnionego powietrza trwają czas krótki i stopniowo znikają. Mogą jednak stać się stałymi przy systematycznym stosowaniu ścieśnionego lub rozrzedzonego powietrza.

Mechaniczne działanie na serce i naczynia krwionośne ścieśnionego i rozrzedzonego powietrza, stosowanego zapomocą przyrządów pneumatycznych, zależy prawie wyłącznie od zmian ciśnienia w klatce piersiowej i sprowadza w obiegu krwi objawy, podobne do objawów, odbywających się przy normalnym wdechu i wydechu. W warunkach zwykłych ruch wdechowy przez zmniejszenie ciśnienia powietrza w klatce piersiowej wpływa na przyływ krwi do dużych żył płucnych, ruch wydechowy przez zwiększenie ciśnienia wpływa na odpływ krwi z żył płucnych. [Na serce i tętnice działanie wahań ciśnienia przy wdechu i wydechu teoretycznie nie da się wyjaśnić]. Wahanie ciśnienia na mały obieg krwi wywiera wpływ bezpośredni. A więc wzmożenie ciśnienia wywołuje zwężenie naczyń płucnych, zmniejszenie ciśnienia, rozszerzenie naczyń płucnych.

Zanim mówić będę o klinicznem zastosowaniu metody pneumatycznej, muszę zwrócić uwagę, że dziś o jej wartości leczniczej panują zbyt sceptyczne opinie. Zaufanie do tej metody podkopali sami jej twórcy, którzy, opierając się tylko na pozornie ustalonych podstawach fizjologicznych i rozumowaniach teoretycznych, bez należytego przygotowania klinicznego, zaczęli ją wprowadzać zbyt pośpiesznie w życie. Nowszą literaturę lekarską corocznie wzbogacają trzeźwe spostrzeżenia kliniczne i śmiało rzec można, że dziś po przejściu próby ogniowej, po odrzuceniu znacznej liczby stanów chorobowych, w których metoda pneumatyczna nie dawała żadnych wyników praktycznych, albo dawała ujemne, metoda ta w pewnych tylko bardzo nielicznych i ściśle

indywidualizowanych przypadkach chorobowych zyskała sobie zupełne prawo obywatelstwa ¹⁾).

Pomimo znacznej różnicy w sposobie stosowania ściśnionego powietrza w kamerze pneumatycznej i z przenośnych przyrządów pneumatycznych, pomimo to, że w pierwszym wypadku wpływowi ściśnionego powietrza poddawane bywa całe ciało, w drugim — tylko płuca i pośrednio serce, fizjologiczne i terapeutyczne działanie przyrządów niewiele różni się od działania kamery.

Nie ulega kwestyi, że z wielu względów [o czem później] kamery pneumatycznej należy oddać pierwszeństwo; dzięki jednak łatwości stosowania i niskiej cenie przyrządów pneumatycznych przyrządy te znalazły również szerokie zastosowanie. Przenośne przyrządy pneumatyczne służą albo wyłącznie do wdychania ściśnionego powietrza, albo wyłącznie do wydychania w rozrzedzone powietrze. Proponowane przez WALDENBURG'a wdychanie rozrzedzonego powietrza i wydychanie w ściśnione zostało zaniechane, gdyż w praktyce jest prawie niemożliwe do wykonania.

Łącznie ze ściśnionem lub rozrzedzonym powietrzem stosować można do oddychania leki lotne lub rozpylone.

Pod względem klinicznym przyrządy nadają się, jako środek ortopedyczny, do wszystkich przypadków upośledzonej wentylacji płuc. Nie ulega kwestyi, że oddech głęboki wykonać można i bez pomocy przyrządów; jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę, jakie trudności nawet dla zdrowego sprawia głęboki oddech, wykonywany prawidłowo i miarowo, to stanie się zrozumiałem, że dla chorego, którego częścią najsłabszą są narządy oddechowe, trudności staną się bez porównania większe. Jaką metodę, lub jaki przyrząd zastosować w każdym poszczególnym wypadku, to tu tak doniosłego znaczenia nie ma, raczej chodzi o to, aby każdy ruch oddechowy był wykonany odpowiednio do złożeń chorobowych.

[C. d. n.].

¹⁾ Przytoczone niżej spostrzeżenia kliniczne oparte są przeważnie na sprawozdaniu dra LAZARUS'a z 25-letniej działalności instytutu pneumatycznego w Berlinie, gdzie leczono się przez wymieniony okres czasu metodą pneumatyczną 2300 chorych, którzy korzystali z 55 tysięcy posiedzeń pneumatycznych. (Die ersten 25 Jahre des pneumatischen Instituts am Krankenhaus d. Jüdischen Gemeinde zu Berlin v. dr LAZARUS. Berlin, 1900).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

127. L. Bernard. Cierpienia nadnerczy.

W nadnerczach znajdują się 3 rodzaje pierwiastków histologicznych, różniące się swem znaczeniem fizyologicznem i umiejscowieniem w różnych warstwach gruczołu, mianowicie: 1) komórki substancji korowej, których czynnością jest zwiększanie napięcia (*tonus*) mięśni i zubożnianie toksyn, wytwarzanych w mięśniach podczas ich pracy. Komórki te powiększają się, gdy w mięśniach zwierząt wywoła się doświadczalnie tężec. Wytwarzają one nadto barwiki z nieznaną dotąd rolą; można tylko twierdzić, że nie są one w związku ze zmianami zabarwienia skóry, opisanymi przez ADDISON'a. 2) W substancji mięszonej istnieją inne komórki, nazwane „*chromaflines*“ z powodu pokrewności z barwikami; protoplazma ich zawiera ziarenka adrenaliny; od tych to komórek adrenalotwórczych zależy wpływ na ciśnienie krwi, to jest drugą czynnością nadnercza. 3) Wreszcie w tej samej substancji mięszonej są jeszcze inne pierwiastki, a mianowicie: komórki nerwowe, będące w związku z nerwem sympatycznym, i im to autor przypisuje wpływ na tworzenie się barwików w skórze, a cierpienie ich jest podstawą anatomiczną choroby ADDISON'a. Nadnercze więc ma czynność myotoniczną i angiotoniczną, a pośrednio przez komórki nerwu sympatycznego na tworzenie się barwika skóry.

Cierpienia nadnerczy, odpowiednio do ich wzmożonej lub osłabionej działalności, autor dzieli na 2 rodzaje: *hyperepinephritis* i *hypoepinephritis*. Wyodrębnia on chorobę ADDISON'a, jako nie zależną od samego nadnercza, lecz od komórek nerwu sympatycznego.

Objawy *hyperepinephritidis* [wzmożonej działalności nadnerczy] zależą od podniesienia ciśnienia w tętnicach [co ma powodować miażdżycę ich—VAQUEZ]: bóle głowy, zaburzenia uszne, [szmer, zawroty], oczne, przejściowe zbczenia mowy, drgawki, czasem bezwładny.

Objawy *hypoepinephritidis* czyli niedomogi nadnerczy są lepiej znane i liczniejsze; głównym z nich jest *asthenia* mięśniowa różnego natężenia, w ostrych przypadkach gwałtownie obezwładniająca chorego, w przewlekłych postępująca stopniowo; chorzy z początku nie są w stanie wypełniać codziennych czynności, później zaś zostają przykuci do łóżka, niezdolni do najmniejszego ruchu, wysiłku lub w ogóle pracy mięśniowej. Objaw ten tłumaczy się osłabieniem czynności myotonicznej gruczołu. Zmniejszenie ciśnienia wewnętrzznego, po astenii jest najważniejszą oznaką *hypoepinephritidis*, i zależy od osłabienia drugiej zasadniczej czynności narządu angiotonicznego; ciśnienie krwi spada do 10-u [sfigmomanometr POTIN'a] i niżej i jest powodem zaburzeń w krążeniu krwi: tachykardii, arytmii, duszności i zapaści.

Zaburzenia obwodowe naczyniowo-ruchowe cechują się t. zw. smugą SERGENT'a; linia, narysowana tępym przedmiotem na brzuchu chorego, bieleje w ciągu kilku minut i występuje w kształcie białej smugi, prócz tego dość ważnym objawem jest nadczułość ogólna i rozsiana, bóle w okolicy lędźwiowej, silne kolki brzuszne; prawdopodobnie bóle te są pochodzenia sympatycznego. Duże znaczenie mają też objawy mózgowe, jak: bóle głowy, *delirium*, konwulsje u dzieci, wreszcie ostatni objaw niedomogi nadnerczy — śpiączka z powodu ogólnego zatrucia. Notowano również zaburzenia przewodu pokarmowego, mniej jasne do wytłumaczenia, mianowicie: powtarzające się uporczywe wy-

mioty z wtórnym zaparciem, u dzieci rozwolnienie, zbliżone do wypróżnień cholerycznych.

Wogóle więc objawami niedomogi nadnerczy są: słabość mięśni, obniżenie ciśnienia, biała linia brzuszna, różne zaburzenia nerwowe i przewodu pokarmowego. Klinicznie objawy te występują pod 3-ma postaciami: ostro, podostro lub przewlekłe.

W patologii nadnercza najdawniej znaną jest choroba ADDISON'a, cechująca się brązowym zabarwieniem skóry całej lub części, również błon śluzowych. Jak powiedzieliśmy, BERNARD uważa ją za zależną od cierpienia komórek nerwu sympatycznego, znajdujących się w nadnerczu, a nie od cierpienia innych części składowych tego gruczołu i twierdzenie swe opiera na następujących argumentach: *melanoderma* zjawia się tylko w przewlekłych cierpieniach nadnerczy, nigdy w ostrych, a to można wytłumaczyć tylko teorią nerwową; 2) doświadczalne niszczenie otoczki nadnerczy nigdy nie wywołało choroby ADDISON'a i wreszcie 3) chorobę A. spotykano wobec normalnego stanu nadnerczy, lecz przy zapalnym stanie nerwu sympatycznego; w przypadkach zaś, gdy cierpiały nadnercza, zmiany chorobowe znajdowano i w splotach słoncowych (*plexus solaris*) [LAINEL LAVASTINE].

(*La Presse médicale*. 1905. Nr. 98.

Z. Kotarski.

128. Ritter. O działaniu adrenaliny na naczynia chłonne.

Celem badań autora było rozstrzygnięcie pytania, czy adrenalina, wstrzyknięta pod skórę, wywołuje odczyn w postaci przekrwienia, czy też nie. Otóż wstrzykując $\frac{1}{2}$ —1 cm. sz. roztworu 1:5000 adrenaliny lub paranefryny w skórę przedramienia przy stawie kiściowym od strony promieniowej, na miejscu pozbawionem żył, zauważył, że to miejsce silnie blednieje i powierzchnia skóry pokrywa się gęsią skórką. Przy podniesieniu ręki do góry, poczuwszy od miejsca zastrzyknięcia zwolna ukazują się białe pasma szerokości paru milimetrów, posuwające się pomалу ku stawowi łokciowemu, ku ramieniu i pasze. Przy zastrzyknięciu większych ilości adrenaliny liczba pasm była większa.

Jeżeli ręka zwiesza się ku dołowi, to pasma odchodzą w kierunku dłoni. Liczne badania dowiodły, że pasma te występują zawsze w jednakowy sposób i u wszystkich osobników mają jednakowy przebieg. Pasma, jak to stwierdzono u osób z wydatnymi żyłami, przebiegają ponad nimi i tworzą rysunek zupełnie podobny do tego, jaki mamy w zapaleniu naczyń chłonnych (*lymphangitis*), z tą różnicą, że wtedy są one czerwone, tu zaś zupełnie białe. Zjawisko to autor tłumaczy w sposób następujący. W *lymphangitis* zapalenie przechodzi ze ścian naczyń chłonnych skórných na ich *vasa vasorum*, wywołując ich rozszerzenie i przekrwienie, co się uwidocznia przez czerwono zabarwione pasma na powierzchni skóry. Otóż, ponieważ przy zastrzykiwaniu adrenaliny pasma są białe, zatem preparat ten działa na *vasa vasorum* naczyń chłonnych w sposób zwężający.

Spostrzeżenie więc to wykazuje, że wodne roztwory, jak również i płynne trucizny, prócz ciał, znajdujących się w zawiesinie, są wchłaniane przez naczynia krwionośne, adrenalina zaś stanowi wyjątek, gdyż rozchodzi się wyłącznie przez naczynia chłonne. Doświadczenia BRAUN'a wykazały, że po zastrzyknięciu adrenaliny nie występuje, jako odczyn, zapalenie, pomimo, że w *Realenzyklopädie Eulenburg'a* znajduje się uwaga, że po anemii następczo występuje przekrwienie. Otóż, jeżeli po zastrzyknięciu adrenaliny wystąpi przekrwienie zapalne, to spowodowane bywa albo przez nieczyste narzędzia, albo przez uszkodzenie tkanek, albo też wskutek zawartości w płynie wstrzykiwanym ciał drażniących.

Ostatecznie autor przechodzi do wniosku, że adrenalina wywołuje dość długotrwałą niedokrwiłość [przez parę godzin] i to dłużej trwającą w danym miejscu, im bliżej ono znajduje się miejsca zastrzyknięcia adrenaliny, przyczem żadne przekrwienia odruchowe nie występują, i kończy uwagę, że adrenalina jest takim samym specyfikiem dla naczyń chłonnych, jakim kokaina jest dla nerwów.

(*Medizinische Klinik*. 1906. Nr. 13.)

S. Mierostawski.

129. Brugsch. O wewnętrznym leczeniu choroby Basedow'a.

I dla autora najprawdopodobniejszą jest teoria Möbius'a, iż choroba Basedow'a jest zatruciem organizmu wskutek chorobyliwie zmienionej czynności gruczołu tarczowego. Tłómaczy ona jeden z najwybitniejszych objawów tego cierpienia, szybkie wychudnienie, upadek wagi ciała, mimo dobrego, a czasami nawet wilczego apetytu. Badania przemiany materii u takich, chorych wykazały szybki rozpad białka [F. MÜLLER, LUSTIG], a zwłaszcza zwiększenie spraw oksydacyjnych o 20 — 30 — 50% w porównaniu z normą [MAGNUS-LEVY]. Przy leczeniu więc chorych, dotkniętych cierpieniem Basedow'a, należy ich żywić intensywnie, tuczyć, dostarczając im przedewszystkiem pokarmów o dużych kaloryach [a więc węglowodany, tłuszcze]. Bardzo ważnym jest spokój psychiczny chorych, co najlepiej osiągnąć się daje przez usunięcie ich ze zwykłego otoczenia [sanatoria]. Nadto B. radzi podawać fosforany, a to z następujących powodów: KOCHER [1902] przekonał się, iż u zwierząt, którym wycięto tyle gruczołu tarczowego, iż mogą żyć bez objawów zatrucia, podawanie fosforanów potasu i magnezu powoduje charłactwo (*cachexia*), gdyż sole te mają wywoływać zanik zdrowego gruczołu tarczowego. Dalej, SCHOLZ [1905] przy używaniu pastylek tyreoidynowych widział zwiększenie się fosforanów u zdrowego o 25%, a u dotkniętych chorobą Basedow'a o 10% (*phosphordiabetes*). Roos znów przekonał się, iż to zwiększanie się wydzielania fosforanów następuje tylko u psa z wyciętym gruczołem tarczowym. Jakkolwiek nie wszyscy badacze na tym punkcie doszli do jednakowych wyników, to jednak większość ich jest tego samego zdania, co dowodzi, iż istnieje związek między gruczołem tarczowym a „*Phosphorstoffwechsel*”. Dodajmy dla całości, iż B. należy do zwolenników podawania w chorobie Basedow'a przetworów surowicy krwi lub mleka ze zwierząt, którym wycięto gruczoł tarczowy.

(*Therapie der Gegenwart*. 1906. Nr. 1).

W. G.

130. G. Rüdiger. W sprawie leczenia nerwobólu kulszowego (*ischias*) metodą infiltracyjną według Lange'go.

Autor stosował w 10-u przypadkach nerwobólu kulszowego w celach leczniczych metodę infiltracyjną według LANGE'go. Technika zabiegu była następująca. Chorego układano na zdrowym boku i, po odszukaniu kości kulszowej oraz krętarza wielkiego (*trochanter major*) cierpiącej strony, linię łączącą te 2 punkty dzielono na 3 równe części. Po dokładnym odkażeniu skóry, na granicy środkowej i wewnętrznej trzeciej części robiono zastrzyknięcie kilku centymetrów sześciennych płynu SCHLEICH'a. Do zastrzykiwań używano następnie szprycy objętości 10 ccm. z igłą niezbyt cienką, długości 10 ctm., którą wkluwano pionowo przez znieczulone miejsce aż do nerwu kulszowego. Żywy ból, na który uskarża się chory, oraz natychmiastowe drgnięcie nogi wskazują, że igła doszła do nerwu. Do zastrzykiwań RÜDIGER używał płynu, w skład którego wchodził roztwór soli kuchennej w stosunku 8:1000 oraz β -eukaina w stosunku 1:1000. Płynu tego autor zastrzykiwał od 60-u do 150-u ctm. sz., najczęściej zaś 70 — 100 ctm. sz. Po zastrzyknięciu chory winien leżeć przynajmniej przez godzinę zupełnie spokojnie.

Wyniki otrzymane przy stosowaniu tej metody RÜDIGER uważa za bardzo dodatnie. Mianowicie: w 5-u przypadkach po kilku zastrzyknięciach otrzymał zupełne wyleczenie; w 3-ch znaczną poprawę, wyrażającą się tem, że używanie kończyny zostało zupełnie przywrócone, chociaż ból w niewielkim stopniu pozostał; wreszcie w 2-ch przypadkach dodatni skutek był tylko łączsowy. Metoda zaleca się prostotą zabiegu, jest mało bolesną i nie jest niebezpieczną.

(*Medizinische Klinik.* 1906. Nr. 10).

T. Wretowski.

131 Pers. O chirurgicznym leczeniu rwy kulszowej.

Wobec często niepomysłnych wyników, do których prowadziło chirurgiczne rozciąganie n. kulszowego, metoda ta poszła niemal w zapomnienie. Otóż, autor w 2-ch przypadkach zastosował odmienną od dotychczasowej metodę z pomyślnym wynikiem, mianowicie operację obłuznienia nerwów (*neurolysis*). Przebieg operacji w obu przypadkach był następujący: poprowadzono zwykle cięcie pomiędzy krętarzem (*trochanter*) a guzem kulszowym (*tuber ischii*) celem obnażenia nerwu, poczem nerw ten został odpreparowany, aby można było obejrzeć, czy jego powierzchnia posiada zwykły swój wygląd błyszczący, przypominający kość słoniową, a następnie, czy leży swobodnie w swej luźnej otoczce łączno-tkankowej pomiędzy mięśniami. W obu przypadkach barwa była zmieniona: nerw był czerwonawy i nie błyszczący, lecz matowy. Wówczas autor przedłużył cięcie aż do miejsca, gdzie nerw wyglądał prawidłowo. Dokładne badanie zmian dostrzeżonych na powierzchni nerwu wykazało, iż czerwonawa barwa zależała od delikatnej siateczki włókien łączno-tkankowych, które oplatały nerw i przytwierdzały go do tkanek otaczających. Wobec tego autor możliwie najstaranniej usunął tę siatkę z nerwu, który znów nabrał wyglądu zwykłego i został uwolniony od ścisłego zespolenia ze swem otoczeniem.

(*Deutsch. med. Woch.* 1906. Nr. 15).

W. Dobrowolski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

29. Proponal nowy środek nasenny, o którym pisaliśmy w № 1-ym „Gazety“ z r. b., wypróbowali w zakładach leczniczych na dużym materiale dr KALISCHER (*Neurol. Ztbl. N. 10*), LILIENFELD (*Berl. klin. Woch. N. 10*) i ROEMHELD (*Therapie der Gegenwart.* 1906. Nr. 4) i potwierdzają pierwotne doniesienia o jego skuteczności. Podawano go u chorych z różnemi cierpieniami funkcjonalnemi i organicznemi układu nerwowego, skarżących się na bezsenność od dawna, przeciw której brali już poprzednio różne środki nasenne. Aby wyłączyć wpływ sugestyi nie mówiono chorym, iż dostają środek nasenny, a dla porównania—odstawiano go lub podawano inny. Dawki małe 0,1—0,2 działały niepewnie i były skuteczne tylko u chorych, którzy trudno zasypiali lub łatwo się przebudzali. Sen wywoływały dopiero dawki większe,

0,3—0,4—0,5 [ta ostatnia wyjątkowo, a 0,6 nie trzeba było nigdy używać]. Już w $\frac{1}{4}$ — 1 godziny chory zasypiał [prędzej więc niż po większej nawet dawce weronalu] i sen trwał 4 — 7 godzin. Po przebudzeniu się chorzy nie skarżyli się, jak po innych środkach nasennych, na ciężkość głowy, zawroty, senność; nie widziano też aby proponał działał na żołądek, kiszki, serce, nerki lub skórę, t. j. nie wywierał on żadnego obocznego działania. LILJENFELD zachwala go w *agrypnia hysterica*.

G.

30. Santoninę przeciw bólom zależnym od władu rdzenia kręgowego (*tabes*) zaleca BRICAGE (*Thèse de Lyon. 1906*). Miała ona być skuteczną więcej niż w połowie przypadków. W zwykłych nerwobólach jest bezskuteczną. W małej dawce [5 — 10 ctgrm.] znosi bóle strzelające na krótki czas, w dawce zaś 15 — 30 ctgrm. dziennie ma usuwać bóle na długo. Widzenie na żółto (*xantopsia*) wskazuje na zatrucie organizmu i wtedy nie należy santoniny więcej podawać choremu.

G.

31. Surowica rodagenowa (*rodagenserum*) przeciw chorobie Basedow'a.

BURGHART i BLUMENTHAL, którzy [w r. 1899] prawie jednocześnie z BALLET'em, ENRIQUEZ'em i LANZ'em zalecali przetwory z krwi, surowicy i mleka zwierząt pozbawionych gruczołu tarczowego przeciw chorobie BASEDOW'a, [a skuteczność tych laków potwierdziła praktyka], obecnie wypuścili w świat nowy przetwór „*Rodagenserum*“. Od dawna utrzymywano, iż u zwierząt, którym wycięto gruczoł tarczowy, czynnik działający na zniesienie objawów cechujących chorobę BASEDOW'a znajduje się w znacznie większym zagęszczeniu we krwi niż w mleku. W przypadkach więc ciężkich tej choroby należy używać przetworów ze krwi. Do wyrobu *Rodagenserum* posilkują się oni tylko takimi kozami, u których w następstwie wycięcia gruczołu tarczowego wystąpił typowy obrzęk śluzowaty (*myxoedema*), a więc które przeżyły co najmniej o pół roku operację. *Rodagenserum* autorowie zalecają, zależnie od natężenia objawów BASEDOW'a, 1 lub więcej razy po 50 kropel lub 3 razy dziennie po 25 kropel. Dla poprawienia smaku można je brać w kleiku lub likierze. Posilkują się oni jednocześnie promieniami RÖNTGEN'a, skierowanymi na gruczoł tarczowy.

G.

Przegląd bibliograficzny.

Dr Med. STANISŁAW ORŁOWSKI. **Cierpienia układu nerwowego. Choroby nerwów obwodowych. Choroby rdzenia kręgowego** [stronie 419; rysunków 186 w tekście i jedna tablica. Z zapomogi kasy dra J. MIANOWSKIEGO. Warszawa, WENDE. 1906 r. cena 2 rb. 50 k.].

Autor, zaszczytnie znany w naszej literaturze, zaznacza w słowie wstępnym, że pragnąłby, aby praca jego niniejsza choć w części wypełniła brak w naszym piśmiennictwie podręcznika chorób nerwowych.

Życzeniu autora stało się zadość — praca jego jest niezawodnie doskonałym podręcznikiem chorób nerwowych, stojącym na wysokości dzisiejszej wiedzy. Jest to prawdziwie pierwszy podręcznik chorób nerwowych w języku polskim, gdyż dział chorób nerwowych w „Nauce o chorobach wewnętrznych“, [Kraków. Pod redakcją prof. W. JAWORSKIEGO] jest zbyt powierzchownie opracowany i z tego względu nie zasługuje na nazwę podręcznika: jest to raczej popularny wykład o chorobach nerwowych. Podręcznik jakichkolwiek chorób powinien w pełni, jasno i przekonywająco przedstawić wszystko, co nauka nowoczesna wie w danej kwestyi. Kol. ORŁOWSKI przeznacza swój podręcznik przede wszystkim dla lekarzy-praktyków. Zobaczymy, czy w tym względzie wypełnił konieczne zobowiązania.

Na wstępie każdego działu autor zamieszcza krótkie, treściwe i dostatecznie wyczerpujące dane z anatomii i fizjologii. Jest to doskonały sposób przypomnienia czytelnikowi wielu kwestyi, o których zdążył zapomnieć po opuszczeniu wszechnicy, a zarazem ułatwienie dokładniejszego zrozumienia przebiegu, rokowania i leczenia choroby. Zgadzam się z autorem, że przytaczanie zagranicznej literatury, to balast zbyt ciężki w polskim podręczniku dla praktyków, którzy z łatwością, w razie chęci, mogą korzystać z prac polskich autorów. Uważam jednak za wadę prawie zupełne pominięcie nazwisk autorów zagranicznych, którzy położyli wielkie zasługi dla danego działu nauki. Ten brak prawie zupełny nazwisk, małe uwzględnienie danych statystycznych i spostrzeżeń kazuistycznych stanowi ujemną stronę zresztą dobrego podręcznika. Niezawodnie, zbyt nie przeładowanie nazwiskami i liczbami nie ułatwia czytelnikowi orientowania się w danej kwestyi, ale brak tego wszystkiego obniża wartość dzieła i korzyść, jaką zeń wyciągnąć można.

Nie wszystkie działy podręcznika leżały jednakowo blisko serca autora. Niektóre z nich opracowane zostały zbyt obszernie, np. zapalenie wielonerwowe zajmuje przeszło 20 stronice, a tak ważny dział, jak wylewy krwi do rdzenia (*haematomyelia*), zdobyły 3 stronice bez żadnego rysunku objaśniającego.

Ze względu na praktyków, dla których podręcznik jest przeznaczony, uważam za błąd niedostateczność opisu różnych zabiegów leczniczych, np. na str. 273 i 274 autor mówi: „wodolecznictwo wywiera wielce dodatni wpływ, tylko zabiegów bardzo energicznych unikać należy“. Wyrażenie „bardzo energiczny zabieg“ jest kwestyą bardzo rozciąglą. Autor sam chyba dobrze wie, jakim nieraz eksperymentom wodoleczniczym u różnych wód i zdrojowisk poddają chorych, dotkniętych organicznem cierpieniem nerwowem. Należało więc koniecznie określać ściśle jakość i liczbę zabiegów wodoleczniczych.

W rozdziale, poświęconym fizjologii rdzenia [str. 237] autor zaledwie w kilkunastu słowach wspominał o zachowaniu się odruchów ścięgowych wobec zniszczenia rdzenia na całym przekroju poprzecznym. Prace BASTIAN'a, BRUNS'a i innych nie są zbyt znane ogółowi lekarzy, a ponieważ wyniki tych prac sprzeczne są z popularnemi pojęciami o odruchach, więc należało poświęcić tej kwestyi cokolwiek więcej miejsca.

Przed laty MINOR wygłosił zdanie, że u żydów wiać rdzenia przytrafia się rzadziej, aniżeli u chrześcian ze względu na rzadkość syfilisu wśród żydów. Zdanie to, zupełnie błędne, powtarzane bywa w wielu podręcznikach chorób nerwowych. Kol. ORŁOWSKI, omawiając etyologię wiać [250 str.], powtarza to samo błędne mniemanie, co jednak nie przeszkadza mu w spisie prac, dotyczących syfilisu rdzenia wymienić pracę GAJKIEWICZA [Syfilis układu nerwowego], który w kategoryczny sposób zbija pogląd MINOR'a co do rzadkości syfilisu u żydów.

W rozdziale o zapaleniu wielonerwowem [str. 37] znajdujemy następujące zdanie: „zaburzenia w dziedzinie czucia zajmują w obrazie chorobowym miej-

sce bardzo wybitne, częstokroć nawet pierwszorzędne". Podobny pogląd na objawy zapalenia wielogniskowego nerwów (*polyneuritis*) spotykamy często i w innych podręcznikach chorób nerwowych, niestety jednak, jest on błędny. Najczęściej w rozszanem zapaleniu nerwów obwodowych zaburzenia czuciowe przedmiotowe bywają wyrażone bardzo słabo.

W podręczniku znajdujemy sto kilkadziesiąt rysunków i fotografii, niestety, za mało w nich objaśnień, koniecznych do dokładnego zrozumienia szczegółów rysunku; prócz tego niektóre działy podręcznika posiadają bardzo liczne rysunki, nawet fotografie, które niekiedy nie wyjaśniają kwestyi omawianego cierpienia, niektóre zaś działy uie mają nawet koniecznych schematów.

Język podręcznika jest płynny, barwny i jasny; miejscami cokolwiek ruseyzmów, np. na str. 162 znajdujemy takie wyrażenie „chloroform prądu elektrycznego nie przewodzi“. Druk, papier, wogóle cała zewnętrzna szata podręcznika robi wrażenie dodatnie.

Podręcznik ten powinien znaleźć szeroki popyt wśród praktyków, którym może być wielką pomocą w rozpoznawaniu i rokowaniu wielu cierpień nerwowych.

We wstępie autor wspomina, że niniejsza praca stanowi część I podręcznika cierpień układu nerwowego Część II, o ile do opracowania jej sił starczy, zawierać będzie „choroby mózgowia i nerwice“. Życzymy szczerze autorowi, aby mu sił i ochoty starczyło do dokończenia tak pożytecznego dzieła.

R. Stróżewski.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne d. 20-go lutego r. b.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 17].

STANKIEWICZ przyznaje, że postępowanie KR. w danym przypadku było zupełnie konsekwentne. Jakkolwiek bezwład dolnej połowy tułowia i kończyn wskazywał na przerwanie ciągłości mlecza pacierzowego, to jednak wobec stwierdzenia obecności kuli w kanale rdzeniowym zapomocą promieni RÖNTGEN'a nie podobna było z pewnością orzec, czy objawy bezwładu zależą wyłącznie tylko od przerwania mlecza, i czy ucisk kuli w tak wąskiej przestrzeni nie przyczynia się w części do ich podtrzymania. W przypadku Kr. wtedy tylko operacja byłaby przeciwwskazaną, gdyby rękoczyn sam przez się przedstawiał poważne niebezpieczeństwo dla życia chorego, że atoli tak nie było, świadczy przebieg pooperacyjny.

KBAJEWSKI powstaje przedewszystkiem przeciwko omawianiu jednocześnie dwóch tak różnych spraw, jak rany postrzałowe kręgosłupa oraz mlecza i ucisk mlecza przez chorobowo zmienione ciała kręgów. W pierwszym razie mamy do czynienia ze zniszczeniem mniejszej lub większej liczby elementów nerwowych w mleczu, które [zniszczenie] według dotychczasowych badań należy uważać za ostateczne. W drugim razie mlecz ulega stopniowemu, bardzo powol-

nemu uciskowi, który jednakże nie wyklucza z czasem możliwości powrotu jego czynności. To też KRAJEWSKI zastanawiać się tylko będzie nad ranami postrzałowymi kręgosłupa i mlecza.

KRAJEWSKI widział opisywanego przez prelegenta chorego w 5 dni po postrzale i obserwował go w ciągu następnych jeszcze dni dziesięciu. Wobec zupełnego bezwładu wiotkiego, zupełnego braku odruchów i uczucia, porażenia pęcherza i kiszki stolcowej, Kr. rozpoznał uszkodzenie mlecza i z tego powodu nie widział wskazania do zabiegu operacyjnego. Sprawa interwencji czynnej w tych razach jest zresztą dotąd przedmiotem ożywionych sporów w literaturze. WAGNER i STOLPER są zwolennikami wczesnej operacji po postrzale [najdalej na drugi dzień po urazie], a to głównie w obawie przed zakażeniem i wynikającym stąd zapaleniem opon rdzeniowych. HENLE zaś radzi zachowywać się wyczekująco nawet przy stwierdzeniu przez rentgenogramy kuli lub odłamków kości w kanale kręgowym; dopiero wzmagające się objawy bezwładu, wskazując na wzrastający ucisk mlecza, mogą skłonić do operacji.

W błędzie są, zdaniem Kr., ci autorowie, którzy, jak to szczególnie zarysowuje się w najnowszej literaturze, przemawiają za krwawym zabiegiem przy ranach postrzałowych kręgosłupa i mlecza. Tutaj, gdy raz kula lub odłamek kości uszkodziły mlecz, nie mamy do czynienia z uciskiem, lecz ze zniszczeniem pewnego odcinka mlecza, a zmiany przez takie zniszczenie wywołane pozostają na zawsze, gdyż pierwiastki anatomiczne rdzenia nie mogą się odradzać.

Chcąc się przekonać, jakie wyniki dała laminektomia w porównaniu z leczeniem zachowawczem ran postrzałowych rdzenia, Kr. w wyczerpującej tablicy zestawił wszystkie dostępne mu z literatury niewątpliwie przypadki postrzałowych ran mlecza. Z danych, zebranych w tej tablicy, przekonujemy się, że:

1) na 32 dokonane operacje było zejść śmiertelnych 24, t. j. 75%; z pozostałych 8-u chorych 3-ch nie odniosło żadnej korzyści z operacji, u 5-u zaś nastąpiła względna poprawa.

2) w 22-ch przypadkach, leczonych zachowawczo, notowano 16 zejść śmiertelnych, t. j. 72, 5%, u pozostałych 6-u chorych pozostał bezwład kończyn dolnych, niedowład pęcherza moczowego; jest to zresztą najlepszy wynik, jaki przy leczeniu zachowawczem takich przypadków osiągnąć można.

Kr. będąc dotychczas jeszcze zwolennikiem metody zachowawczej leczenia ran postrzałowych kręgosłupa, za jedynie racjonalne wskazanie uważa następujące momenty:

1) wczesną operację w celu zapobieżenia zakażeniu i przywrócenia w rdzeniu normalnych warunków krążenia;

2) późną operację, jeżeli do objawów, dowodzących częściowego lub całkowitego zniszczenia mlecza, dołączają się objawy stopniowo wzmagającego się ucisku;

3) operację, mającą na celu usunięcie zniszczonej części mlecza i zeszytanie zdrowych jego odcinków w nadziei, iż nastąpi zrost ich i *restitutio ad integrum*.

KRAUZE zaznacza, że w każdym przypadku z przypuszczalnem obrażeniem mlecza należy się dobrze zastanowić, czy przystępować do tego rękoczynna, tem bardziej, że zdarza się nieraz spostrzeżać przypadki, w których wszystkie objawy, cechujące jakoby znaczne uszkodzenie mlecza, a nawet przerwanie jego ciągłości, w krótkim czasie znikają, a chory wraca do stanu normalnego; odnosi się to tak do rdzenia, jak i do nerwów obwodowych. Podobne dwa przypadki o takim właśnie przebiegu K. spostrzegł niedawno.

STANISŁAW KOPCZYŃSKI zwraca uwagę, że neurolog, pomimo wszystkich objawów klinicznych, wskazujących na zupełną przerwę w przewodnictwie

fizyologicznem dróg nerwowych, nie może żadną miarą twierdzić, że ciągłość anatomiczna tych dróg uległa bezpowrotnej przerwie. Z tego też względu K. uważa, że w przypadkach, podobnych do podanego przez prelegenta, zawsze jest wskazany zabieg chirurgiczny.

SAWICKI BRON. widział chorego, opisanego przez prelegenta, w 5-y tygodniu obrażenia. Wobec tego, że w ciągu tego czasu nie ustąpił ani jeden z pierwotnych objawów, nasuwających podejrzenie na zupełne zmiążdżenie rdzenia kręgowego, S. nie uważał za stosowne przystępować do operacji, żadnej bowiem poprawy spodziewać się nie należy, gdy rdzeń jest przerwany.

DYDYŃSKI jest zdania, że w przypadkach ran postrzałowych kręgosłupa, połączonych z uszkodzeniem rdzenia, neurolog tylko wtedy nie jest w stanie z całą pewnością określić, czy w przypadkach tych objawy ze strony układu nerwowego zależą od ucisku rdzenia, czy też od zniszczenia samego rdzenia, jeżeli bada chorego wkrótce po samym wypadku. Kilkotygodniowa jednak obserwacja chorego jest w sprawie tę należyście wyjaśnić.

ZIELIŃSKI EDWARD miał możność sprawdzenia na trupie skutków zmiążdżenia rdzenia przez zwinięcie kręgow. W jednym przypadku nastąpiło wtłoczenie mas sarkomatycznych trzonu 4-go kręgu szyjowego w kanał rdzeniowy; w drugim rozerwanie chrząstki międzykręgowej ze złamaniem wyrostków stawowych wskutek spadnięcia na głowę z wysokości kilku piąt; w innym znowu nastąpiło pęknięcie ukośne trzonu kręgu grzbietowego i zesunięcie się odłamków. We wszystkich tych przypadkach nastąpiło zupełne rozerwanie rdzenia z wytworzeniem przerwy pomiędzy odcinkami długości 1 — 1½ ctm. To, zdaniem Z., dowodzi kruchości tkanki rdzeniowej żywej i wytwarzania się fatalnych warunków dla regeneracji tkanki, a więc i powrotu czynności. Jeżeli wszakże od wyjęcia kuli z kanału rdzeniowego nie wolno oczekiwać powrotu czynności, to jednak dobrze jest usunąć ją stamtąd celem uniknięcia zakażenia.

W odpowiedzi zaznacza KRYŃSKI, iż główną przyczyną różnicy w zapytywaniach na potrzebę interwencji chirurgicznej w tych przypadkach, jaka zarysowała się w dyskusji, jest fakt, iż dotychczas neuropatologia nie daje nam częstokroć rozstrzygnięcia pytania, czy mamy do czynienia z przerwanieniem rdzenia, czy też tylko z uciskiem. Mamy tu tylko objawy przerwania czynności rdzenia, te zaś mogą być następstwem zarówno pierwszego z tych stanów, jak i drugiego, tem bardziej, że mogą one różnie łączyć się ze sobą wzajemnie. Ostatecznie wystąpienie objawów porażnych zależnem jest od działania sumy kilku czynników, a przedewszystkiem: ucisku, obrzęku i niedokrwienia, te zaś właśnie usunąć jest w możności w odpowiedniej chwili zastosowana operacja. A nawet i przypadków rozdarcia rdzenia nie należy oceniać tak beznadziejnie z założonemi rękami, albowiem i tu wcześniej wykonana operacja zeszcycia może dać wynik pomyślny, jak o tem świadczy świeżo opisany w *Annals of Surgery* przypadek FOWLER'a. Więc i w innym przypadku niewiadomo, jaki byłby wynik, gdyby zabieg operacyjny był zastosowany o parę tygodni wcześniej... Stanowczo zaś nie zgadza się KRYŃSKI na zdanie KRAJEWSKIEGO, że nawet pomyślny wynik pooperacji nie stanowiłby przekonującego dowodu jej dodatniego wpływu; z tego bowiem stanowiska konsekwentnie podać możemy w wątpliwą wartość zabiegów naszych w całym szeregu stanów chorobowych, jak *appendicitis*, *cholecystitis*, *ileus* i t. p., w których największe tryumfy święci obecnie chirurgia, a które zarówno niekiedy i bez operacji pomyślnie zakończyć się mogą.

[Autoreferat].

Posiedzenie kliniczne d. 27-go lutego r. b.

SOKOŁOWSKI przedstawił chorego, dotkniętego ograniczoną odmą piersiową. Przypadek dotyczył osobnika młodego, dotąd względnie zdrowego. Chory przybył na oddział szpitalny w 2 tygodnie po wystąpieniu pierwszych objawów chorobowych; jest z zawodu szlifierzem szkła; kaszle od dość dawna. Wychodząc z pracowni, chory nagle dostał gwałtownej duszności i bólu w lewym boku. Objawy te były tak silne, że jeszcze po 2-eh tygodniach od ataku, przywieziony do szpitala chory nie mógł przemówić ani słowa i znajdował się w stanie bardzo groźnym; dominowała niezwykle silna duszność o typie wdechowym, sinica twarzy i zamroczenie *sensorium*. Badanie wykazało ograniczone wypuklenie lewej klatki piersiowej, brak zupełny oddechu, głosu i drżenia głosowego, nieco poniżej zaś tej okolicy drzenie głosowe wzmożone, serce przesunięte na prawo. Rozpoznanie wahało się między uciskiem na duże oskrzele, a ograniczoną odmą piersiową. Rentgenogramy, dokonane w tym okresie, najdokładniej wykazały, że była to odma piersiowa. Jakkolwiek duszność i sinica ustąpiły i chory czuje się obecnie zupełnie dobrze, jednakże objawy fizykalne w płucu uległy zaledwie nieznacznej zmianie.

NEUGEBAUER przedstawił 27-letniego mężczyznę, od 4-eh lat bezdzietnie żonatego, o mieszanych cechach płciowych wtórnych oraz niedorozwoju gruczołów płciowych (*infantilismus et feminismus*). Wzrost średni, krtań i głos — kobiece, niema ani śladu zarostu na twarzy. Warstwa tłuszczowa podskórna obfita, jak u kobiet. Owłosienie sromu kobiece. Członek męski prawidłowo ukształtowany, natomiast moszna malutka; jądra i przyjądrza szczątkowe. Pomimo znacznego niedorozwoju jąder, naprężenie członka istnieje i spółkowanie odbywa się, lecz nigdy ani śladu wytrysku nie było. Popędy płciowe bardzo słabe. Żona osobnika tego zgłosiła się do N. z powodu swej niepłodności. N. w tych razach radzi zawsze badać męża i żonę, a przypadek powyższy usprawiedliwia to postępowanie. Opierając się na doniesieniach szczególniejszych autorów francuskich, N. ma zamiar u swego pacjenta przeprowadzić kurację opieraminą.

KARWACKI L. wygłosił rzecz pod tyt.: „Przecinki choleryczne i rzekomo choleryczne“.

Celem pracy powyższej było sprawdzenie sposobów wyodrębniania i hodowli przecinków w ogólności oraz rewizya cech, służących do różniczkowania wibryonów cholerycznych i rzekomo cholerycznych.

Próba na czerwień choleryczną do odróżniania przecinków się nie nadała. Przy przeprowadzaniu przecinków przez ustroje zwierzęce prelegent przekonał się, że przecinki, wyhodowane ze krwi zwierząt padłych na posocznicy, tracą zdolność dawania odczynu nitrozoidolowego. Liczba rzęsek, pospolicie uznawana za najważniejszą z cech morfologicznych różniczkowych, nie posiada również bezwzględnej wartości; żaden z wykrytych dotąd przecinków cholerycznych nie posiada wprawdzie więcej nad jedną rzęską, politrychia jednakże nie stanowi stałej cechy zwykłych przecinków wodnych.

Osobiste badania K. wykazały, że, co się tyczy własności hemolitycznych, to częściej spotykają się one u przecinków rzekomo cholerycznych, niż u cholerycznych; stąd poważnej wartości różniczkowej cecha ta nie posiada. Sprawdzenie metody WURTZ'a i wskaźników ACHARD'a i BENSAUD'a [przecinki choleryczne nie rosną na agarze, który już służył za pożywkę innemu szczepowi cholerycznemu, przecinki zaś wodne rozwijają się na nim bez przeszkody], wykazało zupełną ich różniczkową niedostateczność. Chorobotwórczość dla zwierząt nie posiada w tym kierunku również najmniejszej wartości rozpoznawczej. Co się tyczy aglutynacyi, to K. jest zdania, że nie należy jej uważać za taki sprawdzian, który sam przez się decyduje o przynależności przecinka do tej lub

innej grupy, że nie może służyć za kryterium specyficzności przecinka. Jedy-
nie pewnym, jak dotąd, czynnikiem różniczkowo - rozpoznawczym jest objaw
PFEIFFER'a.

Ign. Landstein.

Wiadomości drobne.

— A drenalinę miejscowo stosowaną zaleca w nerwobólach
dr CARLETON [z Jacksonville we Florydzie] (*Semaine med.* 1906. N. 13). Do uspo-
kojenia bólu wystarcza, zdaniem jego, nalać 15 kropeł roztworu [1 : 3000] na prze-
biegu nerwu bolesnego, a w przypadkach upartych mniej kropeł, a zato więcej
stężonego roztworu. Ból ma zniknąć już po kilku minutach. Na 34 przypadki w ten
sposób leczonych nerwobólów [nerwu trójdzielnego, kulszowego, międzybrowego,
łędźwiowego i t. d.] w 24-ch miało nastąpić wyleczenie zupełne, w 4-ch — polep-
szenie, a tylko w 6-u [przyczyna organiczna nerwobólu] skutku nie było.

G.

— HIRSCHL, asystent kliniki prof. WAGNER'a w Wiedniu, przytacza 3 przypadki
choroby BASEDOW'a, w których, jak w przypadkach STEGMANN'a, WIDERMANN'a
i SKŁODOWSKIEGO, dobrze skutkowały promienie RÖNTGEN'a, a mianowicie no-
tuje on w swych przypadkach zwiększenie wagi ciała, zmniejszenie częstości tętna,
poprawę stanu psychicznego, zniknięcie cukrzycy pokarmowej. Wpływu na obję-
tość szyi, *exophthalmus*, drżenie, pocenie się, rozwolnienie — H. nie widział.

(*Wiener klin. Woch.* 1906. Nr. 11).

G.

— Leczenie chirurgiczne bezwładu twarzowego
(*paralysie faciale*). U osobnika, cierpiącego na bezwład twarzowy w następstwie
choroby ucha, M. G. ALEXANDER połączył nerw twarzowy z nerwem dodatkowym
(*nerf spinal*) w trzy miesiące po wystąpieniu bezwładu; wówczas istniał odczyn
zwyrodnienia na poziomie nerwu twarzowego. Obecnie chory może zamykać oczy
i gwizdać; nerw czołowy pozostał w stanie bezwładu. Bezpośrednio po operacyi
anastomozy okolica, unerwiona przez nerw dodatkowy, nieco cierpiała, objawy te
jednak później ustąpiły, pozostawiając nieznaczące zaledwie ślady. Zdaniem autora,
anastomoza jest wskazaną dopiero wówczas, gdy wrażliwość galwaniczna nerwu
zmniejszy się po upływie kilku tygodni po uszkodzeniu.

(*La Sem. médic.* 1906. Nr. 8).

Dobr.

Wiadomości bieżące.

— Na posłów z Królestwa Polskiego do Dumy państwowej wybrani zostali
następujący lekarze: HARUSEWICZ JAN z gubernii Łomżyńskiej, MALEWSKI BRONISŁAW
z gubernii Lubelskiej, PADEREWSKI ZBIGNIEW z gubernii Piotrkowskiej, dr ANTONI RZĄD
z miasta Łodzi, ŚWIEŻYŃSKI JAN z gubernii Radomskiej [obecnie nie zajmuje się prak-
tyką, lecz gospodarstwem rolnem]. Do tejsze Dumy na posłów z gubernii rosyjskich
wybrani lekarze: ALEKSIŃSKI z gub. Włodzimierskiej, ANDREJEW z gub. Sa-

marskiej, BRUK [b. rabin Witebska] z gub. Witebskiej, CHARTACHAJ z Rostowa nad Donem, DOŁŻENKOW z Kurska, FRENKIEL z gub. Kostromskiej, KOLPAKOW z gub. Petersburgskiej, KRYŁOW z Samary, KULIKOW z Astrachania, SICIŃSKI z Kiszyniowa, STROGANOW z gub. Jarosławskiej.

— W przytułku w Urewnicy [pod Warszawą], urządzonym i utrzymywanym przez Towarzystwo opieki nad chorymi nerwowymi i umysłowymi, służba urządziła strajk. Postawiła ona tak wygórowane żądania, iż Towarzystwo, nie posiadając środków pieniężnych, zmuszone zostało zamknąć przytułek i przeszło 100 chorych tam mieszkających wypisać lub umieścić gdzie się udało.

— „Dziennik Towarzystwa rosyjskich lekarzy imienia PIROGOWA“ w № 2-im liczbę ofiar represji ostatnich czasów ze sfery lekarskiej [lekarzy, weterynarzy, felczerów] podaje na 450 ludzi.

— Rada lekarzy miejskich m. Petersburga postanowiła potrącać 1% z miesięcznej ich pensji na korzyść osób pozbawionych pracy.

— W końcu kwietnia r. b. odbył się w Toruniu Zjazd lekarzy, delegowanych z Prus, Polski i Rosji celem omówienia sposobów sanitarnych przeciw zawleczeniu i wybuchowi cholery.

— Tegoroczny międzynarodowy Kongres lekarski w Lizbonie był mniej liczny niż poprzednie, bo wzięło w nim udział nie wiele więcej niż 1000 lekarzy, gdy na Kongresie w Madrycie było ich 3000, a w Moskwie 8000 lekarzy. Następny Kongres odbędzie się w Peszcie.

— Na Kongresie w Lizbonie nagrodę międzynarodową, wyznaczoną przez Kongres w Paryżu, w kwocie 3000 marek otrzymał prof. EHRLICH z Frankfurtu za prace nad leukocytozą, a nagrodę Kongresu moskiewskiego 5000 franków prof. LAVERAN z Paryża za prace nad malarią.

— Jednocześnie z VI-y międzynarodowym Kongresem antropologii kryminalnej w Turynie w końcu kwietnia r. b. obchodzono jubileusz 30-letniej pracy profesorskiej LOMBROSA. Wręczono mu złotą plakietę, złoty medal i album z autografami wielu uczonych.

— Czasopismo „*Münchener med. Wochenschrift*“ miało roczny dochód tak znaczny, iż wydawcy jego, profesorowie kilku klinik uniwersyteckich niemieckich, przeznaczili 11470 marek na cele dobroczynne lekarskie, wydali swoim kosztem bal dla członków Kongresu i medycyny wewnętrznej, odbytym w kwietniu w Monachium, przedstawienie w teatrze opery MOZARTE'a dla tychże członków i numer humorystyczny tegoż czasopisma.

— Prof. FÜRBRINGER celem uczczenia zmarłego syna ofiarował 20000 marek na utworzenie „*Dr Karl Fürbringer Stiftung*“ w celach naukowych przy instytucie anatomicznym w Heidelbergu.

— Prof. BIER powołany został na katedrę kliniki chirurgicznej w Heidelbergu po prof. CZERNYM, który od jesieni porzuca dotychczasową katedrę, aby poświęcić się całkowicie pracom w instytucie nad badaniem doświadczalnym raka. Na instytut ten, założony przeważnie dzięki jego staraniom, zebrano dotychczas sumę 708742 marek.

— III-i międzynarodowy Kongres elektrologii i radiologii lekarskiej odbędzie się między 5 — 9 września r. b. w Medyolanie.

— W Nicei zawiązało się Towarzystwo lekarzy niemieckich; na przewodniczącego wybrano dra ARONSOHN'a.

— Z m a r l i: FÜRSTNER, prof. psychiatrii w Strasburgu; w Lublinie GUSTAW DOŁIŃSKI, wychowaniec Szkoły Głównej Warszawskiej, znany z działalności społeczno-literackiej w szerokich kołach naszego kraju. Wspomnienie obszerniejsze o zmarłym damy w jednym z następnych numerów Gazety.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor Dr Wl. Gajkiewicz.