

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przypadek przymiotu mózgo-rdzeniowego, przebiegający z podwyższeniem ciepłoty. Podał F. Białokur. — Teżyczka jawna i utajona u dzieci (Tetania manifesta et larvata). Podał M. Kraushar. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 71. Przyczynę do leczenia padaczki za pomocą trepanacyi. 72. Teżyczka grypowa. 73. Orexinum tannicum, jako środek pobudzający łaknienie. 74. O sposobie różniczkowania oddzielnych drobnoustrojów. — XXIX zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie (18—21 kwietnia). (Ciąg dalszy). Streszczeń d-r Ant. J. Goldman (Łódź). — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r F. Białokur — Un cas de syphilis cérébro-spinale. 2) D-r M. Kraushar — La tétanie manifeste et larvée chez les enfants.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r F. Białokur — Ein Fall von cerebrospinaler Syphilis. 2) D-r M. Kraushar — Manifeste und larvirte Tetanie bei Kindern.

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

PRZYPADEK PRZYMIOTU MÓZGO - RDZENIOWEGO, przebiegający z podwyższeniem ciepłoty.

Podał

Franciszek Białokur,

lekarz praktykujący w Jalecie.

Wielopostaciowość przymiotu układu nerwowego jest rzeczą, powszechną. Pewna odrębność w obrazie klinicznym mojego przypadku, sędzę, usprawiedliwia podanie go do druku.

A. S. lat 24, oficer. Przed 14 miesiącami zaraził się przymiotem; nie leczył się; wysypki na ciele nigdy nie zauważył i wogóle nie przypuszczał, ażeby był dotknięty jakimś poważnym cierpieniem. Po upływie roku od chwili zarażenia ciepłota chorego zaczęła się niekiedy wieczorami podnosić do 40°. Wtedy wezwany lekarz rozpoznał po raz pierwszy przymiot na podstawie charakterystycznych plam i owrzodzeń w gardle, a także i na mocy powiększenia wielu gruczołów chłonnych. Choremu zalecono leczenie przeciwprzy-

miotowe (22 podskórne zastrzyknięcia sublimatu), poczem ciepłota spadła, owrzodzenia w gardle podgoiły się, plamy zginęły. Kiedy leczenie specyficzne przerwano, ciepłota wieczorami zaczęła się znowu podnosić, znowu zjawily się owrzodzenia w gardle, wystąpiło ogólne osłabienie, apatya, bóle głowy. Wtedy choremu wtarto 30 razy szaruchę, a jednocześnie zalecono wewnątrz jodek potasu.

Po tem leczeniu stan chorego znacznie się poprawił: ciepłota spadła do normy, apatya przeszła, owrzodzenia w gardle znowu się zagoiły. Przypuszczając, iż podwyższenie ciepłoty zależało od utajonej zimnicy, lekarze poradzili choremu zmienić miejsce pobytu, i w pierwszych dniach maja 1899 r. chory przybył do Jałty.

Do połowy maja chory czuł się dobrze. 13-go maja po obiedzie bez widocznej przyczyny zjawily się wymioty, na które chory z początku nie zwrócił szczególnej uwagi. Na drugi dzień wymioty się powtórzyły, a przez całą noc chory doznawał silnego bólu głowy. Oprócz tego poczuł on ogólne osłabienie, zwłaszcza w nogach, stracił apetyt, a nawet uczuwał wstręt do jedła. Wskutek potęgującego się osłabienia chory 18 maja zmuszony był położyć się do łóżka.

Status praesens. Chory budowy umiarkowanej, odżywiania średniego: wychudnięcia nie widać. Wysypek, obrzęków nie ma. Wyczuć można wiele powiększonych gruczołów chłonnych. Na prawym migdale owrzodzenia. *Foetor ex ore.* Chód chorego paretyczno-spastyczny; (chory chodzi bez laski). Objaw ROMBERG'a wyraźny. Lekki niedowład obu kończyn dolnych, zwłaszcza zaś prawej. Ruchy bierne w nich, wskutek wzmożonego napięcia mięśniowego, nieco utrudnione, lecz we wszystkich stawach możliwe. Odruchy ścięgniaste na górnych kończynach bardzo żywe, na dolnych również bardzo wzmożone, przyczem wyraźny *Patellar* — i *Fussclonus*. Odruchy skórne także wzmożone. Podmiotowych zaburzeń czucia, mrowienia, drętwienia i t. p. chory nie doznaje. Przedmiotowo: wszystkie rodzaje czucia na całym ciele zachowane, wybitnych zbroceń od normy zauważyć nie można. W oddawaniu moczu zaburzeń nie ma. Mocz przezroczysty, ani białka, ani cukru nie zawiera. Czynność kiszeki prostej prawidłowa. Czynność płciowa osłabiona. Zrenice nierównomierne: prawa — szersza. Na światło i przystosowanie oddziałują dość dobrze. Ruchy gałek ocznych wolne. Widzi chory dobrze. Słyszy również. Innerwacya twarzy prawidłowa. W narządach wewnętrznych żadnych zbroceń nie zauważyliśmy.

Chory wymiotuje dwa lub więcej razy dziennie, zarówno po jedzeniu, jak i naczczo. Ilość i jakość jedzenia nie wpływają na pojawienie się wymiotów. Przed wymiotami niekiedy chorego mocno nudzi, innym razem chory zwraca treść żołądka, nie doznając uprzednio nudności. W nocy nie wymiotował ani razu. W położeniu leżącym chory doznaje mniej nudności i mniej wymiotuje. Silne bóle głowy około 3 godziny w nocy. Ciepłota wieczorami dochodzi do 38,5° — 39,0°. Rano ciepłota prawidłowa. Wymioty i wieczorne podwyższenia ciepłoty trwały ogółem około miesiąca, przyczem chory nie wymiotował wszystkiego, co jadł, tak iż chociaż odżywianie podupadło, wychudnięcia nie było. Podczas tego miesiąca chory dostał 24 wcierania, a wewnątrz przyjmował jodek potasu na noc, gdyż w nocy nie wymiotował. Wielokrotne badania moczu ani białka, ani cukru nie wykrywały.

Po tem leczeniu (?) wymioty ustąpiły zupełnie, lecz ciepłota wieczorami dochodziła jednak do 37,6°. Chód pozostał paretyczno-spastyczny, osłabie-

nie nóg nie ustępowało. Zjawiły się nowe objawy chorobowe — *polydypsia* i *polyuria* (do 4 litrów na dobę), opadnięcie powieki (*ptosis*) na prawem oku i zaburzenia w oddawaniu moczu; jeżeli chory dla jakichkolwiek powodów nie mógł natychmiast oddać moczu, wtedy wydzielał się on mimo woli kroplami ¹⁾).

Pomimo nowych objawów chorobowych, stan chorego nieco się polepszył: chory począł chodzić, bóle głowy ustąpiły, zjawilo się łaknienie. Opuśczenie prawej powieki trwało około tygodnia, zaburzenia w oddawaniu moczu około 6 tygodni, tak iż w początkach lipca pozostały tylko objawy spastyczne w nogach i nieznaczne wieczorne podwyższenia ciepłoty (do 37,6°).

Ciekawą i godną uwagi jest rzeczą, iż chory tych podwyższeń ciepłoty wcale nie odczuwał: przy 40 stopniach gorączki chodził do teatru, przy 38 stopniach czuł się również dobrze i rzeżko, jak i przy 36,8°, a być może, nawet i lepiej. Dreszczy nigdy nie miewał; spadkowi ciepłoty około północy również nie towarzyszyły poty. Chinina, którą przedemną przez dłuższy czas lekarze choremu podawali, a ja sam zaleciłem brać przez dwa tygodnie (3 × 0,3), nie wpływała wcale na obniżenie ciepłoty. Można było ją obniżyć dość wyraźnie zimnymi wycieraniami. Tętno miarowe, 100 do 120 uderzeń na minutę, nawet przy ciepłocie prawidłowej.

5 lipca po jakimś wzruszeniu moralnem u chorego wystąpiło zaburzenie mowy, rodzaj parafazy, trwające około kwadransa: chory wymawiał nie te wyrazy, które chciał powiedzieć, przyczem świadomość tego stanu miał zupełną, wskutek czego wstrzymywał się od rozmowy, dopóki owo zaburzenie mowy nie przeszło. Mowę innych osób rozumiał dobrze. Jednocześnie z parafazą nastąpiło zupełne porażenie prawej kończyny górnej i niedowład prawego nerwu twarzowego. Te porażenia trwały również nie dłużej, nad kwadrans.

Po tych przejściowych porażeniach chory wpadł w przygnębienie, następnie zaś stał się nadzwyczaj rozdrażnionym; zaczął się często zapominać, inteligencya chorego wyraźnie się zmniejszyła; chory zaprzestał czytać i pisać, rozumował z trudem. Mowa prawidłowa. Całymi dniami włóczy się po ulicach. Ciepłota wieczorami niekiedy prawidłowa, niekiedy podnosi się do 37,6°. W końcu lipca dochodziła do 38°. Chory wtedy począł znowu przyjmować jodek potasu po 40 gr. dziennie. Dopóki przyjmował KJ, ciepłota trzymała się normy, skoro tylko zaprzestał (po 3 ch tygodniach), ciepłota znowu zaczęła się podnosić wieczorami do 38°.

Waga chorego przez dwa miesiące, lipiec i sierpień, zwiększyła się o 15 funtów. Łaknienie, pomimo dużych dawek jodku potasu, było znakomite. *Polydypsia* w tym czasie przeszła.

W sierpniu powtórzył się przejściowy, krótki napad afazy, a właściwiej mówiąc, parafazy.

We wrześniu ciepłota wieczorami trzyma się wciąż na 38°.

W październiku i w listopadzie zrobiono 25 podskórnych zastrzyknięć sublimatu i 6 zastrzyknięć roztworu salicylanu rtęci w parafinie. Po zastrzy-

¹⁾ Na objaw ten zwrócił uwagę prof. KOWALEWSKIJ (Zur Lehre der syphilitischen Spinalparalyse, Neurolog. Centralblatt. 1893. Nr. 12), jako na właściwość paraliżu spastycznego ERB'a. Polega on na tem, że chory, skoro tylko poczuje potrzebę oddania moczu, powinien natychmiast ją zaspokoić, w przeciwnym razie pęcherz poczuje się opróżniać wbrew woli chorego; czynność mięśnia, opróżniającego pęcherz (m. detrusor), przeważa nad czynnością zwieracza (m. sphincter vesicae) i nosi przytem charakter spastyczny.

knięciach ciepłota znowu spadła do normy, wszystkiego jednak tylko na tydzień, poczem znowu zaczęła się podnosić do 38° i wyżej

W grudniu i styczniu 1900 r. objawy spastyczne w kończynach dolnych były takie same, jak i na początku choroby, takiz sam chód i stan odruchów. W ostatnich czasach (styczeń) chwilami występowały nadzwyczaj silne bóle głowy, podczas których chory wymawiał nie te wyrazy, jakie chciał powiedzieć.

W połowie stycznia chory wyjechał z Jałty, a później dowiedziałem się, iż w końcu lutego chory dostał ataku apoplektycznego z następczem porażeniem lewostronnem; nerw twarzowy był zajęty po tej samej stronie. Chory oddawał wtedy mocz pod siebie. Bardzo ciekawy jest fakt, iż ciepłota przed atakiem i po ataku była zupełnie prawidłowa.

Zestawiając więc w kilku słowach historię choroby, widzimy, iż u mężczyzny lat 24 po roku od chwili zarażenia się przymiotem rozwinął się lekki niedowład spastyczny kończyn dolnych, który w ciągu roku nie zmniejszał się i nie zwiększał. Zaburzeń czucia ani podmiotowych, ani przedmiotowych nie notowano ani razu. Na miesiąc przed wystąpieniem niedowładu obu kończyn dolnych zaczęła się podnosić ciepłota, najpierw do 40°, a następnie w ciągu 11 miesięcy do 38° i 38,5°, przytem jedynie wieczorami. Zaburzenia mowy pod postacią afazy i parafazy, porażenie prawej kończyny górnej, wymioty, bóle głowy, zaburzenia w oddawaniu moczu, opadnięcie prawej powieki górnej — wszystkie te objawy występowały przejściowo, tak że w gruncie rzeczy cały obraz chorobowy składał się z dwóch zasadniczych i wybitnych objawów, a mianowicie — z porażenia Erb'a i wieczornych podwyższeń ciepłoty, trwających rok cały.

Ażeby wyjaśnić sobie przyczynę podwyższenia ciepłoty, musimy przede wszystkim, choć w przybliżeniu, rozejrzeć się w podścielisku anatomo-patologicznem, na którego gruncie wyrósł podobny obraz chorobowy. Mówię „w przybliżeniu“ dla tego, iż w cierpieniach przymiotowych mózgu i rdzenia pomiędzy zmianami anatomo-patologicznymi a objawami klinicznymi nie zawsze istnieje zupełny paralelizm (OPPENHEIM).

Choroba, bez wątpienia, rozpoczęła się od objawów mózgowych, (jak w większości przypadków przymiotu mózgo-rdzeniowego), które i następnie to zjawiały się, to znikaly. Z objawów tych najważniejsze są:

- 1) bóle głowy (zawsze w określonym czasie i najczęściej dniem);
- 2) wymioty (trwające miesiąc cały);
- 3) osłabienie władz umysłowych (od samego początku);
- 4) wyraźna *polydypsia* i *polyuria* (trwająca około 3-ch tygodni);
- 5) opadnięcie prawej powieki (trwające około tygodnia);
- 6) stałe przyspieszenie tętna nawet w okresie bezgorączkowym (do 120 uderzeń na minutę);
- 7) porażenie nerwu twarzowego prawego (przejściowe).

Wszystkie te objawy można objaśnić obecnością *meningitis basilaris syphilitica gummosa*.

Porażenie lewostronne, jakie się rozwinęło w ciągu trzech dni po upływie roku od chwili wystąpienia pierwszych objawów mózgowych, tłumaczy się zakrzepem i zamknięciem światła w tętnicy brzozy SYLWIUSZ'a (*art. fossae Sylvii*), wskutek czego nastąpiło rozmiękczenie mózgu w okolicy torebki wewnętrznej i zwojów (*ganglia*) podstawowych.

Niedowład spastyczny nóg i brak zupełnego porażenia, brak wyraźnych zaburzeń czucia, nieznaczna sztywność mięśni, wybitny chód spastyczny

i zaburzenia w oddawaniu moczu— to typowy zbiór objawów przymiotowego cierpienia rdzenia pacierzowego, który ERB²⁾ nazwał *paralysis spinalis syphilitica*.

Co się tyczy podścieliska anatomo-patologicznego porażenia ERB'a, to zapatrywania autorów pod tym względem nie są zupełnie zgodne; najprawdopodobniej przypuścić tu należy pierwotne cierpienie naczyń (*vasocorona ADAMKIEWICZA*), przyczem najczęściej są dotknięte naczynia warstwy obwodowej białej istoty rdzenia, stwardnienie zaś pęczków bocznych rozwija się wtórnie.

Wspominaliśmy powyżej, iż dominujący objaw w całej historii choroby stanowią wieczorne podwyższenia ciepłoty. Naturalnie, podobne podwyższenia ciepłoty, których nie można było objaśnić ani gruźlicą, ani ropieniem lub tym podobnemi sprawami, nasuwają na myśl przypuszczenie obecności w organizmie zarazków zimniczych. Trzykrotne jednak badanie krwi nie wykryło wcale plazmodyi zimniczych. Oprócz tego inne objawy kliniczne zmuszały również do porzucenia myśli o zakażeniu zimniczem. Po pierwsze, śledziona podczas całego okresu gorączkowego (prawie rok obserwacji) ani razu nie była powiększona i ani razu nie dawała się wyczuć. Dalej, — zimnica, zimnica utajona i wreszcie gorączka charłacza pozimnicza są to cierpienia, posiadające cechy znamienne, które wyodrębniają je z pośród innych gorączek, a przedewszystkiem mają one to do siebie, że mocno wycieńczają chorych: chorzy nawet z nieznacznemi podwyższeniami ciepłoty w zależności od zakażenia zimniczego zawsze tracą apetyt, stają się obojętnymi, śledziona w końcu obrzmiewa, cera przybiera odcień ziemisto-żółty, typ gorączki przestaje być stałym, codziennym, podwyższenia ciepłoty występują w różnych porach dnia i nocy, od czasu do czasu zjawia się pot, często chorzy dostają dreszczy i bólów głowy.

Niczego podobnego chory nasz nie przedstawiał. Ciepłota stale zaczynała się podnosić od 3-iej godziny popołudniu, osiągała szczytu około 8—10 godziny wieczorem, następnie spadała do 12-iej godz. w nocy. Podniesieniu ciepłoty ani razu nie towarzyszyły dreszcze, podczas spadku chory ani razu się nie pocił. Podczas podwyższeń ciepłoty wieczorami chory czuł się zarówno dobrze, jak i zrana, niekiedy nawet dawała się zauważyć pewna *euphoria* w porównaniu z okresem bezgorączkowym. Łaknienie podczas podniesień ciepłoty było znakomite, tak iż choremu przybyło na wadze około 15 funtów (podczas lipca i sierpnia). Chinina i podskórne zastrzykiwania arszeniku pod względem obniżenia ciepłoty nie wywołały żadnego skutku.

Zniżkę ciepłoty udało się osiągnąć jedynie dzięki długotrwałemu stosowaniu leczenia rtęcią i podawaniu wewnętrznemu dużych dawek jodku potasu. To obniżenie ciepłoty zwykle trwało nie długo: wystarczało przerwać leczenie specyficzne na dwa tygodnie, a już ciepłota wieczorami zaczynała się po dawnemu podnosić.

Zauważono wreszcie, iż znużenie fizyczne i wstrząśnienia moralne stale wpływały na podwyższenie ciepłoty.

(D. n.).

²⁾ ERB. Ueber syphilitische Spinalparalyse. Neurol. Centralbl. 1892. Nr. 6.

Tężyczka jawna i utajona u dzieci

(*Tetania manifesta et larvata*).

Podał

MAKSYMILIAN KRAUSHAR

asystent szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów.

W literaturze ojczyściej nie wiele posiadamy prac, poświęconych sprawie istnienia tężyczki jawnej i utajonej u dzieci. Gdy wymienimy artykuły kol. ŚWIĄTECKIEGO i Juliana KRAMSZTYKA, tudzież odczyt kol. GÜNTAGA w Towarzystwie Lekarskiem Łódzkim, wyczerpiemy wszystko, co w tej sprawie było napisane u nas w przeciągu ostatnich lat.

A sprawa to ważna! Wywołała ona za granicą poważne rozprawy i roztrząsania namiętne, jakkolwiek zaprzęta uwagę świata lekarskiego stosunkowo od niedawna. Pierwsze wiadomości o niej nosiły piętno niezdecydowania i chwiejności, stale znamionującej pierwociny ducha ludzkiego; nic też dziwnego, że z czasem znikły one, pozostawiając zaledwie po sobie ślad w historii. Następne natomiast zdobycze na tem polu, na nieco trwalszej oparte podstawie, ulegały z biegiem czasu coraz mniej zasadniczym przeobrażeniom i zapoczątkowały wyłonienie się pojęcia o tężyczce, jako o jednostce chorobowej we współczesnem tego słowa znaczeniu.

Pierwszą wzmiankę o tężyczce, pod nazwą „*spasmus extremorum*“, albo „*morbus hungaricus*“, znajdujemy u ERMÜLLER'a w roku 1708. W dziewięć lat później (1717 r.) zastanawiał już WOLF'a nagminny charakter tego cierpienia. U dzieci spostrzegał je po raz pierwszy w r. 1815 John CLARKE, a w 1832 roku TORMELÉ. Na szczególną uwagę zasługuje to, że pierwszy z nich wraz z MARSHEM już w roku 1830 podejrzewał istnienie związku pomiędzy tężyczką a kurczem głośni (*laryngospasmus s. spasmus glottidis*).

W tymże czasie opisał STEINHEIM p. t. „Zwei seltene Formen des hitzigen Rheumatismus“ dwa przypadki kurczu tężcowego mięśni kończyny górnej, któremu towarzyszyło osłabienie ogólne tudzież uczucie pelzania mrówek po ciele. Czynił on to cierpienie zależnem, jak widać z tytułu, od ostrego gościa stawowego, DANCE zaś w rok później, w artykule p. t. „Tétanos intermittent“, przypuszczał istnienie związku przyczynowego pomiędzy tężyczką a zimnicą na zasadzie charakteru przestankowego kurczu tężcowego.

Wszystkie te spostrzeżenia luźne miały tylko wartość prac przygotowawczych, dążących do zapanowania nad zagadką, tkwiącą w samorzutnie powstających kurczach tężcowych pewnych grup mięśni kończyn górnych i dolnych, rzadziej tułowia; stanowiły one podwalinę, na której z biegiem czasu wzniósł się gmach wiedzy naszej o tężyczce, jako o chorobie samoistnej.

Nazwę tego cierpienia ustalił CORVISART w r. 1852. Nieco wcześniej, spostrzegając tę nerwicę przeważnie u mamek, nazwał ją TROUSSEAU „*contracture rhumatismale des nourrices*“, lecz, stwierdziwszy jej istnienie u dorosłych i u dzieci, dotkniętych zazwyczaj zaparciem stolca, zbudował swą teorię laktacyjną, celem objaśnienia zawitej sprawy powstawania i istoty omawianej choroby.

On też pierwszy przeświadczył się przypadkowo o możliwości wywołania u osobników, tężyczką dotkniętych, napadu kurczu tężcowego (mięśni) dłoni i stopy za pomocą ucisku, wywartego na główne pnie tętnicze czy nerwowe odnośnych kończyn. Jest to tak zwany objaw TROUSSEAU, objaw — jak to zobaczy-

my poniżej — niezmiernie charakterystyczny i rozpoznawczy dla tężyczki w jej okresie utajonym (*tetania larvata*).

Z biegiem czasu symptomatologia tężyczki poznawana była coraz dokładniej. CHVOSTEK (starszy) pierwszy zauważył, że drażnienie (za pomocą ucisku, kreślenia, opukiwania) nerwu twarzowego poniżej łuku licowego (*arcus zygomaticus*), przed gałęzią wstępującą żuchwy, wywołuje kurcz toniczny mięśnia okrężnego oka i mięśni wargi górnej i skrzydła nosa po stronie badanej. Jest to następstwo wzmożonej pobudliwości mechanicznej obwodowych nerwów ruchowych, zwłaszcza nerwu twarzowego, u osobników, dotkniętych tężyczką (objaw CHVOSTEK'a). Wkrótce potem przekonał się ERB o istnieniu wzmożonej pobudliwości nerwów i mięśni na prąd elektryczny stały i przerywany, ze szczególną wyrazistością występującej w przestankach pomiędzy napadami tężyczki. Jest to t. zw. objaw ERB'a, objaw niezmiernej wartości rozpoznawczej, a jak chcą niektórzy, najcharakterystyczniejszy dla tężyczki w okresie jej utajenia. Pod względem rozpoznawczym posiadają mniejszą wartość objawy, polegające na wzmożeniu pobudliwości nerwów czuciowych (HOFFMAN) i zmysłów (CHVOSTEK junior). Najpóźniejszym pod względem chronologicznym (rok 1890), niemniej przeto bardzo ważnym objawem tężyczki, ale tylko, zdaje się, utajonej, jest kurcz głośni, który według ESCHERICH'a i LOOS'a towarzyszy stale tężyczce skrytej.

*

*

*

Co właściwie stanowi istotę tężyczki, po dziś dzień niewiadomo. Przez pewien przeciąg czasu żywiono złudzenie, że jest to nerwica zawodowa, lecz rozwiła się ono doszczętnie wskutek wyników badań KUSSMAUL'a. Obecnie, gdy jedni pragną widzieć w tężyczce jeno objaw krzywicy lub też cierpienie wtórne, od zaburzeń w kanale pokarmowym zależne, inni przemawiają za jej samoistnością, upatrując przyczynę bezpośrednią jej powstawania już to w bliżej nieokreślonym pierwiastku zakaźnym, już też w samozatruciu ustroju wytworami spraw rozkładowych, zachodzących w narządach trawienia. LEUBE np. stanowczo twierdzi, że tężyczka jest tylko jednym z objawów krzywicy i do tego mniej ważnym, niż objawy, na kośćcu spostrzegane. Według UFFELMANN'a nerwica ta jest cierpieniem wtórnym, najczęściej powstającym na tle zaburzeń długotrwałych przewodności pokarmowego, rzadziej zaś na tle małokrwistości, czasami wikła ono zapalenie opon mózgowych pochodzenia gruźliczego. KASSOWITZ zaś, przecząc zależności tężyczki od zaburzeń w narządach trawienia, objaśnia jej pochodzenie i powstawanie zmianami, właściwymi krzywicy. Natomiast, zdaniem BIEDERT'a, istnieje niewątpliwie zależność tężyczki od zaburzeń w trawieniu, lecz nie od ostrych, a od przewlekłych, gdyż w pierwszych, tak często i licznie w lecie spostrzeganych, pierwiastki szkodliwe, powodujące tę nerwicę, nie są w możności nagromadzić się w dostatecznej dla wywołania cierpienia ilości, ulegają bowiem prawie natychmiastowemu wydaleniu *per os* i *per anum*. Oto — według niego — przyczyna wyjątkowego tylko spostrzegania tężyczki podczas miesięcy letnich. SACHS jest bliższy twierdzenia KASSOWITZ'a, gdy mniema, że pomiędzy krzywicą a tężyczką zachodzi tylko taka współzależność przyczynowa, że obydwie cierpienia zawdzięczają swe powstanie jednej i tej samej sprawie patologicznej, która uzewnętrznia się na kośćcu w postaci całego szeregu zmian, znanych pod nazwą krzywicznych.

W ostatnich czasach pogląd monistyczny, usiłujący i tężyczkę i krzywicę wtłoczyć w jedne ramy, coraz widoczniej ustępuje miejsca poglądowi dualistycz-

cznemu, który uznaje w tężycze chorobę samodzielną, cierpienie samoistne, zgoła od krzywicy niezależne.

Być może, że bezpośredniej przyczyny powstawania tężyczki szukać należy w nieodpowiednich warunkach życia, jak chce CASSEL; nie pozbawione też jest znaczenia przypuszczenie, że istotna jej przyczyna tkwi w nieznanym nam dotąd szkodliwościach oddechowych w postaci wyziewów gęsto zaludnionych siedzib ludzkich, powietrza, przesyconego wilgocią i pozbawionego dostatecznej ilości tlenu, światła i t. p., jak głoszą SOLTMANN, ESCHERICH i LOOS. Bezustanne oddziaływanie podobnych czynników szkodliwych na organizm dziecięcy w okresie najżywszego jego rozwoju i kształtowania się układu nerwowego usposabia — powiada ESCHERICH — do nieznanego nam w szczegółach, acz niewątpliwie nieprawidłowego rozmieszczenia soków żywotnych, które, bądź to drogą nieprawidłowego wchłaniania, bądź też drogą powolnego zatruwania ustroju, powodują owo podrażnienie układu nerwowego, uznawane powszechnie za znakomite podłoże dla rozwoju tężyczki.

Według v. JAKSCH'a wywołuje omawianą nerwicę jakaś substancja lotna, w postaci alkaloidu, olejku eterycznego, czy też gazu jakiegoś, która z niesłychaną szybkością przemyka się po aparacie nerwowym, czuciowym i ruchowym, nie pozostawiając w nim żadnych zgoła zmian, przynajmniej dla oka naszego, w drobnowidz uzbrojonego, dostępnych. Podobnież FISCHL, na zasadzie wyników ujemnych anatomo-patologicznych badań, przypuszcza istnienie jakichś wpływów przelotnych, w przewodzie pokarmowym, być może powstałych. Sądzi on, że poznać je zdołamy jedynie tylko przy bardzo subtelnej znajomości budowy mózgu.

FRANKL-HOCHWART mniema, że tężyczka, przynajmniej w przeważnej większości przypadków, jest pochodzenia pasorzytnego. Według BIEGAŃSKIEGO należy bezpośrednią przyczynę tężyczki upatrywać po części w zakażeniu bliżej nam nieznanym pierwiastkiem zakaźnym, po części zaś — w zatruciu ustroju wytworami rozkładu, zachodzącego w przewodzie pokarmowym. Wreszcie na zjeździe zeszłorocznym (71-ym) lekarzy i przyrodników niemieckich w Monachium wyraził GANGHOFNER przypuszczenie, że istota tężyczki tkwi w zaburzeniu w przemianie materii, względnie w zatruciu ustroju, nieżyty zaś przewodu pokarmowego powinny być uważane za czynniki towarzyszące lub jej powstaniu sprzyjające.

Należytego rozwiązania zagadnienia, dotyczącego istoty tężyczki, spodziewać się winniśmy od dalszego rozwoju wiedzy lekarskiej, a zwłaszcza działów jej: anatomii patologicznej, chemii i bakterjologii. Dotychczasowe usiłowania na zbyt kruchym i wątpliwym oparte są gruncie i oprócz przypuszczeń, mniej lub więcej prawdopodobnych, nie wnoszą żadnego zgoła światła do tej dziedziny.

Inaczej się rzecz ma z etiologią tężyczki: jest ona opracowana niezmiernie szczegółowo. Niemal wszystko, cokolwiek upośledza i osłabia sprawność życiową ustroju, należy do przyczyn usposabiających. Czy dziedziczność gra istotnie tak poważną rolę w sprawie przekazywania tego cierpienia — jak utrzymują niektórzy — trudno przesądzać. Zdaje się, że w bardzo wielu razach rola dziedziczności da się skutecznie sprowadzić do wpływu nieodpowiednich warunków życia, którym dzieci danej rodziny podlegają w jednakiej mierze. Zastanawia i zdumiewa spostrzeganie tężyczki jawnej albo ukrytej u kilkorga lub u wszystkich dzieci jednej rodziny. Z pośród 42 rodzin, z których przeszło dwie trzecie obarczonych było kilkorgiem dzieci, widzieliśmy podobny przypadek tylko raz jeden. Mianowicie w r. 1898 zwróciła się o poradę matka Ireny M., dziewczynki

siedmiomiesięcznej, dziedzicznie nie obciążonej, od trzech tygodni cierpiącej na napady kurczu głośni. Z rodzeństwa, składającego się z sześciorga dzieci, z których dwoje zmarło (dziewczynka sześciomiesięczna jakoby na zapalenie mózgu i dwuletni chłopczyk z powodu wycieńczenia ogólnego), pięcioro miało pomiędzy 6 a 18 miesiącem życia częste napady kurczu głośni wraz z kurczem tężcowym mięśni dłoni lub bez niego. Przypuszczalnie występowały one pod wpływem jednych i tych samych szkodliwości, którym jednakowo wszystkie dzieci uległy.

Wadliwe mieszkania, zdaje się, wywierają silny wpływ ujemny na ustrój dziecka i usposabiają je do nabycia tężyczkę, gdyż z 42 dzieci, tem cierpieniem dotkniętych, 17 pochodziło z mieszkań wilgotnych, 11 — z wilgotnych i ciemnych, pozostałe zaś ze znośnych. Istnieje też prawdopodobnie ścisły związek przyczynowy pomiędzy cięższą postacią tej nerwicy a mieszkaniem, gdyż wszystkie przypadki (9) tężyczkę samoistnej, jawnej i przeważna większość przypadków, powikłanych drgawkami ogólnymi (11 z ogólnej ilości 15), dotyczyły dzieci z owych wilgotnych i ciemnych nor. Podobnej współzależności pomiędzy natężeniem tężyczkę a odżywianiem dziecka spostrzedz nie zdołaliśmy. Tylko dwoje było sztucznie żywionych od urodzenia, 40 zaś było karmionych piersią matczyną i przeważnie od 12 tygodnia życia dokarmianych mlekiem krowim. Prawie połowa dzieci miała podczas choroby wypróżnienia dobre, pięcioro — biegunkę, dziesięcioro — zaparcie, siedmioro zaś — na przemian — to biegunkę, to zaparcie. Siedmioro wyglądało zadawalająco, stan ogólny 12 był bardzo dodatni, 17 mierny i tylko sześcioro było dzieci nędznych, białych, nikłych, małokrwistych, o nader szczupłym pokładzie tłuszczowym.

Oprócz wspomnianych czynników, sprzyja nabyciu tężyczkę cały szereg warunków klimatycznych i geologicznych. PRESTON np. utrzymuje, że nerwica ta jest stosunkowo rzadkim gościem w Stanach Zjednoczonych Ameryki, co według SACHS'a stoi w związku z niezaprzeczeniem częstszym spostrzeganiem cięższej postaci krzywicy na lądzie, aniżeli w Ameryce. COMBY uważa, że Francja jest mniej gościnna dla tężyczkę, niż Austria. Zresztą zaznaczyć tu wypada poważne różnice w wykazach statystycznych, dotyczących szerzenia się tężyczkę w jednej i tej samej miejscowości. Jest to prawdopodobnie bezpośrednie następstwo z jednej strony — nieuwzględniania tężyczkę utajonej (KALISCHER np. uznaje tylko tężyczkę jawną), z drugiej zaś — zbyt częstego nierozpoznawania tej nerwicy (wykazali to KATZ dla Berlina i J. KRAMSZTYK dla Warszawy).

W Warszawie bywa tężyczkę względnie często spostrzegana. Śród 8000 przeszło dzieci, które zgłosiły się po poradę do ambulatoryum d-ra J. KRAMSZTYKA, wspólnie ze mną prowadzonego przy szpitalu dla dzieci wyznania mojżeszowego fundacyi małżonków Berson i Baumann, przez przeciąg czasu 2½ roku (lata 1897 — 1899 do czerwca włącznie), widzieliśmy 42 przypadki tężyczkę bądź jawnę, bądź utajonej, ce stanowi 5 *pro mille*. Stosunek ten oczywiście ulegnie zmianie, gdy ograniczymy się do wieku, niemal wyłącznie sprzyjającego rozwojowi tężyczkę, innemi słowy, gdy uwzględnimy tylko dzieci do dwu lat włącznie, gdyż wyniesie on 8 *pro mille*. Tężyczkę samoistną (*tetania spontanea s. manifesta*) spostrzegaliśmy 9 razy, utajoną zaś (*t. larvata*) 33 razy.

W następującej tabliczce pozwolimy sobie przytoczyć liczbę dzieci, dotkniętych tężyczkę w danym wieku:

Wiek	4 m.	6 m.	9 m.	12 m.	15 m.	18 m.	24 m.	26 m.
Liczba dzieci	1	5	11	7	8	6	3	1

Najwcześniej więc spostrzegaliśmy tężyczkę w 4 miesiącu, najpóźniej zaś w 26 miesiącu. Najliczniej występuje ona pomiędzy 6 a 18 miesiącem życia (37 razy czyli prawie 90%). Jest to wiek niemal powszechnie uznawany za najbardziej podatny dla rozwoju omawianej nerwicy. Różnice w poglądach są nieznaczne. UFFELMANN najczęściej spostrzegał ją u dzieci w wieku od 2 do 36 miesięcy, KOPPE, FISCHL, FILATOW u dzieci poniżej dwu lat, KRAMSZTYK — w wieku od 4 do 30 mies., BIEDERT — od $\frac{1}{2}$ do 3 lat. Z 40 przypadków GANGHOFNER'a przypada 35 na wiek od 2 do 24 miesięcy, a tylko 5 na 2 do 2 $\frac{1}{2}$ roku. Wśród 142 przypadków GOWERS'a było 64 dzieci od 1 do 4 lat. Poniżej dwóch miesięcy nie była tężyczka spostrzegana, jakkolwiek MONTI widział ją jakoby u dzieci kilkodniowych. Bardzo być może, że były to przypadki chorobliwego napięcia mięśni, tak często spostrzeganego u bardzo młodych ssawców podczas zaburzeń w przewodzie pokarmowym. Skurcze podobne łudząco przypominają tężyczkę, lecz z nią nic wspólnego nie mają, jak to wykazał HOCHSINGER na 71 zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Monachium.

Przypadki nasze dotyczyły 28 chrześcijan i 14 żydów, co pozwalałoby wnieść o pewnem pokrewieństwie pomiędzy krzywicą a tężyczką, gdyż podobny mniej więcej stosunek znajdujemy pomiędzy dziećmi żydów a chrześcijan, dotkniętymi krzywicą (zob. „Kilka słów o krzywicy w Warszawie“ „Medycyna“ z r. 1899).

Następująca tabliczka wykazuje, w jakich miesiącach najliczniej występuje tężyczka w Warszawie.

Miesiące	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Grudzień
Liczba przypadków	1	4	10	10	12	2	2	1

Okazuje się z powyższego, że największa liczba przypadków tężyczki, bo 32, czyli prawie 80%, spostrzegana była w miesiącach wiosennych (marzec, kwiecień, maj); w sierpniu, wrześniu, październiku i listopadzie nie widzieliśmy ani jednego przypadku tężyczki. Podobneż prawie wyniki otrzymali i inni. Różnice są nieznaczne. Nieliczne jeno wyjątki, jak np. UFFELMANN, stwierdzają najliczniejsze występowanie tężyczki podczas jesieni i zimy. BIEDERT utrzymuje, że pojawieniu tężyczki najbardziej sprzyja zima i wiosna. SACHS spostrzegał największą liczbę przypadków tężyczki podczas stycznia, lutego i marca, LEUBE zaś — w lutym i marcu. Z 90 przypadków Loos'a — 69 przypada na pierwsze cztery miesiące roku. Co się tyczy wpływu płci na tężyczkę, to powszechnie stwierdzają przewagę po stronie chłopców. Myśmy spostrzegali ją u 26 chłopców i 16 dziewcząt, RIELLET i BARTHEZ u 20 chłopców i 8 dziewczynek, GOWERS — u 76 chłopców i 66 dziewcz., VOGEL — u 11 chłop. i 4 dziew., Loos — u 53 chłopców i 37 dziewcząt, FISCHL — u 108 chłopców i 63 dziewczynek. Według UFFELMANN'a, dziewczynki ulegają tężyczce również często, jak i chłopcy. EICHHORST zaś przypuszcza, że przewaga po stronie chłopców istnieje tylko w wieku dziecięcym, w późniejszym zaś wieku obie płcie liczebnie się wyrównują.

Niezmiernie doniosłym czynnikiem etiologicznym w sprawie nabycia tężyczki jest krzywica, której znamiona, mniej lub więcej wybitne, spostrzegaliśmy we wszystkich naszych przypadkach, przyczem wszystkie dzieci poniżej roku (17 przypadków) miały rozmiękłe kości czaszkowe (*craniotabes*).

Czy tężyczkę poprzedzają jakieś objawy zwiastunne, trudno osądzić. Jedni (LEUBE, DIEULAFOY, MONTI, EULENBURG i in.) mniemają, że na kilka dni przed wybuchem cierpienia występują jakieś omamy wzrokowe i słuchowe, osłabienie ogólne, wyczerpanie sił, zmiany wydzielnicze i odżywcze, pocenie obfite, bóle

rwące i ciągnące w kończynach, pełzanie mrówek po ciele, wrażenie palenia, gorąca lub zimna, drgania kloniczne i t. p. Ciepłota ciała bywa zazwyczaj normalna, rzadziej podniesiona. Przytomność umysłu jest zachowana. Objawy zaś miejscowe występują zwykle dopiero na kilka godzin przed napadem. Inni natomiast (Loos, Escherich, J. KRAMSZTYK i in.) utrzymują, że choroba wybucha nagle, „wie der Blitz aus heiterem Himmel“ — jak wyraża się obrazowo Loos, spośród zupełnego zdrowia, u dzieci zazwyczaj dobrze lub nieźle odżywianych, nie gorączkujących. Gorączka zaś, jeśli jest, nie zależy od tężyczki, lecz od powikłań, najczęściej ze strony przewodu pokarmowego.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

71. HÖFER, **Przyczynek do leczenia padaczki za pomocą trepanacyi.** Pomimo licznych prac nad leczeniem operacyjnym padaczki i pomimo wielkich postępów chirurgii na tem polu, wyniki omawianego zabiegu przedstawiają dotychczas jeszcze wiele do życzenia. Zależy to z jednej strony od nadzwyczaj licznych niepowodzeń przy leczeniu chirurgicznym nawet w przypadkach lżejszych, z drugiej zaś — od dość jeszcze licznych trudności rozpoznawczych i będących ich następstwem pomyłek we wskazaniu i rokowaniu. Pomimo to możemy mieć nadzieję, że ciągle zestawianie danych fizjologii doświadczalnej, anatomii normalnej i patologicznej i spostrzeżeń klinicznych wraz z postęпами chirurgii na tem polu pomoże nam do osiągnięcia lepszych wyników tego zabiegu.

Wszyscy chirurdzy zgadzają się jednomyślnie, że ogólna padaczka samoistna nie może być leczona na drodze operacyjnej. Operacya bywa możebna tylko w tych przypadkach padaczki, kiedy pewne objawy wskazują zajęcie ściśle określonego ogniska, dla noża dostępnego.

Że tego ogniska należy szukać w pewnych postaciach padaczki w korze mózgowej, wskazał HUGHLIN JACKSON. Późniejsze doświadczenia, polegające na wywoływaniu u zwierząt, przy drażnieniu elektrycznością ośrodków ruchowych kory mózgowej, napadów padaczkowych, analogicznych ze spotykanymi u ludzi, dowiodły, że większość przypadków padaczki zależy od sprawy chorobowej w korze mózgowej.

Objawy, wskazujące umiejscowienie choroby w ograniczonym i dającym się usunąć ognisku kory mózgowej, są ogólnie wiadome: drgawki, przejściowe lub trwałe porażenia, wreszcie podmiotowe zaburzenia czucia.

Dotychczas jednak nie można określić, które mianowicie postacie padaczki nadają się do leczenia chirurgicznego. Statystyka potwierdza tylko wiadomy fakt, że najpomyślniejsze rokowanie przy zabiegu operacyjnym dają przypadki padaczki JACKSON'a pochodzenia urazowego, szczególnie wtedy, gdy miejsce urazu mniej więcej odpowiada siedlisku porażenia korowego, i gdy zewnętrzne obrażenia czaszki są jeszcze widoczne. Prócz tego BERGMANN twierdzi, że, im wcześniej po urazie występują napady drgawek lub ich równoważniki, tem lepsze bywa rokowanie, i że przypadki z uszkodzeniem czaszki łatwiej od innych się leczą.

Bardzo niepomyślne rokowanie bywa wtenczas, gdy po urazie występują napady ogólnych drgawek padaczkowych. Również stosunkowo wątpliwe dane dla leczenia chirurgicznego przedstawiają postacie padaczki JACKSON'a pochodzenia niewiadomego.

Większość autorów twierdzi, że, im dłużej istnieje padaczka, tem gorszy bywa wynik operacyi, gdyż w mózgu zachodzą w takich razach coraz bardziej postępujące zmiany swoiste; inni zaś autorowie są zdania wręcz przeciwnego.

Nie rozwiązano dotychczas również pytania, jaki sposób operowania jest najodpowiedniejszy. Dawniej zadawalniano się zwykłą trepanacją i usuwaniem zbroczeń ze strony kości i błon mózgowych. W 1886 roku HORSLEY, na zasadzie własnych doświadczeń, podał myśl, żeby wycinać ośrodek, powodujący drgawki, nawet w razie braku w nim jakichkolwiek zmian makroskopowych. Usunięcie ośrodka poprzedzać powinno dokładne określenie go przy pomocy prądu przerywanego o napięciu dość słabem.

Dawać pierwszeństwo zabiegowi HORSLEY'a obecnie jeszcze nie można, ponieważ liczba tym sposobem operowanych chorych jest zbyt mała. Z 30 spostrzeżeń, zestawionych przez BRAUN'a, tylko w 3 nastąpiło wyleczenie.

BRAUN na zasadzie własnych doświadczeń i statystyki doszedł do następującego wniosku: W ograniczonych uszkodzeniach czaszki, znajdujących się w okolicy ruchowych ośrodków nerwowych, należy przedewszystkiem robić trepanację na miejscu urazu; dopiero, gdy w ten sposób żadnego wyniku nie otrzymamy, należy wycinać odpowiedni ośrodek według sposobu HORSLEY'a. Jeżeli zaś uraz lub ślad po nim nie odpowiada anatomicznemu położeniu ośrodka zajętego, BRAUN, zgadzając się z większością chirurgów, radzi trepanować przedewszystkiem w miejscu urazu i dopiero, gdy ten zabieg okaże się bezskutecznym, odszukać i usunąć odpowiedni ośrodek.

Autor opisuje 10 przypadków padaczki, operowanych w klinice monachijskiej przez prof. ANGERER'a w latach 1893—1896. Dzieli je na 3 grupy:

I. 4 przypadki padaczki JACKSON'a bez poprzedzającego urazu. Rozpoznanie nie podlegało najmniejszej wątpliwości. Padaczka trwała w 1 i 4 przypadku cztery lata, w 2 — pięć, w 3 — ośm lat. Opony i korę mózgową we wszystkich tych przypadkach znajdowano na oko zupełnie normalnymi, z wyjątkiem przypadku 2-go, gdzie znaleziono w niewielkim rozmiarze obrzęk galaretowaty z małymi gruzelkami nieprzezroczystymi (chory umarł na gruźlicę). Zabieg operacyjny ograniczał się tylko na obnażaniu mózgu, była to więc właściwie tylko próbna trepanacja czaszki. Rana goiła się bez żadnego odczynu. Wynik operacyi we wszystkich czterech przypadkach był niepomyślny, gdyż napady się powtórzyły.

Autor zastanawia się, czyby w tych przypadkach sposób HORSLEY'a nie dał lepszego wyniku. W 3-im przypadku, gdzie napady były tylko jednostronne bez utraty przytomności i bez wszelkich dalszych zaburzeń, należy przypuszczać z punktu widzenia teoretycznego, że zabieg wzmiankowany może doprowadziłby do celu. Co się tyczy trzech pozostałych przypadków, gdzie miały miejsce bardzo ciężkie napady i zaburzenia psychiczne, jest bardzo wątpliwem, czy wynik byłby lepszy, gdyż w tych przypadkach należy przyjąć zaburzenia wtórne bardziej ogólne w korze mózgowej.

Chcąc ocenić wyniki trepanacyi z wycięciem kory i bez niego w przypadkach nieurazowej padaczki JACKSON'a, autor próbował zestawić pewną ich liczbę z piśmiennictwa, lecz wynik tych poszukiwań okazał się bardzo niezadawalniającym.

Pomimo jednak tak nieznacznych wyjaśnień, jakie daje dotychczasowa nader skąpa statystyka, autor wraz z BERGMANN'em uważa za konieczne, wobec wyników niepomyślnych trepanacyi próbnej zachowawczej, stosowanie sposobu HORSLEY'a, tem bardziej, że operacja ta nie jest o wiele groźniejsza od poprze-

dniej (według GRAF'a śmiertelność przy zwykłej trepanacji 5,6%, przy jednoczesnym wycięciu kory 6,7%), a porażenia wtórne zwykle się zmniejszają lub zupełnie przechodzą.

II. z spostrzeżenia urazowej padaczki JACKSON'a, co do której, według ogólnego zdania, wskazanie do leczenia operacyjnego i rokowanie jest najpomyślniejsze. Ponieważ w obydwu przypadkach rozpoznanie było zupełnie pewne, i prócz tego miejsce urazu na czaszce dokładnie odpowiadało porażonemu ośrodkowi korowemu, więc nie mogło być wątpliwości co do wskazania do zabiegu operacyjnego. Zabieg ten w pierwszym przypadku ograniczył się tylko na usunięciu silnie do wnętrza wystającego i uciskającego mózg odcinka kości, który mógł być uważany za dostateczną przyczynę napadów padaczkowych; wskutek tego nie należy uważać za błąd, że w tym przypadku dalsze poszukiwania były zaniechane. Jednak zupełnie niepomyślny wynik operacji przemawia za tem, że w podobnych przypadkach nie należy się wstrzymywać od obnażania mózgu, gdyż przy tak silnym urazie czaszki mogą być prawdopodobnie i zmiany w korze, które przy pewnych warunkach można usunąć. Z drugiej strony ostatnie statystyki GRAF'a i BRAUN'a świadczą, że nie można skonstatować wielkiej różnicy w wyniku trepanacji z operacją na korze lub bez niej w przypadkach padaczki urazowej. Według BRAUN'a najlepsze wyniki bywają w tych razach, gdy zostają usunięte odcinki kości, uciskające lub kaleczące mózg, albo też zgrubiałe części kości czaszki, wywierające ucisk na korę. Z takich przypadków, w liczbie 15, w 7 nastąpiło polepszenie, w 8 zaś wyzdrowienie.

Drugi przypadek padaczki urazowej, opisany przez autora, zakończył się śmiercią wskutek wtórnego krwotoku. W statystyce BRAUN'a jest tylko jedno takie spostrzeżenie. Autor przypuszcza, że w jego przypadku powodem do wtórnego krwawienia było podniesienie się ciśnienia krwi, wskutek gwałtownych wieczornych napadów, i stawia wniosek, czy nie należałoby przez stosowanie makowca i bromu po trepanacji, o ile możności, zapobiegać podobnym, groźnym dla życia chorego przypadłościom. Prócz tego przypadek ten świadczy, że co do zupełnego zamykania rany bez pozostawienia tamponu lub sączka, należy się wahać.

III. z dość ciężkie i jeden lżejszy przypadek ogólnej padaczki urazowej; do tych trzech spostrzeżeń autor dołącza jeden przypadek psychicznych równoważników padaczkowych pochodzenia urazowego.

Według danych dotychczasowych rokowanie w zabiegu operacyjnym w przypadkach ogólnej padaczki urazowej jest bardzo wątpliwe. Operacji dokonywa się tylko przy ogólnym ciężkim stanie chorego, jako zabiegu próbnego.

W pierwszym przypadku, podanym przez autora, znaleziono rozmiękczenie mózgu w powierzchownych jego warstwach i 4 niewielkie torbiele, które wraz z częściami zmienionymi usunięto. W 3 miesiące po operacji wystąpiły napady padaczki JACKSON'a, powtarzające się jednak rzadziej, tak że w danym przypadku można mówić o pewnym polepszeniu. Autor przypuszcza, że tutaj można myśleć o wtórnej operacji według sposobu HORSLEY'a. W drugim przypadku znaleziono dużą torbiel podobną nad prawym zrazem potylicznym, będącą następstwem dawnego obfitego wylewu krwi wskutek urazu. Wykonano tamponowanie torbieli. Wynik w tym przypadku był niepomyślny. Zauważyć tylko można, że wystąpiły objawy psychicznych równoważników padaczkowych pod postacią gwałtownych napadów szaleństwa, jednocześnie z zwykłymi napadami. W trzecim przypadku znaleziono objawy przewlekłego zapalenia błon mózgo-

wych i wobec tego dalszego zabiegu zaniechano. Po 7-iu miesiącach zejście śmiertelne.

Wreszcie autor opisuje przypadek, gdzie chory w 9 lat po otrzymaniu silnego urazu w okolicę kości potylicznej dostał napadów gwałtownego podrażnienia umysłowego, dochodzących do szafu. Właściwych padaczkowych napadów nigdy nie miał. Zabieg operacyjny polegał na usunięciu wkłęśniętej kości. Wynik tej operacji stosunkowo był bardzo dobry, gdyż objawy się w wysokim stopniu zmniejszyły, i chory powrócił do swego zajęcia. Podobnego spostrzeżenia autor nigdzie w piśmiennictwie nie znalazł. Przypadek ten dowodzi, że nie tylko typowa padaczka, ale również jej psychiczne równoważniki pochodzenia urazowego w pewnych razach mogą być leczone na drodze operacyjnej.

Ze swojej pracy, prócz ostatniego przypadku, autor żadnych nowych wniosków nie wyprowadza. Potwierdza on tylko pogląd, że w nieurazowej padaczce JACKSON'a, w razie braku widocznych zmian w korze mózgowej, należy, nie przestając na zwykłej trepanacji, próbować zastosowanie zabiegu HORSLEY'a. Poza tem z przypadki autora powiększają statystykę bez skutku operowanych przypadków urazowej padaczki JACKSON'a; jeden zaś przypadek zwraca uwagę na niebezpieczeństwo wtórnych krwotoków po trepanacji.

(Mittheil. u. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. B. 5, H. 4). Tadeusz Borzęcki.

72. R. GOMEZ. **Tężyczka grypowa.** W przypadkach tężyczki, będącej w związku z grypą i ogłoszonych do tego czasu, miano wogóle do czynienia z pogrypwami przykurczeniami tężcowymi pod postacią przepuszczających napadów, oddzielonych przedziałami zupełnego spokoju. Otóż autor spostrzegł przypadek tężyczki, który wystąpił również w przebiegu grypy zakaźnej, i w którym kurcze mięśniowe były stałe.

Chorym był chłopiec lat 7 na grypę nieżytową, które to rozpoznanie zostało potwierdzone przez to, iż wszyscy z rodziny chorego nienadługo przedtem cierpieli na to samo. Od początku chłopiec skarżył się na bóle na powierzchni mięśni brzucha, bóle, które się zwiększyły i rozprzestrzeniły na plecy i mięśnie dolnych kończyn, które się przykurczyły i uniemożliwiły chodzenie. Następnie wytworzył się sztywność karku. Uderzając lekko młotkiem na powierzchni zewnętrznej kąta oka, można było wywołać silne skurcze mięśni twarzy (objaw WEISS'a). Odruchy rzepekowe były zwiększone. Czucie skórne i mięśniowe nie przedstawiały nic nieprawidłowego. Badanie moczu i krwi dało wynik ujemny.

Wypróbowawszy, bez powodzenia, salicylan sodu, brom, chlorał, kalomel, ciepłe kąpiele i przemywania kiszki, autor uciekł się do podskórnych zastrzyków fizjologicznego roztworu chlorku sodu. Wstrzykiwano codzień 250 grm. tego roztworu w okolicę pleców. Pod wpływem tego leczenia objawy tężca zmniejszyły się i ustąpiły.

W braku jakiegokolwiek poprzedzającego urazu w danym przypadku i zważywszy, że skurcze zjawily się najpierw w dolnych kończynach i dopiero później rozprzestrzeniły się na mięśnie karku i twarzy, trzeba przyjść do przekonania, iż w danym przypadku miało się do czynienia nie z istotnym tężcem, lecz z tężyczką, która mogła zależeć tylko od szkodliwego działania, wywołanego przez toksynę grypy na komórki szarej istoty przednich rogów, rdzenia. Działanie to nie było dosyć silne, aby wywołać nieuleczalne obrażenia anatomiczne, ponieważ wyzdrowienie było zupełne.

Tak tedy, pomiędzy postaciami nerwowemi grypy należy odróżnić, przy najmniej u dzieci, odmianę szczególną, postać tężcową, przeciw której podskórne wlewania zdają się być środkiem skutecznym.

(*La semaine medicale*. Nr. 8. 1900).

St. Rostan.

73. E. ZELTNER. **Orexinum tannicum, jako środek pobudzający łaknienie.** Oreksynę t. j. phenyldihydrochinazolin wprowadził w użycie w 1890 r. PENZOLDT. Początkowo zalecił on *orexinum hydrochloricum* wobec łatwej rozpuszczalności tego przetworu w wodzie. Lecz wkrótce okazały się znaczne niedogodności przy stosowaniu tego środka, mianowicie często występowało uczucie palenia, a nawet czasem wymioty. Wobec tego PENZOLDT wkrótce potem zalecił użycie innego przetworu oreksyny, mianowicie *orexinum basicum*. Środek ten, powodując zwiększenie wydzielania kwasu solnego w żołądku i wzmożenie łaknienia, istotnie nie wywierał już tak silnego działania ubocznego; uczucie palenia było znacznie słabsze, wymioty o wiele rzadsze. Liczni autorzy poczęli wychwalać działanie tego przetworu w początkowym okresie gruźlicy, w błednicy, neurastenii, niestrawności nerwowej i t. p.

Niedogodności tylko okazały się następujące: 1) w celu uniknięcia palenia środek musi być podawany w opłatkach, co u dzieci nie daje się uskutecznić 2) po dłuższem leżeniu łatwo ulega popsuciu.

W celu usunięcia i tych niedogodności STEINER w 1897 r. zalecił nowy przetwór — *orexinum tannicum*, zwłaszcza dla praktyki dziecięcej. Jestto proszek żółtawy, bez woni i smaku, w wodzie nierozpuszczalny i nie powodujący palenia, nawet przyjmowany bez opłatków. Autorzy późniejsi (LIMPERT, GOLDMANN, FASANO, SIEGERT i inni) stwierdzili skuteczne działanie tego przetworu. Autor przeprowadził doświadczenia nad działaniem tego środka w poliklinice profesora PENZOLDT'a. Dawka jednorazowa wynosiła 0,3 — 0,5, 1—2 razy dziennie, na 2 godziny przed jedzeniem, w proszkach bez opłatków. Wpływ sugestyi postarano się wyłączyć.

Oreksyna stosowana była w przypadkach, gdzie leczenie przyczynowe skutku nie odnosiło, lub przyczyna braku łaknienia stwierdzić się nie dawała. Spostrzeżeń było 53; z nich działanie skuteczne wystąpiło w 30 przypadkach, w 9 skutek był niewyraźny, w 14 wreszcie — ujemny. Ciekawa jest okoliczność, że w kilku przypadkach środek wywołał apetyt wilczy, tak że chorzy z trudnością byli w stanie głód zaspokoić.

Sposób działania oreksyny był różnorodny: albo występowało skuteczne działanie natychmiast po pierwszym proszku i trwało przez czas dłuższy, albo też wynik dodatni dawał się zauważyć dopiero po upływie paru dni, albo wreszcie apetyt wzmagał się po tym proszku na czas krótki.

Co się rodzaju cierpień tyczy, w który środek stosowano, to 13 przypadków było gruźlicy płuc w okresie początkowym (10 wyników dodatnich), 7 przypadków małokrwistości i błednicy, (5 z wynikiem pomyślnym), 9 cierpień przewlekłych serca, nerek i rozedmy płuc, (5 dodatnich wyników), 12 przypadków zdrowienia po chorobach ostrych (skutki pomyślne w połowie przypadków), 6 przypadków lżejszych cierpień przewodu pokarmowego; w chorobach gorączkowych, ciężkich sprawach kachektycznych wyniki były ujemne, u histeryczek wyniki były rozmaite.

W paru przypadkach idyosynkrazyi do poszczególnych pokarmów (kawioru, śledzia marynowanego, sałaty z ogórków i t. p.), oreksyna usuwała dolegliwości żołądkowe: odbijania, ściskania, które zazwyczaj po pokarmach tych występowały.

Wywody swe streszcza autor w następujący sposób: 1) *orexinum tannicum* dorównywa, a nawet przewyższa poniekąd inne przetwory oreksyny pod względem działania, pobudzającego łaknienie, 2) żadne działania uboczne nie dają się zauważyć, 3) może być przyjmowane bez opłatków i nie psuje się od leżenia, 4) wskazana jest oreksyna zwłaszcza w gruźlicy początkowej płuc, w stanach małokrwistości, lekkich zaburzeniach w trawieniu, w okresie zdrowienia po chorobach ostrych i w nerwicach. Czysto naukowem wskazaniem jest tu upośledzenie wydzielania kwasu solnego w żołądku

(„*Die Therapie der Gegenwart*“ 11. 1899).

W. Rubin.

74. GRAM. **O sposobie różniczkowania oddzielnych drobnoustrojów.** LASEK, sprawdzivszy wartość sposobu GRAM'a i jego odmian, jako środków do różniczkowania oddzielnych drobnoustrojów, doszedł do wniosków następujących:

Sposób GRAM'a daje jednakowe wyniki przy barwieniu drobnoustrojów, wziętych czy to z hodowli młodych lub starych, czy też z narządów martwych lub żywych. Stare hodowle drobnoustrojów, wogóle barwiących się sposobem GRAM'a, będąc w stadium zarodnikowania, barwią się słabo lub też nie zabarwiają się wcale. Sposób GRAM'a jest odczynem chemicznym i nie zależy od mniej lub więcej mocnego przyjmowania barwnika z roztworu EHRlich'a, nie zależy od rozmaitych dodatków, nagrzewania i dłuższego zabarwiania. Roztwór fiołkowej gencyany, przyrządzony na kwasie karbolowym, działa tak samo jak i oryginalny płyn EHRlich'a, ale jest trwalszy. Wreszcie nie wszystkie drobnoustroje z jednakową łatwością odbarwiają się w alkoholu.

Sposobem GRAM'a barwią się: *actinomyces*, *b. anthracis*, *b. diphtheriae*, *diplococcus* FRAENKEL-WEICHSEL., *b. erysipel. porci*, *b. leprae*, *micrococcus tetragenes*, *b. pseudodiphtheriae*, *b. murisepticum*, *staphylococcus pyog. aureus*, *albus*, *streptococcus pyog.*, *b. tetani*; odbarwiają się: *b. acidi lactici*, *b. coli*, *gonococcus*, *b. influenzae*, *b. mallei*, *b. oedematis maligni*, *b. pestis bubonicae*, *pneumobaccillus* FRIEDLAENDERI, *b. pyocyanus*, *b. rhinoscleromatis*, *b. septicaemiae haemorrhagicae* (kurza cholera, posocznica królików, mór prosiąt, bydła), *spirochaete*, *b. typhi murium*, *b. typhi abdominalis*, *vibrio* FINKLER-PRIOR, *cholerae asiaticae*, *vibrio violaceus*.

Sbornik Klinický. Rocznik I. Nr. 4. 1899 r.

Sz. Kossobudzki.

XXIX Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie (18—21 kwietnia).

Streścił

D-r Ant. J. GOLDMAN (Łódź).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 25).

Wyłuszczenie nerki w kamicy znajduje zastosowanie tylko w poszczególnych przypadkach pierwotnej kamicy nerkowej; za правило jednak przyjęć należy, że przy jałowych kamieniach wyłuszczenie nerki powinno być zasadniczo odrzucone. Wyjątek stanowią tu nieszczęśliwe przypadki, jak rozdarcie *internephrotomiam* tętnicy lub żyły nerkowej, gdzie nie jesteśmy w stanie przewiązać lub zeszyć naczynia; w takich razach wyłuszczenie nerki jest wskazane dla uratowania życia. Niekiedy zmuszeni jesteśmy usunąć nerkę wtórnie, jeśli po dokonaniu cięcia nerki z powodu kamieni występuje groźnych rozmiarów krwiomocz, którego nie możemy opanować za pomocą rozluźnienia szwów i wypełnienia nerki gazą, co łatwo się wydarza przy krwawiącej; w jednym takim przypadku

ISRAEL utrzymał chorego przy życiu tylko dzięki szybko dokonanemu wyluszczeniu nerki. Jeśli nie mamy do czynienia z krwawcem, to wskutek wylewu krwi do mięszu nerki napręża się jej powłoka włóknista i dzięki wywieranemu elastycznemu uciskowi tamuje krwotok; dla tego też należy przy cięciu nerki unikać odłuszczenia omawianej powłoki. U jedyne go chorego, który zmarł nazajutrz po cięciu nerki z powodu obfitego krwimoczu, podczas operacji odłuszczone zupełnie powłokę włóknistą wskutek silnych zrostów. Z tego wynika, że tam, gdzie przypadkowo lub wskutek zrostów odłuszczone włóknistą powłokę, należy ją następnie szczelnie zeszyć; jeśli zaś dokonać tego nie można, nie powinniśmy zamykać szczelnie rany za pomocą szwów, lecz uciec się do dokładnego wypełnienia jej gazą.

Badanie moczowodu za pomocą cystoskopu nie posiada wielkiej wartości rozpoznawczej w kamicy nerkowej; przeszkodę, jaką spotyka zgłębnik, nie zawsze stanowi kamień.

Przy zwykłym zabiegu wraz z nerką obnażamy w cięciu skórny przylegającą część moczowodu i badamy na obecność kamienia za pomocą wprowadzonego od strony nerki zgłębnika lub też napełnienia moczowodu wodą. Jeśli kamień jest ruchomy, przepychamy go za pomocą odpowiednich ruchów ręki do miedniczki nerkowej i usuwamy go ztąd od strony nerki wraz z innymi kamieniami; jeśli zaś mamy do czynienia z uwięzieniem kamienia, wydostajemy go za pomocą cięcia moczowodu, który następnie zeszywamy szwem LEMBERT'a — nerki w takich razach nie zeszywamy, aby przez swobodny tędy odpływ moczu umożliwić dokładne zabliznienie się rany moczowodu. W razie niemożności wykonania szwu moczowodu, wprowadzamy od strony nerki cewnik, którego drugi koniec wychodzi winien z cewki moczowej. Cięcia moczowodu bez obnażenia *resp.* cięcia nerki można dokonać tylko wtedy, kiedy dokładnie wyczuwamy kamień w dolnej jego części; wydostać go wtedy można albo, nie otwierając jamy otrzewny, przez cięcie wzdłuż więzła POUPART'a, albo też od strony pochwy.

Przy takim postępowaniu jednak nader często nie usuwamy wszystkich kamieni, a nakładanie szwu przy niewielkiej lejkowatej ranie jest nader trudne; prócz tego, jeśli nie zapewnimy moczowi odpływu wprost z nerki, przez jednocześnie wykonane jej cięcie, nie możemy liczyć na rychłozrost rany. W przypadkach ropnego zapalenia miedniczki nerkowej, zastoinowego moczu i t. p., otwarcie tylko moczowodu jest w zupełności błędne. W przypadkach bezmoczku na tle kamicy nerkowej wskazanie życiowe stanowi uwolnienie nerki od ucisku za pomocą szerokiego cięcia aż do miedniczki, a nie usunięcie kamienia: jeśli tenże ugrzązł tuż u wyjścia moczowodu, naturalnie, usuniemy go bezzwłocznie, w przeciwnym razie przedłużanie rękoczynu wskutek umiejscowienia przeszkody głębiej w moczowodzie, np. w małej miednicy, stawiamy w zależności od stopnia mocznicy i wrażliwości chorego na chloroform. W takich przypadkach nałożenie szwu na przeciętą nerkę jest błędne, gdyż jak mówiliśmy wyżej, chodzi tu głównie o zmniejszenie ciśnienia na mięsz nerkowy. W przypadkach niedługo trwającego bezmoczku może tu nastąpić *restitutio ad integrum* nabłonka nerki.

Ze znacznymi trudnościami jest połączone niekiedy rozpoznanie, która nerka ostatnio została pozbawiona odpływu. W rzadkich przypadkach, przebiegających bez napadów bólu, brak nam wywiadów, dotyczących się ostatniego napadu kolki nerkowej, a nawet, rozporządzając nimi, często nie jesteśmy w stanie rozpoznać umiejscowienia przeszkody. ISRAEL niejednokrotnie przekonał się, że napad kolki, poprzedzający okres mocznicy, zostaje odczuty przez chorego na

stronie przeciwległej do chorej nerki. Badanie przedmiotowe też często nas zawodzi. U osób otyłych i przy bębnicy kiszki trudno jest wyczuć nabrzmienie chorej nerki; jeśli zaś nawet je znajdujemy, to ze względu na częstość dwustronnej kamicy, winniśmy pamiętać, że mogło ono powstać dawniej wskutek zamknięcia światła moczowodu i zostało odkryte tylko przy dokładnem badaniu z powodu cierpienia drugiej nerki. Nawet kamień, wyczuty w moczowodzie od strony pochwy lub odbytnicy, może należeć do tej strony, po której już dawniej światło moczowodu zostało zamknięte, a odpowiednia nerka uległa zanikowi. Również niepewna jest wrażliwość na ból przy ucisku ostatnio uległej cierpieniu nerki, gdyż objawu tego często brak. Jedynie pewnym drogowskazem, według ISRAEL'a, pozostaje w danym kierunku napięcie mięśni brzucha, powstające na drodze zwrotnej podczas obmacywania okolicy chorej nerki.

Za zasadę postępowania chirurgicznego w omawianem cierpieniu przyjąć należy udostępnienie chorej nerki, a nie wyczutego w moczowodzie kamienia, gdyż tylko w ten sposób możemy się przekonać o nieużyteczności naszego zabiegu w przypadkach, gdzie znajdujemy zwyrodniałą lub na drodze zwrotnej nieczynną nerkę. W takich razach, o ile mamy do czynienia z niedługotrwałym bezmoczem i brakiem objawów mocznicznych, winniśmy ze względu na krótsze odurzenie ograniczyć się na cięciu obnażonej nerki. Następnego dnia bezwarunkowo przystępujemy do wykonania rękoczynu po stronie, gdzie miało miejsce świeże zamknięcie odpływu z nerki; wszelkie zwlekanie z wykonaniem zabiegu jest przeciwwskazane, jeśli mamy objawy mocznicze nawet w najlżejszym stopniu lub jeśli poprzednio udostępnioną nerkę znaleźliśmy w stanie zwyrodnienia.

Dyskusya.

Prof. CZERNY (Heidelberg) podnosi cenność uwag ISRAEL'a w sprawie wskazań do rękoczynu operacyjnego; cięcie miedniczki nerkowej mówca zupełnie zarzucił ze względu na pozostające po tym zabiegu przetoki. Nader często natrafiamy przy omawianem cierpieniu na nieufność chorych do zabiegu krwawego i z tego powodu nie jesteśmy w stanie opanować choroby we wczesnych jej okresach. W dwóch przypadkach widział CZERNY kamień w końcu moczowodu: w jednym przypadku zmuszony był w celu wydobycia go dokonać cięcia pęcherza.

Prof. KRÖNLEIN (Zürich) przemawia za zdjęciami RÖNTGEN'a, jako nader cennym środkiem rozpoznawczym w kamicy nerkowej i moczowodowej. W jednym przypadku bezmoczem niewiadomego pochodzenia KRÖNLEIN dokonał cięcia brzusznego i przekonał się o braku prawej nerki; zamknąwszy jamę brzuszną, mówca obnażył lewą nerkę, lecz kamienia nie znalazł. Chory zmarł, gdyż KRÖNLEIN wtedy obawiał się dokonać cięcia nerki. Badanie pośmiertne wykazało obecność kamienia w moczowodzie o 5—6 ctm. poniżej jego początku. Kamienie, umiejscowione w dolnym końcu moczowodu, KRÖNLEIN radzi usuwać za pomocą cięcia pęcherzowo-moczowodowego.

Prof. KOLACZEK (Wrocław) przytacza dwa przypadki kamicy nerkowej: w jednym z nich kamień usunięto z moczowodu tuż u miedniczki nerkowej, chory jednak zmarł wskutek postępującej mocznicy; w drugim zaś przypadku miał mówca do czynienia z ropniami nerki na tle kamicy u kobiety, dotkniętej ciężką zamaciczną — przypadek ten zakończył się szczęśliwie po krwawym zabiegu.

D-r ZOUBEK (Berlin) mniema, że cięcie nerki powinno na $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ ctm. przechodzić w tył po za linię zwykłego cięcia na oględzinach pośmiertnych, gdyż w ten sposób udostępniamy najlepiej miedniczkę nerkową.

D-r ALSBERG (Altona) przytacza przypadek, w którym usunął kamień z moczowodu.

D-r LAUENSTEIN (Hamburg) jest zdania, że zdjęcia RÖNTGEN'a przynoszą korzyść rozpoznawczą nie tylko w przypadkach kamieni szczawianowych, lecz i fosforowych. Niekiedy w kamicy nerkowej należy dokonać usunięcia nerki (przypadek mówcy).

D-r KÜMMEL (Hamburg) poleca, z wyjątkiem spraw ropnych, tylne sączkowanie nerki od strony moczowodu, pęcherza i cewki; nerka zostaje zupełnie zaszyta. Dokładność zdjęcia RÖNTGEN'a jest zależna od tuszy chorego.

Prof. ISRAEL (Berlin) nie wypowiada ostatecznego zdania o wartości zdjęć RÖNTGEN'a w kamicy nerkowej; obrazy, otrzymane przez niego, były zawsze niewyraźne; być może, że techniczne wykonanie zdjęć stoi wyżej w Hamburgu, niż w Berlinie. Co się tyczy przypadku KRÖNLEIN'a, to przy nieznacznych rozmiarach kamieni niepodobna ich wyczuć za pomocą palców; przy jednej nerce cięcie jej jest tembardziej wskazane, gdyż chodzi tu o zmniejszenie wewnątrznerkowego ciśnienia; cięcie miedniczki przy ropniach nerki uważa mówca za zbyteczne.

II. D-r KÜMMEL (Hamburg). Określanie czynnościowych zdolności nerek przed krwawym zabiegiem.

Istnieją dwa sposoby określania czynnościowego stanu nerek w stosunku do rękoczynu operacyjnego: cewnikowanie moczowodów i ustalenie fizycznych własności krwi i moczu. Co się tyczy pierwszej metody, to mówca nie uznaje jej znacznego niebezpieczeństwa: ALBARRAN na 1000 chorych nie widział ani razu zakażenia tą drogą. Pamiętać jednak należy, że u niektórych chorych niepodobna wykonać cewnikowania moczowodów. Z drugiej zaś strony, np. w gruźlicy nerek, metoda ta nie daje często tak pewnych danych, jakby to się zdawać mogło. Mówca przytacza przypadek, w którym miał do czynienia z gruźlicą jednej nerki i zmętnieniem moczu z drugiej; po usunięciu gruźlicą zajętej nerki, powoli mocz z drugiej nerki stał się klarownym. Drugi sposób określania czynnościowego stanu nerek polega na ustaleniu ilości mocznika i punktu zlodowacenia (zamarznięcia?) krwi i moczu (oddzielnie wspólnego z obu nerek, oddzielnie zaś z każdej osobno): zmniejszenie się ilości mocznika z 20 grm. do 16 grm. w przeciągu 24 godzin stanowi przeciwwskazanie dla krwawego zabiegu — wskaźnik ten jednak jest nie pewny. Więcej zasługuje na uwagę oznaczanie punktu zamarznięcia krwi i moczu według sposobu van t'HOFF'a, KORANYI'ego, SENATOR'a i innych: jeśli czynność nerki jest niewystarczająca w stosunku do przemiany materii, stopień zlodowacenia krwi (normalnie niższy od takiegoż stopnia wody przekropionej) znacznie opada. Mówca objaśnia przytoczone dowody odpowiednimi zestawieniami na tablicach. Omawiana metoda zyskuje tembardziej na wartości, że ISRAEL rozszerza zakres działalności w chirurgii nerek i na t. zw. wewnętrzne jej cierpienia.

III. Prof. BARTH (Gdańsk). Uwagi w sprawie rozpoznawczego cięcia nerki.

Mówca jest zwolennikiem cięcia przez wypukłą powierzchnię nerki zarówno w celu usunięcia kamieni, jak dla rozpoznania innych jej cierpień, jednakże ostrzega słuchaczy przed zgorzelą mięszu nerkowego wskutek zranienia naczyń; niekiedy bezpośredni skutek takiej zgorzeli stanowi zator płucny. Cięcie ZOUDECK'a nie chroni od takiego zejścia. Badania BRATZ'a wykazały, że cięcie nerki wywołuje w niej poważne zmiany, np. sprawy wsteczne, dające się wykazać nawet po 7 latach.

Dyskusya.

Prof. ISRAEL (Berlin) przypisuje zgorzel mięszu nerkowego w przypadkach BARTH'a nie cięciu nerki, lecz zbyt mocnemu ściśnięciu brzegów rany przez szew; rozległe zmiany, znajduwane w nerce, podległej niegdyś zabiegowi, przypisuje mówca również innym czynnikom.

Prof. BRAUN (Getynga) uważa cięcie nerki za zabieg niekiedy nader trudny, a nawet niemożliwy ze względu na silne zrosty z sąsiednimi narządami i przytacza przypadek raka nerki z jednoczesnym białkomoczem z drugiej nerki. Po dokonaniem wyłuszczeniu nowotworu wraz z nerką, powoli ustąpiły objawy moczniczy, które groziły życiu chorego w pierwszym czasie po operacyi. Chory zmarł w pół roku potem z powodu zapalenia płuc grypowego, powikłanego przez mocznicę.

IV. Prof. KRÖNLEIN (Zürich). Przypadek niezwykłego guza nerki u 35-letniej kobiety; mówca rozpoznał u chorej raka nerki i z tego powodu dokonał wyłuszczenia jej. Badanie drobnowidzowe wykazało teratoid nerki. Jednocześnie KRÖNLEIN dzieli się ze słuchaczami wiadomością, że chora, którą przedstawił w zeszłym roku na zjeździe wraz z usuniętą wielokomorową włókniako-torbielą nerki jest zupełnie zdrowa: ogólnie mniemamy, że torbiele nerki są cierpieniem obustronnem.

V. Prof. ENDERLEN (Marburg) dzieli się ze słuchaczami wynikami swej doświadczałnej pracy w sprawie plastycznego przeszczepiania jelita do pęcherza.

VI. D-r AUSCHÜTZ (Wrocław) przedstawia 18-letniego chłopca, u którego prof. MIKULICZ dokonał z powodu *ectopia vesicae* zamknięcia pęcherza za pomocą plastycznego przeszczepienia jelita. 12 ctm. długi odcinek jelita przyszył MIKULICZ do ściany brzusznej, wyodrębniwszy go od pozostałej zawartości jamy brzusznej; po 4 tygodniach połączono omawiane jelito z pęcherzem i zaszyto otwór w ścianie brzucha. Następczy plastyczny zabieg w celu utworzenia cewki moczowej umożliwi choremu noszenie odpowiedniego przyrządu; pęcherz jest w stanie pomieścić 100 ctm. sz., mocz jest przezroczysty, kwaśny i zawiera śluz z jelita.

Dyskusya.

Prof. TRENDELENBURG (Lipsk) jest zdania, że w każdym przypadku udaje się wprost za pomocą szwu połączyć brzegi szczeliny pęcherzowej i osiągnąć w ten sposób u chorych możliwość zatrzymywania moczu w przeciągu dwóch godzin. Mówca przedstawia zdjęcia fotograficzne dwóch chorych chłopców w wieku lat $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$, u których dokonał zabiegu w wyżej wspomniany sposób; obaj są zupełnie zdrowi i posiłkują się odpowiednim przyrządem dla wywierania ciągłego ucisku na pęcherz. Dla umożliwienia zrostu brzegów szczeliny pęcherzowej po dokonany szwie mówca za pomocą odpowiedniego przyrządu usuwa najmniejsze ilości moczu z pęcherza, wywierając jednocześnie silny ucisk na kości biodrowe. W celu otrzymania stałego zbliżenia się kości biodrowych, mówca próbował wykonać na miejscu przeciętego spojenia łonowego nieznaczne złamanie, a następnie stałą kostną.

Prof. MIKULICZ (Wrocław) mniema, że nie zawsze udaje się osiągnąć zamknięcie szczeliny pęcherzowej za pomocą zwykłego szwu. W przypadku TRENDELENBURG'a mówca nie mógł dopatrzeć się zupełnego wyzdrowienia.

Prof. REHN (Frankfurt n. M.) zwraca uwagę, że polecany przez MIKULICZA zabieg został podany przez PASSAVANT'a.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= KRÖNLEIN opisuje nieznaną dotąd w literaturze przypadkę wrzodu żołądka pochodzenia urazowego. Chory uderzony został widłami w okolicę żołądka, poczem nastąpiły bóle, wymioty i chudnienie. Przy operacji znaleziono zwężenie odźwiernika; owrzodzenie tegoż było bardzo rozległe i głębokie. (D. M. Z. 34—99).

= LANDAU zaleca tannopinę jako środek bardzo skuteczny w biegunkach u dzieci; zawiera on 87% tanniny i 13% urotropiny. (Heilk. 12—98)

= Badania BEARD'a nad grasicą wykazały, iż w narządzie tym u płodu najwcześniej tworzą się leukocyty, a mianowicie z nabłonków. Ztąd leukocyty wędrują do krwi i innych narządów i tworzą w pewnych miejscach zaczątki narządów chłonnych. Im bardziej te ostatnie się rozwijają, tem bardziej

zmniejsza się czynność grasicy aż do zupełnego jej zaniku. (Lancet 3—99).

= We krwi zwierząt otrutych kwasem węglanym znalazł CARRIÈRE liczne komórki eozynofilowe. To nasuwa mu myśl, że wzmożona liczba takich komórek w niektórych chorobach dróg oddechowych, być może, również zależy od zatrucia gazem węglanym. (Soc. de biol. 18. 2. 99).

= PEARSON spostrzegł brak obu *patellae* u trójga spokrewnionych dzieci: dwojga rodzeństwa i jednej ich kuzynki. (Lancet. 8. 99).

= Po ciężkim krwotoku porodowym de JERSEY wykonał wlewianie roztworu soli do odbytnicy. Już po kilku minutach pojawiło się tętno, przedtem niewyczuwalne, i wróciła przytomność. (Lancet. 25—98).

P.

Wiadomości bieżące.

— IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W poprzednim spisie umieszczono przez pomyłkę wykłady d-ra Edwarda Zielińskiego z Warszawy w niewłaściwej sekcji, co poniżej będzie sprostowane.

Zgłoszono w dalszym ciągu następujące wykłady:

W sekcji III. 13) d-r Edward Zieliński (Warszawa): Znaczenie drobnoustrojów w wywoływaniu pewnych zjawisk geologicznych. (287)

W sekcji IX. 1) P. Jan Drége (Warszawa): Fabrykacja mydeł. (292)

2) P. Koskowski (Lwów): Organoterapia. (293)

W sekcji X. D-r Wład. Biegański (Częstochowa): Analiza psychologiczna pewników logiki. (35)

W sekcji XIII. 17) D-r Edward Zieliński (Warszawa): Zmiany rozwojowe w ustroju suchotników. (285)

18) 19) D-r Adam Chełmoński (Warszawa): c) Wpływ podniet nerwowych na przebieg gruźlicy. b) O samoistnem nieurazowem złamaniu żeber u chorych gruźliczych i charłacznych. (294/5)

20) D-r M. Sadowski (Warszawa): Przyczynę do kazuistyki nowotworów oskrzeli. (296)

21) 22) D-r Fr. Rajkowski (Ciechanów gub. Płocka): a) Przyczynę do leczenia cukromoczu szpikiem kostnym. b) Leczenie zapalenia miedniczek nerkowych błękitem metylowym. (297/8)

W dziale chorób dzieci: 23) Bohdan Korybut Daszkiewicz: *Morbus coeruleus et transpositio vasorum cordis completa.*

24) 25) D-r Julian Kramszyk (Warszawa): a) O zatruciu ługiem sodowym u dzieci. b) O rumieniu nawrotującym, podobnym do płonicy. (300/1)

W sekcji XIV, A. 54—55) D-r A. Mincer (Paryż): a) O leczeniu zwężeń cewki moczowej. b) O zakażeniu moczowem. (302/3)

56—58) D-r B. Motz (Paryż): a) Stosunek nowotworów pęcherza do nowotworów gruczołu krokowego i odwrotnie. b) O interwencji chirurgicznej przy nowotworach pęcherza. c) Przyczynę do nauki o „prostatyzmie“. (304—306)

Porównaj Sekcja XVI. 14 (316).

W sekcji XV. 17) P. S. Essigman (Warszawa): Spostrzeżenia kliniczne i badania bakteryologiczne nad działaniem niektórych środków przeciwnie-nych przy leczeniu zębów bezmiazgowych.

18) 19) P. Klein (Warszawa): a) Odciągadło zwierciadłowe policzka (nowy przyrząd, ułatwiający rękoczynny na zębach trzonowych). b) Zgryzadło bezgipsowe (nowy przyrząd, uruchamiający szczęki sztuczne). (308/9)

20) 21) Doc. d-r W. Łepkowski (Kraków): a) Nowy sposób osadzania mostków do zdejmowania. b) Unaczynienie zębów u ludzi. (310/1)

W sekcji XVI. 10) d-r Wład. Kopytowski (Warszawa): Przyczynę do zmian anatomo-patologicznych w półpaścu (*herpes zoster*). (312)

11—13) D-r B. Motz (Paryż) a) O gruczolach cewki. b) O poronnym leczeniu rzeżączki. c) O rozpoznawaniu i rokowaniu w niektórych rodzajach przewlekłego zapalenia cewki. (313—315)

Na posiedzenie wspólne z sekcją XIV, A. 14) d-r B. Motz: O gruczolicy nerek. (316)

W sekcji XVII. 8) D-r Edward Zieliński (Warszawa): Strach, jako czynnik wywołujący nerwice. 9) D-r Chodźko (Paryż): W sprawie t. zw. objawu paluchowego Babińskiego (*phenomène des or-teils*). (317)

W sekcji XIX. 34) 35) D-r A. Sołowij (Lwów): a) O postępach w leczeniu przetok moczowych. b) W sprawie atonii macicy po porodzie i o wartości tamponowania przy atonicznych krwotokach. (318/9)

36) D-r T. Praschil (Lwów): Przyczynę do usadawiania się, przebiegu i leczenia ciąży zamacicznej. (320)

Wykład zamierzony w czasie wycieczki balneologicznej po Zjeździe, — w Krynicy: 37) D-r Julian Aronsohn (Krynica): Balneoterapia i mechanoterapia w stosunku do eksudatów około- i przy-macicznych, jako też wynikłych z tego powodu zbroczeń w ułożeniu macicy i jej części dodatkowych. (321)

W sekcji XX. 13—16) Prof. d-r W. Sieradzki (Lwów): a) O działaniu formaldehydu na krew i na barwnik krwi. b) O hematynie w rozczynach obojętnych. c) Wynaczynienia krwi ze względu na czas ich powstania. d) 15 przypadków śmierci z powieszenia (322 — 325).

17) 18) D-r H. Kloysy (Lwów): a) O mierzeniu ciałek czerwonych krwi celem oznaczenia pochodzenia tejże. b) Zmiany w przewodzie pokarmowym w otruciu karbolem. (326—327)

W sekcji XXIV. D-r Doliński (Przemysł): Postulaty fizycznego wychowania dziewcząt. (328)

Porównaj nadto S. XV. 15 (290). D-r Rossberger (Jarosław): Znaczenie badań dentystycznych dla higieny szkoły.

Na posiedzeniu zbiorowym w sprawie gruźlicy zapisał się do głosu w dyskusji d-r Boral (Riviera).

W sekcji XVII. 10) D-r M. Nartowski (Kraków): Wpływ jadów błoniczych na komórki nerwowe, zmiany i regeneracja tychże pod wpływem surowicy przeciwbłoniczej. (329)

11—13) D-r J. Zanietowski junior (Kraków), a) O voltaizacji (wedle własnych doświadczeń z kliniki Jolly'ego w Berlinie i Kraft-Ebinga w Wiedniu). b) O wartości elektryzowania żołądka i kiszek (wedle własnych doświadczeń z kliniki Rosenheima w Berlinie i polikliniki Osera w Wiedniu). c) O myotonii, myastenii i tetanii (studium porównawcze z klinik Nothnagla, Mendla i Goldscheidera). (330—332)

14—15) D-r Bregman (Warszawa): a) O wymiotach kałowych w histeryi. b) O nowotworach mózdzku. (333/4)

16—18) Prof. d-r J. Prus (Lwów): a) O umiejscowieniu ośrodków ruchowych w korze mózdzku. b) O drogach ruchowych pozapiramidalnych. c) O zakrzepie zatoki jamistej (*sinus cavernosus*) opony twardej mózgu. (335—337)

19—20) D-r W. Męczkowski (Warszawa): a) Przyczynę do nauki o tężycze. b) (Tytuł podany będzie później). (338/9)

W sekcji XIII. 26) D-r Fr Błoński (Spiczynce w kijowskiem): O potrzebie wprowadzenia w powszechne użycie oleju rycynowego rezorcyno-salolowego. (340)

W sekcji XII. 9) D-r Jerzy Brunner: O stosunku toksyny do antytoksyny. (341)

Kraków 4 czerwca 1900.

Ciechanowski

Sekr. kom. gosp. (Wielopole 4).

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów cennik wód mineralnych „Contrexeville“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою, Варшава, 15 Юня 1900 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.