

# 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 drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

**Adres Wydawcy:** Jasna Nr. 6.

**Adres Redaktora:** Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.** Przypadek przymiotu mózgo-rdzeniowego, przebiegający z podwyższeniem ciepłoty. Podał F. Białokur. (Dokończenie). — Teżyczka jawna i utajona u dzieci (Tetania manifesta et larvata). Podał M. Kraushar. (Dokończenie). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 75. Istota i leczenie rozmięczenia kości (osteomalacia), ze sprawozdaniem o dwóch przypadkach leczonych fosforem. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 29 maja r. b. — XXIX zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie (18—21 kwietnia) (Ciąg dalszy). Streścił, d-r Ant. J. Goldman (Łódź). — DROBNIJSZE 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. Sajowski. 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 PRZYMOTU MÓZGO - RDZENIOWEGO, przebiegający z podwyższeniem ciepłoty.

Podał

**Franciszek Białokur,**

lekarz praktykujący w Jalcie.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 26).

Podobne stałe podwyższenie ciepłoty w przymiocie mózgo-rdzeniowym, trwające rok cały, przedstawia swojego rodzaju *unicum*. Przynajmniej z monografii o przymiocie mózgu i rdzenia (GOLDFLAM, OPPENHEIM i ORŁOWSKI) widać, iż nawet przejściowe podwyższenie ciepłoty w przymiocie mózgo-rdzeniowym stanowi objaw dość rzadki.

OPPENHEIM w tej sprawie tak mówi:

„Na mocy własnych spostrzeżeń mogę powiedzieć, co następuje: *meningitis basilaris syphilitica* przebiega zwykle bez gorączki (oczywiście, wyłączyć tu należy podniesienie ciepłoty, w ostatnim okresie, przed konaniem). Nieznaczne i atypowe podwyższenia ciepłoty spotykamy nie tak znów rzad-



ko (od czasu do czasu z nieprawidłowemi przerwami ciepłota podnosi się do 38,5°). Nie można więc, wprawdzie, odrzucać zdania, że w tem cierpieniu występuje znaczna gorączka. Wogóle jednak zdarza się to tak rzadko, że w tych razach należy przede wszystkim pomyśleć o jakimś powikłaniu, a zwłaszcza o pomyłce w rozpoznaniu. Nie ulega wątpliwości, że sprawa przymiotowa może wywołać podobną gorączkę, o ile dotknie mostu WAROL'a i rdzenia przedłużonego: uszkodzeniem tych części mózgu, jak wiadomo, często towarzyszą objawy gorączkowe“.

Na innym miejscu OPPENHEIM mówi, iż „silna, długotrwała gorączka nie należy do obrazu klinicznego przymiotu na wypukłości półkul (*meningo-encephalitis convexitatis*)“.

Wreszcie OPPENHEIM sceptycznie zapatruje się na przypadki z gorączką, podane przez GOLDFLAMA, twierdząc, iż podwyższenie ciepłoty w nich mylnie uzależniono od przymiotu.

Większość klinicystów (podług OPPENHEIM'a) również uważa za fakt stwierdzony, iż cierpienie przymiotowe opón od innych podobnych postaci, zwłaszcza zaś od *meningitis tuberculosa*, różni się właśnie brakiem objawów gorączkowych.

HEUBNER wspomina, iż niekiedy „choć bardzo rzadko“ zjawia się w tych razach umiarkowana, a nawet silna gorączka.

WUNDERLICH ze swej strony twierdzi, iż cierpieniom przymiotowym mózgowia może towarzyszyć gorączka o typie przestankowym.

RUMPF tak mówi: „podwyższenie ciepłoty w przymiotowych cierpieniach układu nerwowego spotykamy nadzwyczaj rzadko; występuje ono tylko w pierwszej chwili ogólnego zakażenia organizmu i zlewa się z opisanym przez LANG'a i SCHNABL'a okresem podrażnienia opón mózgowych, kiedy organizm dopiero co zaczął nasiąkać jadem przymiotowym. Podwyższenie ciepłoty towarzyszy również późniejszym postaciom przymiotowego zajęcia opón, lecz wtedy ciepłota nie dochodzi zwykle do znacznej wysokości, i tem poniekąd różnią się one od innych postaci zajęcia opón mózgowych.

O tem, do jakiego stopnia niektórzy autorowie trzymają się uporczywie zdania, iż cierpienia przymiotowe mózgu koniecznie przebiegać muszą z prawidłową ciepłotą, świadczy spostrzeżenie (Nr. 6) ORŁOWSKIEGO z kliniki prof. KOŻEWNIKOWA. W przypadku tym przymiotu mózgo-rdzeniowego autor w ciągu 3-ch miesięcy spostrzegał wieczorne podwyższenia ciepłoty, wyłączył jakiegokolwiek bądź inne cierpienia, wolał sprawę o pochodzeniu tej gorączki pozostawić otwartą, a nie wspomniał, że spostrzegane podwyższenia ciepłoty mogły zależeć od cierpienia zasadniczego.

Oto w kilku słowach historia tego przypadku:

Mężczyzna lat 38. W trzy miesiące od chwili zakażenia osłabienie *potentiae coeundi*, lekkie zaburzenia w oddawaniu moczu i kału, następnie szereg ataków silnego, lecz przejściowego osłabienia nóg. W 3 miesiące po zakażeniu odrazu zupełne porażenie obu kończyn dolnych ze znieczuleniem i z zupełną niemożnością zatrzymania moczu i kału.

*Status praesens.* (3 miesiące później). Wybitny niedowład spastyczny nóg z nieznacznem obniżeniem czucia; umiejscowianie tych zaburzeń czucia i ruchu przypomina nieco porażenie typu BROWN-SÉQUARD'a; zatrzymanie moczu.

Przebieg. Cierpienie zasadnicze po dawnemu, lecz chory uległ silnemu wyniszczeniu wskutek gorączki, zjawiającej się codziennie w ciągu trzech miesięcy. Należy dodać, iż podczas okresu gorączkowego śledziona mo-



cno obrzmiała, plazmodyi jednak zimniczych pomimo wielokrotnych poszukiwań nie znaleziono wcale.

Nam się zdaje, iż podwyższenie ciepłoty w danym przypadku bez wielkiego naciągania można objaśnić przymiotem układu nerwowego ośrodkowego. Za punkt rozstrzygający służyć tu może brak drobnoustrojów zimniczych, tembardziej iż badań tych dokonywano wielokrotnie przytem w warunkach klinicznych. Obrzmiewanie śledziony również nie przemawia na korzyść jakiejś utajonej zimnicy, gdyż objaw ten spotykamy i w przymiocie.

Lekarze, mający do czynienia z mieszkańcami Kaukazu, u których tak często można spotkać ciężkie postaci zarówno zimnicy, jak i przymiotu, zapewne zauważyli, że niezawsze można odrazu rozpoznać istotną przyczynę przewległego obrzmienia śledziony (*tumor lienis chronicus*). Często wypada nam robić rozpoznanie dopiero *ex juvantibus*. Wielokrotnie przekonano się, że gdy długotrwałe używanie chininy i arszeniku nie wywierało żadnego wpływu na zmniejszenie objętości śledziony, leczenie przeciwprzymiotowe cel ten odrazu osiągało. Wogóle, można powiedzieć, iż u osób, które kiedykolwiek cierpiały na zimnicę śledziona przedstawia *locus minoris resistentiae* i przy następczem drażnieniu jadem przymiotowym często obrzmiewa, symulując tym sposobem cierpienie zimnicze. W dopiero co przytoczonym przypadku ORŁOWSKIEGO również notowano, iż chory pomiędzy 13 a 20-ym rokiem życia miewał napady zimnicy. Na mocy osobistych spostrzeżeń przyszedłem do przekonania, iż uprzednie zakażenie zimnicze usposabia do powiększania się śledziony podczas przymiotu, i dlatego też gotów jestem przypuszczać, że gorączkę i obrzmiewanie śledziony w przypadku ORŁOWSKIEGO również położyć należy na karb przymiotu.

Gorączka, jaką spostrzegaliśmy w naszym przypadku, również była wywołana przez cierpienie przymiotowe układu nerwowego ośrodkowego, gdyż innej przyczyny żadną miarą wynaleźć dla niej nie można.

Lecz czemuż to się dzieje, iż w cierpieniu przymiotowym układu nerwowego niekiedy występuje gorączka, innym razem (najczęściej) brak jej zupełnie?

Wogóle należy zauważyć, iż jad przymiotowy odznacza się niewielką zdolnością do wywoływania gorączki. Lecz w przymiocie układu nerwowego ośrodkowego zawsze możemy sobie wyobrazić takie zmiany w oponach i w samej istocie mózgu (*gumaty, endo- i periarteriitis obliterans*), które w ten lub w inny sposób mogą wpłynąć na odżywianie się ośrodków ciepłotwórczych (termicznych, *resp.* naczyń ruchowych), leżących najprawdopodobniej w okolicy rdzenia przedłużonego lub mostu WAROL'a. Ulubione siedlisko *meningitidis gummosae* stanowi, jak wiadomo, okolica skrzyżowania się nerwów wzrokowych i przestrzeń pomiędzy odnogami mózgowymi — fakt, zaznaczony już przez VIRCHOW'a i stwierdzony przez wszystkich prawie klinicystów, badających przymiot układu nerwowego. Klinika również stwierdza, iż uszkodzeniom mostu WAROL'a lub rdzenia przedłużonego towarzyszą często objawy gorączkowe (OPPENHEIM). Ten fakt, iż w naszym przypadku mieliśmy stale przyśpieszenie tętna, niekiedy napadowo nudności i wymioty, przejściowo — polydipsję i polyurię, które to objawy, podług zdania większości, zależą od uszkodzenia odpowiednich ośrodków w rdzeniu przedłużonym, również za podobnem przypuszczeniem pochodzenia gorączki w naszym przypadku przemawiają.

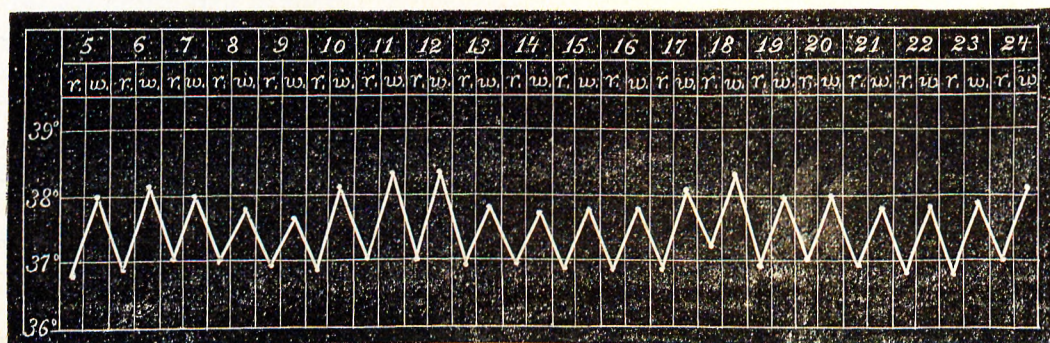


Fizjologia nas uczy, iż przecięcie rdzenia kręgowego w części lędźwiowej, pomiędzy 2-gim i 3-cim kręgiem lędźwiowym, po upływie paru godzin podnosi ciepłotę o 2 do 3-ch stopni. Fakt ten stwierdza, iż układ nerwowy, czy to dzięki odosobnieniu pewnych ośrodków drogą przecięcia, czy też dzięki ich drażnieniu, wywiera znaczną rolę w sprawie wytwarzania ciepła.

Jeżeli przecinać będziemy rdzeń pacierzowy coraz wyżej, to w końcu spotkamy się z faktem, iż oddzielenie rdzenia przedłużonego od części szyjowej rdzenia kręgowego wywołuje wybitne obniżenie się ciepłoty. Jeżeli zaś przetniemy mózg na granicy mostu WAROL'a i rdzenia przedłużonego, otrzymamy znowu podwyższenie ciepłoty. Na mocy tego wypowiedziano przypuszczenie, iż tu właśnie leży ośrodek, hamujący wytwarzanie się ciepła w ustroju. Lecz ten ośrodek termiczny wkrótce uległ krytyce; okazało się, iż miejsce to, w którym ów wrzekomy ośrodek miał się znajdować, wcale nie wpływa na zwolnienie lub przyspieszenie produkcyi ciepła. Przeciwnie, ciepłota podnosi się jedynie przy przecięciu niezupełnem, prawdopodobnie wskutek tego, iż wiele ośrodków, leżących w rdzeniu przedłużonym, a między innymi i ośrodek skurczowy, ulega podrażnieniu.

#### Przebieg gorączki w przypadku przymiotu mózgo-rdzeniowego

(*Febris intermittens quotidiana*). Październik 1899 r.



W takim stanie sprawa ta pozostawała do r. 1885, kiedy RICHET, ARONSOHN, SACHS i GIRARD prawie jednocześnie rozstrzygnęli ją więcej twierdząco i ściśle, a mianowicie, badacze ci stwierdzili, iż ośrodki termiczne i ich antagoniści znajdują się w przedniej części ciała prążkowanego (*corpus striatum*). Z nowych badań doświadczalnych PRUSA („Gazeta Lekarska“ 1899) również okazało się, iż drażnieniu prądem elektrycznym ciała prążkowanego towarzyszy podniesienie się ciepłoty.

MONAKOW (Gehirnpathologie. 1897. str. 276) twierdzi iż wprawdzie ośrodki termiczne nam są również mało znane. jak i sam mechanizm wytwarzania się ciepłoty, niemniej jednak stwierdzono doświadczalnie, że drażnienie pewnych okolic mózgu, np. ciał prążkowanych i niektórych części w okolicy pasa ruchowego, wywołuje podniesienie się ciepłoty.

Tak więc nie ulega żadnej wątpliwości, iż drażnienie niektórych okolic mózgu jest w stanie podwyższyć ciepłotę ciała. Przymiot mózgo-rdzeniowy stwarza właśnie warunki, sprzyjające drażnieniu owych ośrodków (*gumma, arteriitis, phlebitis, meningitis*), i dla tego też nadmierny sceptycyzm w sprawie istnienia przymiotowej gorączki tylko szkodę rozpoznaniu przynosi.



Rzecz prosta, że chory, dotknięty przymiotem, może zachorować na jakąkolwiek chorobę gorączkową. Lecz jeśli raz już wyłączyliśmy wszystkie inne cierpienia, to będziemy w najzupełniejszej zgodzie z logiką, skoro zgodzimy się na przymiotowe pochodzenie gorączki, czyli t. zw. przymiotową „hypertermię“ (nazwa, zaproponowana przez MEISSEN'a<sup>3)</sup> dla gorączek nietoksycznych). Walczyć z nią oczywiście powinniśmy na tych samych zasadach, na jakich pokonywamy inne objawy przymiotu.

## Tężyczka jawna i utajona u dzieci

(*Tetania manifesta et larvata*).

Podał

**MAKSYMILIAN KRAUSHAR**

asystent szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 26).

Zdaniem HAUSER'a poprzedza tężyczkę zazwyczaj nieokreślona obawa czegoś, niepokój ogólny. Na kilka dni przed wybuchem cierpienia dzieci śpią niepokojnie i niedostatecznie, często się budzą, rzucają się we śnie, zrywają. Zimne poty zależą według niego od krzywicy. Podług GOLDSCHIEDER'a poprzedzają tężyczkę ból i zawrót głowy, rozmaite uczucia rzekome, zmiany naczynioruchowe i nieznaczna gorączka. Poty zaś występują zwykle po napadzie. BIEGAŃSKI wbrew HAUSER'owi utrzymuje, że poty nie są objawem krzywicy, lecz należą do obrazu chorobowego tężyczki.

Na podstawie własnego, niestety, zbyt szczupłego dla wysnucia pewnych wniosków materiału, jesteśmy skłonni mniemać, że tężyczka występuje nagle, bez żadnych zgoła objawów zwiastunnych. Dzieci, zdrowe lub nieznacznie zaburzeniem czynności żołądkowo-kiszczowych dotknięte, zaczynają nagle, ni stąd ni zowąd, podczas przebudzenia, krzyku, płaczu, kaszlu i t. p. „pisać“ albo „zanosić się“, jak opowiadają matki. Jestto niemal jedyny objaw, zniewalający matkę do szukania porady lekarskiej, objaw, znany pod nazwą kurczu głośni (*laryngospasmus s. spasmus glottidis*).

Zwyczaj szukania objawów tężyczki utajonej u dziecka, dotkniętego kurczem głośni, rozpowszechnił Loos, gdy w lutym 1890 roku spostrzegł u podobnego dziecka skurczone tężcowo mięśnie dłoni. Od owego czasu stwierdzał on u wszystkich dzieci, cierpiących na kurcz głośni, obecność innych objawów tężyczki utajonej. Streścił on wyniki swoich spostrzeżeń w energicznym: „kein Laryngospasmus ohne Tetaniesymptome“.

Czy dałoby się z równą słusnością odwrócić to zdanie i powiedzieć, że niema wogóle tężyczki (jawnej czy utajonej) bez jednoczesnego występowania napadów kurczu głośni, trudno przesądzać. To jedno stwierdzić mogliśmy, że we wszystkich dziewięciu naszych przypadkach tężyczki jawnej był kurcz głośni bądź w wywiadach, bądź też w czasie badania. Co zaś dotyczy tężyczki utajonej, to jedynym jej objawem, objawem, który skłaniał nas do szukania objawu TROUSSEAU'a, CHVOSTEK'a i t. p., był zawsze kurcz głośni, donośnie rozlegający się podczas płaczu i krzyku badanego dziecka.

<sup>3)</sup> MEISSEN. Berl. f. Klin. Woch. 1898. Nr. 23 i 24.



Słuszność twierdzenia, że niema kurczu głośni bez objawów tężyczki utajonej, orzekli między innymi i CHEADLE, ESCHERICH, J. KRAMSZTYK. Natomiast BAGINSKY, FISCHL i inni spostrzegali nieraz napady kurczu głośni bez możliwości wywołania objawów tężyczki utajonej.

Naszem zdaniem, jest to zupełnie możliwe, jeno wniosek zbyt pośpieszny. Istotnie, raz jeden, pomimo zapewnień matki o „zanoszeniu się i pianiu“ dziecka, nie mogliśmy stwierdzić istnienia napadów kurczu głośni, ani objawów tężyczki, lecz już po kilku dniach byliśmy w stanie naocznie przekonać się o kurczu głośni, lekki zaś ucisk, wywarty na spłot naczyń nerwowy ramienia, powodował silny kurcz tężcowy mięśni badanej kończyny. Widoczne więc, że kurcz głośni, jakoteż objawy tężyczki ulegają wahaniu co do swego natężenia, siły i napięcia; mogą one uleść chwilowemu zawieszeniu lub nasileniu. Podczas osłabienia sprawy chorobowej możemy nie mieć ani napadu kurczu głośni, jakkolwiek wywiady niezbitnie stwierdzają jego istnienie, ani objawów tężyczki utajonej, natomiast podczas nasilenia choroby mamy i jedno i drugie w całej okazałości.

Zastrzedz się winniśmy, że nie mamy tu bynajmniej na myśli owego przelotnego, krótko trwającego i nagle występującego kurczu głośni, jaki towarzyszy zazwyczaj przedostaniu się obcego ciała do krtani albo silnemu płaczowi dziecka; nie idzie też nam tu o często spostrzegany kurcz głośni w okresie kurczowym krztuśca, w ostrym nieżycie krtani lub w przebiegu dławca rzekomego; mowa tu jedynie i wyłącznie o kurczu głośni, pojawiającym się nagle u dziecka zdrowego, w pewnym określonym wieku (pomiędzy 3 a 30 miesiącem życia) i w pewnej tylko porze roku (zimą i wiosną przeważnie). Kurcz ten występuje bez żadnej widocznej przyczyny, podczas płaczu, krzyku, kaszlu, a nawet spokoju; trwa nader krótko (kilka sekund zazwyczaj), powraca często w postaci krótkotrwałych napadów, których bywa 10—30 w ciągu dnia i powoduje częstokroć zejście niepomysłne wskutek zaduszenia.

Wielu badaczy (NIL, FILATOW, ELSAESSER, JACOBI, HENOCH, HEUBNER) przypuszcza istnienie ścisłej współzależności pomiędzy kurczem głośni a krzywicą. Zajmuje on pierwsze miejsce w ułożonym przez SZEGÖ szeregu objawów nerwowych, towarzyszących krzywicy. Przypuszczając zależność kurczu głośni od miękkogłowa (*craniotabes s. craniomalacia*), usiłował COMBY wywołać jego napady za pomocą ucisku, wywieranego na odwapnione miejsca potylicy, lecz bezskutecznie. Przekonał się on też wkrótce, że kurcz głośni występuje nie tylko u dzieci, dotkniętych miękkogłowie, lecz i u takich, u których niepodobna znaleźć śladów krzywicy. Wnosi on ztąd, że pomiędzy obydwoma temi cierpieniami zachodzi prawdopodobnie ten tylko związek, że jedno i drugie zawdzięcza swe powstanie jakiemś zaburzeniu w trawieniu albo samozakażeniu ustroju. Przeczy temu mniemaniu KASSOWITZ, gdyż spostrzega obie te choroby u dzieci z prawidłowo funkcjonującym przewodem pokarmowym, u dzieci zaś wyniszczonych, dotkniętych przewlekłym nieżytem żołądka i kiszek, nie widuje on ani kurczu głośni, ani krzywicy. Zdaniem jego — istnienie przekrwienia zapalnego kości czaszkowych w krzywicy nie ulega żadnej wątpliwości. Przypuszczać więc się godzi, że podobnej sprawie ulega i część kory mózgowej i ośrodków nerwowych, w następstwie czego zjawia się kurcz głośni. O takim, a nie innym stanie rzeczy świadczyć ma uleczalność zarówno krzywicy, jako też kurczu głośni pod wpływem stosowania fosforu, czego nie widzimy w innych nerwicach (płśawica, padaczka i t. p.). Słowem, kurcz głośni — krzywica — tężyczka stanowią nierozdzielny, w ścisłym związku przyczynowym pozostający łańcuch, którego boczne ogniwa spaja środkowe (krzywica). Również MONTI widzi w kurczu głoś-



śni jeno powikłanie krzywicy. FILATOW utrzymuje że jest on jednym z przejawów krzywicy (podobnie jak np. *craniotabes*).

Już powyżej stwierdziliśmy współrzędne istnienie krzywicy i tężyczki. Istotnie zastanawiającem jest, że u wszystkich dzieci, dotkniętych tężyczką, znajdujemy wybitne zmiany krzywiczne. Tem nie mniej niepodobna było stwierdzić wpływu postaci krzywicy na siłę, natężenie lub trwanie tężyczki. Umyślnie dzieliliśmy obraz kliniczny tężyczki jawnej i utajonej na 3 grupy: ciężką, średnią i łagodną. Do pierwszej grupy zaliczaliśmy przypadki, w których oprócz objawów tężyczki jawnej i kurczu głośni mieliśmy powtarzające się od czasu do czasu napady drgawek ogólnych (*eclampsia*), do drugiej — przypadki kurczu głośni (a więc tężyczki utajonej) wraz z drgawkami ogólnymi, wreszcie do trzeciej — przypadki tężyczki utajonej, uzewnętrzniającej się wyłącznie za pomocą napadów kurczu głośni. Niezależnie od powyższych stoi grupa, obejmująca przypadki tężyczki jawnej, nie powikłanej napadami drgawek ogólnych. Najliczniej reprezentują nasze przypadki grupę trzecią, najmniej pokaźnie przedstawia się grupa I, jak to widać z następującej tabelki:

Wiek dzieci w miesiącach	4	6	9	12	15	18	21	26	Liczba przypadków	
Laryngospasmus + eclampsia + tetania manifesta . . . . .			1	1			1			
Laryngospasmus + eclampsia . . . . .		2	5	2	2			1		
Laryngospasmus (wzgl. tetania larvata) . . . . .	1	3	4	4	5	4				
Laryngospasmus + tetania manifesta . . . . .			1		1	2	2			

Przeciwno utożsamianiu kurczu głośni (pośrednio więc i tężyczki) z krzywicą wogóle, a odwapnieniem kości czaszkowych w szczególności, powstaje w ostatnich czasach cały szereg poważnych badaczy. ESCHERICH np. uznaje pomiędzy wzmiankowanymi cierpieniami tylko tę łączność, że obydwą powstają o jednej porze roku na podobieństwo jakichś zjawisk meteorologicznych i że dotyczą dzieci pewnego, określonego wieku. Najbardziej rzuca się w oczy stosunkowo nieznaczna liczba dzieci, dotkniętych kurczem głośni, w porównaniu z przeraźliwie wielką liczbą dzieci krzywicznych. Jakaś wzmiankowali, zaledwie 0,8% dzieci poniżej lat dwu cierpi na tężyczkę bądź jawną, bądź też utajoną, odsetka zaś dzieci, dotkniętych krzywicą, wynosi w Warszawie bez mała 60%! Gdyby więc kurcz głośni istotnie zależał od krzywicy, spostrzegalibyśmy go bez porównania częściej, aniżeli to ma miejsce w rzeczywistości.

Wreszcie FISCHL słusznie zwraca uwagę na odmienną naturę tych cierpień. Gdy kurcz głośni ma charakter choroby ostrej, mniej więcej szybko przemijającej, w lecie wyjątkowo tylko spostrzeganej, krzywica natomiast jest cierpieniem przewlekłym, które trwa lata całe, a podczas miesięcy letnich ulega tylko nieznacznemu zwolnieniu.

Na czem właściwie polega istota kurczu głośni, tego nie usiłuje FISCHL rozwiązać. Przypuszczalnie jest to — albo skurcz odruchowy, przez bodźce zewnętrzne wywoływany, o czem świadczyć się zdaje zbyt częste występowanie tego cierpienia podczas słońca i zimna, albo następstwo bezpośredniego, przez przekrwienie kości czaszkowych lub opon mózgowych wywołanego podrażnienia tych części kory mózgowej, w których, zdaniem SEMON'a, HORSLEY'a i KRAUSE'go



z jednej, a UNVERRICHT'a i PREOBRAŻEŃSKI'ego z drugiej strony, mieści się siedlisko ruchu strun głosowych, bądź też odmianą drgawek ogólnych w rozumieniu TROUSSEAU'a, HEUBNER'a i CHADLE'go.

Ostatnie przypuszczenie nie wydaje nam się pozbawionem racji bytu, gdyż podejrzenie podobnego pokrewieństwa pomiędzy drgawkami ogólnymi a kurczem głośni widoczne jest w myślach nawet tych spostrzegaczy, którzy obstają przy utożsamianiu kurczu głośni z krzywicą, że wspomniemy EICHHORST'a, który przy kurczu głośni opisuje drgawki kloniczne mięśni rąk i nóg, albo SACUS'a, który w przebiegu kurczu głośni widuje często skurcze przepony brzusznej, mięśni oddechowych, mięśni dłoni i stopy (*spasmus carpo-pedalis*), a nawet drgawki ogólne. Robi to wrażenie bezwiednego spostrzegania objawów tężyczki przy napadzie kurczu głośni. Zdaje się, że obraz kliniczny kurczu głośni zyskałby wiele na wyrazistości, gdyby w owych przypadkowych niby drgawkach mięśniowych rąk i nóg uznać chciało się przejawy tężyczki. Zdarzało się nam bowiem niejednokrotnie zauważyć, że objaw TROUSSEAU, przez pewien przeciąg czasu w przebiegu kurczu głośni zjawiający się tylko pod wpływem ucisku na odpowiedni splot naczynio-nerwowy, przy sprzyjających okolicznościach, a właściwie podczas nasilenia kurczu głośni, występuje jawnie i samoistnie. Tem, jak przypuszczam, dałoby się wytłomaczyć owe „skurcze mięśni dłoni i stopy“, spostrzegane w przebiegu cierpienia, któremu zaprzeczają znaczenia objawu tężyczki utajonej.

HAUSER również przypuszcza, że kurcz głośni jest tylko odmianą drgawek ogólnych, od których różni się on co do stopnia i natężenia chyba tem, że nie dotyczy całego narządu ośrodkowego, lecz tylko, albo przeważnie, ośrodka dla muskulatury głośni.

CHADLE upatruje pomiędzy kurczem głośni, tężyczką a drgawkami ogólnymi taki sam stosunek, jaki zachodzi pomiędzy stopniem równym (*positiv*), wyższym (*comparativ*), a najwyższym (*superlativ*), czyli że są to stany zasadniczo pokrewne, lecz co do stopnia i natężenia różne. Na zasadzie zwolnienia i nasilenia kurczu głośni w zależności od osłabienia lub wzmożenia się innych objawów nerwowych przypuszcza ESCHERICH, że kurcz mięśni oddechowych powstaje w ten sam sposób, co i przestankowe drgawki toniczne innych grup mięśniowych. Istotnej więc różnicy pomiędzy nimi niema.

Pozostawiając przyszłości rozstrzygnięcie sprawy zależności kurczu i głośni od krzywicy lub też przynależności jego do symptomatologii tężyczki, zaznaczyć musimy, że od czasu, gdy, za radą LOOS'a, szukamy objawów tężyczki utajonej u dzieci, u których nagle, pośród zupełnego zdrowia, pojawił się kurcz głośni, stale spostrzegamy objaw TROUSSEAU. Objaw ten powstaje po kilku sekundach albo po 1—2—3 minutach po ucisku odpowiedniego splotu naczynio-nerwowego. Ucisk powinien być energiczny i stały, gdyż wszelkie zwolnienie, nawet słabe, może pozbawić nas pożądanego skutku, polegającego na tem, że badana kończyna przybiera niezmiernie charakterystyczny układ. Kształt dłoni przypomina dłoń lekarza podczas badania ginekologicznego, stąd nazwy: *main d'accoucheur*, *Geburtshelferstellung*. Wywoływanie objawu TROUSSEAU jest widocznie niezmiernie dla dziecka bolesnem, gdyż reaguje ono na nie stale płaczem, krzykiem i usiłuje wyrwać kończynę badaną. Wyprostować palców skurczonych podczas napadu niepodobna, po zaniechaniu zaś ucisku na główny pień tętniczy czy nerwowy badanej kończyny, dłoni (względnie stopa) przybierają natychmiast kształt normalny. Niezmiernie rzadko nie udaje się wywołać objawu TROUSSEAU w czasie badania dziecka, dotkniętego kurczem głośni. Zależy to,



zdaniem naszym, od osłabienia siły rąwy chorobowej, od jej chwilowego, że tak się wyrażę, zawieszenia.

Raz jeden, jakżeśmy to zaznaczyli powyżej, nie byliśmy w stanie na razie objawu TROUSSEAU wywołać, lecz po upływie pięciu dni otrzymaliśmy objaw ten po kilkosekundowym zaledwie ucisku spłotu naczyń nerwowego ramienia.

Czy jednak wywołanie objawu tego jest dostateczne i wystarczające do rozpoznania tężyczki utajonej? W encyklopedyi EULENBURG'a czytaliśmy, że objaw ten bywa spostrzegany u osobników nie neuropatycznych, BIEGAŃSKI widywał go w drżączce porażennej (*paralysis agitans*), BLASIECK obserwowował go u 14-letniego młodzieńca, dotkniętego histeryą (w danym przypadku kurcze tężycowe mięśni rąk i nóg występowały obustronnie, pomimo że ucisk był wywierany na główny pień tętniczy czy nerwowy ramienia lub jamy podkolanowej z jednej strony).

W ogólności jednak przeważa zdanie, że, z wyjątkiem łatwych do rozpoznania chorób układu ośrodkowego i tężca, spostrzegany bywa objaw TROUSSEAU tylko w tężyczce, wraz z którą sam ginie, lecz może być wywołany w okresie jej utajenia.

Co się tyczy stałości występowania tego objawu, istnieją również sprzeczne zdania. HAUSER nie mógł go wywołać w jednym przypadku, w którym stwierdził obecność kurczu głośni i wzmożonej pobudliwości nerwowej i mięśniowej na prąd elektryczny stały i przerywany. Zresztą, podobnie jak w moim przypadku, objaw TROUSSEAU wystąpił po kilku dniach. ERB również raz jeden nie był w stanie wywołać tego objawu, LOOS — kilkakrotnie, BERGER — trzykrotnie na 26 przypadków tężyczki, FRANKL-HOCHWART dwukrotnie na 22 przypadki, wreszcie GANGHOFNER stwierdził brak objawu TROUSSEAU w czasie badania w sześciu przypadkach skurczu głośni na ogólną liczbę 105. FILATOW zarzuca objawowi TROUSSEAU niestałość w tężyczce (nie podaje: jawnej czy utajonej?) u dzieci, dla GOLDSCHIEDER'a objaw ten jest stanowczo patognomoniczny.

Drugim stałym, a pod względem rozpoznawczym ważniejszym może od poprzedniego objawem tężyczki utajonej u dzieci jest wzmożenie pobudliwości elektrycznej mięśni i nerwów. Z powodu trudności, z którymi połączone jest badanie elektryczne dzieci wogóle, a leczonych ambulatoryjnie w szczególności, nie byliśmy w możności szukać objawu ERB'a u wszystkich chorych, dotkniętych tężyczką. Zaznaczyć tylko możemy, że u nielicznej garstki dzieci z tężyczką, badanej pod względem elektrycznym, stale stwierdzaliśmy obecność tego objawu.

Początkowo dokonywano badania elektrycznego u dzieci, dotkniętych tężyczką, w stanie uśpienia chloroformowego, lecz z biegiem czasu przekonano się, że można się obejść bez uśpienia, gdyż udaje się zazwyczaj łagodnością i cierpliwością przemodź niepokój, upór i nieufność dziecka. Wynikiem badań podobnych było ustalenie faktu, że stale spostrzega się wzmożenie pobudliwości nerwowej i mięśniowej na prąd elektryczny stały i przerywany u dzieci, dotkniętych tężyczką, i że wzmaganie się i osłabianie owej pobudliwości idzie, za wyjątkiem nielicznych przypadków, równoległe, jakkolwiek nie we wszystkich grupach mięśniowych w jednakim stopniu, do siły i napięcia samej tężyczki. Nadpobudliwość elektryczna dosięga swego szczytu przy samodzielnych kurczach tężycowych mięśni.

Niezmiernie charakterystycznie dla tężyczki utajonej zachowuje się, zdaniem ESCHERICH'a, kurcz tężycowy przy zamykaniu katody (KSTe), gdyż występuje już przy prądach o sile 5,2 MA, a nawet przy 1,0 MA (na nerwie twarzo-



wym), u dzieci zaś normalnych niema go nawet przy użyciu bardzo silnych prądów (20,0 MA i więcej). Uważa on KSTe za objaw wczesny (Frühsymptom), gdyż występuje on już wtedy, kiedy skurcz przy zamknięciu katody nie zdradza wcale wzmożenia pobudliwości elektrycznej. Nie zgadza się z tem zapatrywaniem THIEMICII. Utrzymuje on, że objaw ten jest niepewny i niestały i nie powinien żadną miarą wyłączać próby skurczu przy otwieraniu katody. Na zasadzie skrupulatnie przeprowadzonych doświadczeń dochodzi THIEMICII do następujących wniosków:

	KSZ	AnSZ	AnÖZ	KÖZ
Dla tężyczki jawnej . . . . .	0,63	1,11	0,55	1,94
„ utajonej . . . . .	0,70	1,15	0,95	22,3
„ wygasłej . . . . .	1,83	1,72	>2,3	>7,9
MANN zaś podał dla dzieci normalnych	1,41	2,24	3,63	8,22

Liczby dla kurczu przy zamykaniu katody są w tężyczce przeważnie niższe, aniżeli u dzieci normalnych. Prawie stale daje się spostrzegać przewagę kurczu przy otwieraniu anody (AnÖZ) nad kurczem przy jej zamykaniu (AnSZ). Najcharakterystyczniej zachowuje się kurcz przy otwieraniu katody (KÖZ), gdyż przy prądach o sile mniej niż 5,0 MA występuje on wyłącznie u dzieci, dotkniętych tężyczką, przy prądach zaś 5,0 MA i wyżej — w stanie normalnym. O wartości KSTe już mówiliśmy wyżej.

Do badania pobudliwości mięśni i nerwów na prąd foradyczny nie przywiązuje on żadnej wagi, gdyż dla dzieci normalnych odnośne cyfry wynoszą 120—101 mm RA, dla dotkniętych zaś tężyczką 100—7130.

Wartość rozpoznawcza objawu ERB'a dla tężyczki utajonej nie jest jeszcze jednogłośnie uznawana. Gdy, zdaniem HAUSER'a, jest to objaw najstalszy i przede najważniejszy („Die Erhöhung der galvanischen Erregbarkeit ist das constanteste und damit wichtigste Symptom der Tetanie“), przeczy ESCHERICH, by był najważniejszy, jakkolwiek jest najstalszy. Według FISCHL'a istnienie tego objawu stwierdza tylko rozpoznanie, na podstawie innych danych już dobyte, lecz sam przez się objaw ten o rozpoznaniu nie stanowi. Natomiast GANGHOFNER'owi wystarczy do rozpoznania tężyczki utajonej jego obecność nawet wtedy, gdy nie można wywołać objawu TROUSSEAU. Jestto zgodne z wynikami badań THIEMICII'a, który wykazał, że pobudliwość wzmożona nerwów i mięśni na prąd galwaniczny może trwać dłużej, niż możność wywoływania objawu TROUSSEAU.

Następnym co do częstości i ważności objawem tężyczki utajonej jest wzmożenie pobudliwości mechanicznej nerwów, zwłaszcza nerwu twarzowego (objaw CHVOSTEK'a). Wartość rozpoznawcza tego objawu jest względna, gdyż nie tylko w tężyczce utajonej daje się spostrzegać. Przypominam sobie, że z łatwością występował objaw ten u jednego z kolegów z ławy uniwersyteckiej, żadnem zgola cierpieniem nerwowem nie obarczonego. THIEMICII spostrzegał objaw CHVOSTEK'a u dzieci bardzo młodych, u których niepodobna było stwierdzić charakterystycznego dla tężyczki wzmożenia pobudliwości elektrycznej. HAUSER spostrzegał go pomiędzy innymi u trojga dzieci zdrowych i u sześciorga, dotkniętych krzywicą. BAGINSKY, ESCHERICH, FISCHL obserwowali wzmożoną pobudliwość mechaniczną nerwu twarzowego u osobników, u których nie było śladu tężyczki. Niemniej przeto spotykamy w encyklopedyi EULENBURG'a pogląd, że nie objaw TROUSSEAU'a, lecz CHVOSTEK'a wraz z drgawkami ogólnymi i pewnymi zaburzeniami czucia jest wystarczający do rozpoznania tężyczki utajonej.



Częstość spostrzegania objawu CHVOSTEK'a w tężyczce utajonej jest rozmaita u różnych badaczy. Loos spostrzegał go prawie stale na wysokości choroby, KRAMSZTYK tylko w połowie przypadków swoich, myśmy go widzieli 31 razy. Zaznaczyć się godzi, że wywołanie tego objawu jest połączone z wielu trudnościami. Dziecko przy badaniu jest niespokojne, płacze, krzywi się, marszczy podczas uderzania młotkiem lub palcem po nerwie twarzowym i wprost uniemożliwia wywołanie pożądanego efektu. Przy roztropności i cierpliwości lekarza udaje się dopiąć celu, lecz nie zawsze, przy badaniu zaś ambulatoryjnym wynik bywa przeważnie ujemny. Zresztą, obecność tego objawu, wobec możliwości obserwowania go u ludzi zdrowych, ma wartość tylko względną i wraz z innymi objawami może rozpoznanie tężyczki utajonej ustalić, lecz sam go nie stanowi.

\* \* \*

Na podstawie powyższego rozpoznanie tężyczki nie przedstawia żadnych zgoła trudności. Tężyczkę jawną rozpoznajemy na zasadzie przestankowych skurczów tężcowych pewnych grup mięśniowych, przeważnie ręki, rzadziej nogi, jeszcze rzadziej ramienia, uda, tułowia. Kurcz głośni budzi w nas podejrzenie istnienia tężyczki utajonej. Podejrzenie przechodzi w pewność, gdy stwierdzamy istnienie objawu TROUSSEAU'a i ERB'a, a przy okolicznościach sprzyjających — i CHVOSTEK'a.

Tężyczka jawna czy utajona przebiega przewlekłe. Lżejsze przypadki przebiegają w przeciągu kilku dni albo tygodni, cięższe trwają miesiące całe. Widywaliśmy przypadki tężyczki, które z nastaniem lata, zdawało się, zakończyły się pomyślnie, by na wiosnę wybuchnąć z poprzednią siłą.

Rokowanie bywa przeważnie pomyślnie. Jedynie tylko przypadki, powiklane cierpieniem płuc lub narządów trawienia, budzą obawę co do życia.

Leczenie, wobec tego, że nie znamy przyczyny bezpośredniej powstawania tężyczki, musi z natury rzeczy być skierowane przeciw przyczynom pośrednim. Celowem wydaje mi się stosowanie leczenia przeciwkrzywiczego, gdyż, jakieśy to wzmiankowali, wszystkie dzieci z tężyczką dotknięte też były współcześnie krzywicą. Po za tem, o ile niema specjalnych wskazań do leczenia oddzielnych narządów (płuca, kiszki, żołądek), należy dążyć ku osłabieniu natężenia oddzielnych objawów tężyczki (wodan chloralu, bromek sodu, bromek potasu i t. p.) tudzież ku wzmocnieniu sił ustroju (odwar kory chinowej, tran, fosfor w tranie, kąpiele, odpowiednie wskazówki dyetetyczne i higieniczne i t. p.).

---

Literatura główniejszych dzieł i rozpraw, któremi posługiwałem się przy pracy niniejszej:

Cassel. Ueber Tetanie und Rhachitis. Comby. Beziehungen zwischen Rhachitis und Krampferscheinungen. Spraw. z XI zjazdu międzynarod. Uffelmann. Kurzgefasstes Handbuch der Kinderheilkunde. 1893 r. Sachs. Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters (tłom. niem.) 1897 r. Hartcop. Zur Phosphor-Behandlung (Münch. med. Woch. Nr. 17 z 1896 r.). Blasiack. Pseudotetanie vorgetauscht durch Hysterie (Wiener klin. Woch. Nr. 19 z 1896 r.). Eichhorst. Pathologia i terapia chorób wewnętrznych (tłom. ros.). Biedert. Podręcznik chorób dzieciennych (tłom. ros.). Świętecki. Gazeta Lekarska. 1891 r. Kramszytk J. Tężyczka samoistna u dzieci. Medycyna. 1892 r. Nr. 35 i 37. Kramszytk J. Kurcz głośni jako objaw tężyczki. Medycyna. Nr. 19. z 1893 r. Escherich. Ueber das Wesen und Vorkomen der Tetanie im Kindesalter. Berl. klin. Woch. Nr. 40 z r. 97. Loos. Ueber den Spasmus glottidis. Sprawozdanie z XIII zjazdu pedyatrow we Frankfurcie nad Menem w r. 1896. Kalischer. Ueber Tetanie im Kindesalter



Jahrb. f. Kind. Tom 42. Zeszyt 3—4. Fischl. Tetanie, Laryngospasmus und ihre Beziehungen zur Rhachitis. Spraw. z XIII zjazdu pedyatrow we Frankfurcie nad Menem w 1896 r. Hauser. Ueber Tetanie der Kinder. Berlin. klin. Woch. Nr. 35 z 1896 r. Filatow Nil. Semiotika i diagnostika dietskich bolezniej. Moskwa 95 r. Frankl-Hochwart. Die Tetanie. Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde. prof. A. Eulenburg. Dieulafoy. Rukowodstwo k wnutriennej patologii (tłom. ros. 1899 r.). Thiemich. Ueber Tetanie und tetanoide Zustände im ersten Kindesalter. Jahrb. f. Kind. Zeszyty 1—2 z r. 1900. A. Goldscheider. Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems. Berlin. 1897.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

75. A. LITTAUER. **Istota i leczenie rozmięczenia kości (osteomalacia), ze sprawozdaniem o dwóch przypadkach leczonych fosforem.** Odczyt ten wygłoszony został przez autora w lipskim towarzystwie lekarskim, przyczem przedstawił on dwie leczone przez siebie chore; jedna z nich, chora od 6 lat, spostrzegana była przez L. w ostatnich  $2\frac{1}{4}$  roku, druga przez kilka ostatnich miesięcy. Pierwsza, której stan był nader ciężki, mogła już po kwartale długie odbywać przechadzki, a po  $\frac{1}{2}$  roku swobodnie tańczyła, chociaż w początkach leczenia każdy krok sprawiał jej nieznośne cierpienia. Druga, chora od lat 13-u, mniej cierpiała od pierwszej, a po kilku miesiącach stan jej również znacznie się poprawił.

W chorobie tej kości ulegają skrzywieniu, a wyleczenie nie jest w możności wyprostować zgiętych już kości, lecz zapobiega dalszemu rozwojowi i usuwa bóle.

Obie chore autora, jedna panna, druga mężatka, są bardzo niskiego wzrostu, każda z nich bowiem w czasie choroby straciła na wysokości, panna o głowę stała się niższą, mężatka o 15 — 20 ctm. Zmniejszenie się wysokości ciała zależy od skrzywienia kręgosłupa lub kości biodrowych. Nadto u obu chorych miednica wydłuża się w kształcie dzioba ku przodowi, tak iż spojenie łonowe ostro wyskakuje pod skórą, stanowiąc cechę bardzo znamionną.

Rozpoznanie jest trudne w początkach choroby, gdy tylko osłabienie mięśniowe, rozdrażnienie nerwowe i bolesność kości wskazują początek tego cierpienia. Trochę później chód chorych charakterystycznie się zmienia, stając się podobnym do chodu kaczki, przyczem chore bardzo mało unoszą nogi ku górze i bardzo niewielkie robią kroki. Chora panna, powyżej wspomniana, na odbycie pewnej przestrzeni używała godzinę czasu w początku choroby, po prawie zaś tylko kwadrans. Skutkiem tych objawów zazwyczaj lekarze fałszywie robią rozpoznania, podejrzewając chore o dnę, gościec, histeryę i t. p.

Sądzone dawniej, że choroba ta powstaje tylko w dolinach niektórych rzek, lecz w ostatnich latach ogłoszono wiele przypadków z najrozmaitszych okolic i krajów; co ważniejsze, że w niektórych dolinach, uważanych dawniej za siedlisko tej choroby, wygasła ona obecnie, np. w Gumersbach pod Kolonią.

Liczba przypadków *osteomalacii* wzrasta z roku na rok zapewne dlatego, że lekarze, lepiej poznawszy cierpienie, częściej je rozpoznają, niż dawniej. Przed 40 laty zebrał LITZMANN z całej literatury zaledwie 142 przypadki, podczas gdy LATZKO sam jeden spostrzegwał w ostatnich kilku latach 120 tego rodzaju chorych w Wiedniu. NEUMANN zebrał z Węgier, uważanych dawniej za odporne przeciw tej chorobie, — 53 przypadki.

Cierpienie to w wszelkim może powstać wieku, u dzieci (u ssawców nie widziano dotychczas), u dorosłych i u starców, najczęściej jednak zdarza się w okre-



się działalności płciowej. Nawet u mężczyzn widzimy tę chorobę, acz rzadko, HAHN zestawil jednakże 42 przypadki *osteomalacii* męskiej, z których 15 zostało potwierdzonych przez sekcję.

Ciąże mają bez wątpienia znaczny, choć nie stanowczy wpływ na powstawanie choroby u osób płci żeńskiej; bardzo wiele jednak dziewcząt i kobiet, które nigdy w ciąży nie były, zapadało na rozmiękczenie kości. Do szeregu takich należą też oba przypadki autora. Osteomalacya, powstająca u kobiet, które nie były w ciąży, przebiega zazwyczaj cięższej, niż u tych, które ronily lub rodziły; zajmuje ona większą liczbę kości, napastując przeważnie kręgosłup i kończyny, mniej zaś miednicę.

Przyczyny powstawania osteomalacii tego rodzaju są jeszcze ciemne: reumatyzm, wilgoć w mieszkaniach, złe odżywianie, przeważnie roślinne pokarmy, poprzedzające ciężkie choroby, wstrząśnienia psychiczne — oto sprzyjające pobudki. W wielu jednak przypadkach brak tych przyczyn, a badania krwi i przemiany materii też nie wskazują żadnej zmiany, charakterystycznie właściwej dla osteomalacii. Najczęściej rozwija się ta choroba podczas ciąży, rzadziej w połogu. W miarę rozwijania się ciąży wzmagają się bóle i inne objawy choroby, po porodzie zaś zmniejszają się, a niekiedy nawet ustępują zupełnie. Niekiedy następuje wtedy zupełne wyzdrowienie, lub też choroba trwa dalej, a przy nowem zapłodzeniu wzmaga się na nowo, dając objawy cięższe nawet, niż podczas poprzedniej ciąży.

Nierozstrzygnięto dotychczas, dlaczego ciąża usposabia ku tej chorobie. Wedle anatomicznych badań HANAU'a nawet fizjologicznie podczas ciąży przybytek tkanki kostnej mniejszy jest od ubytku. Wiadomo także, że i niektóre roślinno-żerne zwierzęta podczas ciąży i karmienia ulegać mogą rozmiękczeniu kości (krowy, kozy, żyrafy).

W dawniejszych czasach w leczeniu tej choroby stosowano tran, *vinum colchici*, węglan i fosforan wapna (*pulvis Hassii*), słone kąpiele, poprawiano warunki higieniczne i zabraniano zajścia w ciążę. Przekonawszy się przypadkowo, że usunięcie macicy wraz z jajnikiem doskonale wpłynęło na poprawę, poszedł FEHLING jeszcze dalej i zalecił wytrzebienie (*castratio*), jako metodę leczniczą przy osteomalacii. Najnowsze statystyki potwierdzają znakomite działanie tej operacji, którą wykonywają lekarze nawet u dziewczic; wedle TRAZZI'ego metoda ta daje 83% wyleczeń i 5,6% popraw, gdy dawniej zadawano się 20% wyzdrowień.

Operacja działa niemal cudownie, niekiedy już w kilka godzin po zabiegu chore są w stanie podnosić nogi, których poprzednio poruszyć nie były w stanie. Niektórzy przypisywali nawet tak szybkie działanie poprostu wpływowi chloroformu i uspienia na chore. Samo jednak chloroformowanie lub podawanie chloralu wcale nie działało kojąco na bóle osteomalatyczne, zaś operacja wytrzebienia, wykonywana bez chloroformu, lecz pod eterem lub przy znieczulaniu metodą SCHLEICH'a, również doskonale dawała wyniki.

Pomimo tego skrzętne poszukiwania nie wykazały w jajnikach tych chorych nic takiego, coby mogło wytłomaczyć istotę danej choroby.

Dotychczas zatem wpływ wytrzebienia na poprawę rozmiękczenia kości zupełnie nie jest naukowo wytłomaczony, i cała sprawa obraca się w kole przypuszczeń i teorii, z których jedna dowodzi, że kastracya przyspiesza klimakteryum i skutkiem tego sprowadza kurczenie się i twardnienie miękkich części kości, FEHLING zaś utrzymuje, że jakieś nieznanne cierpienie jajników powoduje osteomalacyę, usunięcie ich zatem sprowadza wyzdrowienie; trzecia teoria



KEHRER'a głosi, że jajniki wytwarzają jakieś ciało chemiczne, działające rozpuszczająco na fosforany i węglany w tkankach kostnych:

Oprócz radykalnego środka—wytrzebienia, należy u chorych kobiet spróbować przedtem podawania fosforu, który, wedle świadectw MOSENGEIL'a i STERNBERG'a, w niektórych przypadkach sprowadzał zupełne wyleczenie w osteomalacji (podobnie jak i w krzywicy u dzieci. Przyp. spr.).

Dawka dzienna fosforu wynosi 2—5 miligramów, czas używania bardzo długi, całymi miesiącami. Przewlekłego zatrucia fosforem nie spostrzegano dotychczas ani razu; raz jeden widziano natomiast śmiertelne zejście przy zastosowaniu potrójnej maksymalnej dawki, t. j. 15 miligramów na dzień zamiast pięciu.

Gdy fosfor nie działa — pozostaje wykonanie wytrzebienia; zdarzało się i odwrotnie, że niektóre chore, nie poprawiwszy się po wytrzebieniu, zawdzięczały swe wyleczenie fosforowi, podawanemu już po operacji. Dwa przypadki autora leczone były fosforem i oba wyzdrowiały; w cięższym przypadku podawał on przeciętnie 0,0017 dziennie w początkach choroby, a 0,0024 *pro die* w późniejszych okresach. O ilości, podawanej w lżejszym przypadku, nie ma wzmianki.

(*Therapeutische Monatshefte*, 1900, Heft 3).

L. W.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 29 maja r. 1900.

TREŚĆ: 1) Fr. NEUGEBAUER — przedstawienie chorej z meningocoele sacralis anterior. 2) H. ODERFELD przedstawienie: a) chorej po operacji usunięcia kamieni żółciowych z pęcherzyka i po częściowej rezeceji płata wątroby, b) chorej po usunięciu wola kostnego i c) chorej z guzem na szyi. 3) J. STREINHAUS — przedstawienie preparatów drobnowidzowych wola. 4) St. KOPCZYŃSKI — przedstawienie chorego z hemiatetozą w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego. 5) Wł. KRAJEWSKI — „O rozpoznawaniu i leczeniu perityphlitis“.

1) Kol. NEUGEBAUER przedstawił 22-letnią kobietę, która została skierowana do niego przez kol. FIDLER'a z powodu obecności guza w jamie małej miednicy. Chora skarży się jedynie na to, że miewa wypróżnienia raz na trzy lub cztery tygodnie i to zawsze przy pomocy środków przeczyszczających. Przy badaniu kol. NEUGEBAUER znajduje jamę małej miednicy wypełnioną przez chleboczący duży guz, który wychodzi z przedniej powierzchni kości krzyżowej (*ossis sacri*). Guz odpycha odbytnicę, pochwę oraz cewkę i pęcherz moczowy ku przodowi, unosząc jednocześnie macicę ku górze. Hymen posiada dwa otwory. Przy badaniu dokładniejszym kol. NEUGEBAUER znalazł podwójną pochwę oraz *uterus didelphys*, palec z trudem dochodzi do każdej szyi macicznej, które leżą na wysokości 4 ctm. powyżej spojenia łonowego. Guz leży stosunkowo nisko i nawet wytłacza cokolwiek okolice pozaodbytniczą ku przodowi.

Kol. NEUGEBAUER rozpoznaje w danym przypadku *meningocoele sacralis anterior*.

2) Kol. ODERFELD przedstawił 36-letnią kobietę, która od 6 lat cierpiała na bóle w dołku, przychodzące napadami. Przed 3 laty chora miała żółtaczkę, która powtórzyła się przed kilku miesiącami. Na kilka tygodni przed wstąpieniem do szpitala chora poroniła. Od tego też czasu bóle bywały coraz gwałtowniejsze, zwłaszcza przed każdym jedzeniem. Przy badaniu wyczuwano pod prawym łukiem żebrowym kulisty, dość ruchomy guz. Po otworzeniu jamy brzusznej okazało się, że guz, który wyczuwano, był to wydłużony prawy płat wątroby. Pęcherzyk żółciowy był mały, żośnięty z odźwiernikiem i okrężnicą poprzeczną. Z pęcherzyka usunięto 30 kamieni różnej wielkości. Następnie wykonano



rezekcyę płata (wielkości 15 ctm.  $\times$  10  $\times$  3) wątroby przez obklucie. Stan chorej po operacyi był groźny. Po 4 tygodniach jama wypełniła się ziarniną.

Obecnie chora jest prawie zdrowa, pozostała tylko przetoka niewielka. Napadów bólu chora nie miewa.

Następnie kol. ODERFELD przedstawił 58-letnią kobietę, której usunął guz wielkości jaja kurzego, znajdujący się na czole nad lewym oczodołem. Przy operacyi znaleziono zagłębienie w kości. Wytrepanowano więc krążek kości i wycięto resztki guza na oponie twardej. Badanie drobnowidzowe guza wykazało budowę normalną wola.

Wreszcie kol. ODERFELD przedstawił 18-letnią kobietę, która od pół roku zauważyła z lewej strony szyi w głębi stwardnienie, jednocześnie z tem zaczęło występować pewne ograniczenie w ruchach głowy i niejaka przeszkoda przy połykaniu. Przy badaniu dobrze odżywianej chorej wyczuwa się z lewej strony szyi guz, zajmujący z obu stron mięśnie pochyłe (*m.m. scaleni*) i jakby wychodzący z kręgosłupa; guz jest twardy, jak kość. Badanie palcem przez usta wykazuje wypuklenie trzonów kręgów szyjowych. Rozpoznanie charakteru guza pozostawia kol. ODERFELD w zawieszeniu.

3) Kol. STEINHAUS przedstawił preparaty drobnowidzowe guza kości czołowej, operowanego przez kol. ODERFELDA.

Kol. STEINHAUS zaznacza, że nie tylko guzy złośliwe gruczolu tarczowego dają często przerzuty kostne, lecz również bywa to i przy prostych przerostach gruczolu; przerzuty te nie posiadają budowy raka, lecz mają budowę normalnego gruczolu tarczowego. Tkanka gruczolu tarczowego odznacza się niestłuchaną żywotnością i może być implantowana z powodzeniem. Przedostanie się więc cząsteczki tkanki gruczolu do krwiobiegu i zatrzymanie się jej w jakimś naczyniu włosowatym może wystarczyć, by cząsteczka ta rozrosła się nawet do wielkości guza. Przedstawiony guz uważa kol. STEINHAUS za wytwór naturalnej implantacji cząsteczki normalnego gruczolu tarczowego.

4) Kol. KOPCZYŃSKI przedstawił przypadek hemiatetozy w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego.

Przypadek dotyczył 10 letniego chłopca, który pochodzi z rodziny zdrowej. W drugim roku życia zapadł on, według opinii lekarzy, na zapalenie mózgu. Następstwem tego był lekki niedowład lewej połowy ciała, głównie zaś zaburzenia ruchowe przeważnie w lewej ręce i w lewej stopie. Ruchy te miały charakter ruchów mimowolnych, były ciągłe, polegały to na nadmiernym, przytem zwykle niejednoczesnym rozginaniu lub zginaniu palców w pojedynczych stawach, to na zginaniu lub rozginaniu całej ręki, niekiedy na odprowadzaniu lub przyprawadaniu przedramienia a nawet ramienia. W lewej stopie, ustawionej nieco jako *pes equino-varus*, ruchy mimowolne dotyczyły palców, zwłaszcza zaś palucha. Ruchy te trwały bez przerwy; niekiedy kończyny sprawiały wrażenie, że znajdują się w stanie przykurczeń (*spasmus mobilis*), które wciąż charakter swój zmieniały. Po za tem chłopiec czuje się zdrow. Objawy niedowładu lewostronnego są bardzo nieznaczne.

5) Kol. KRAJEWSKI odczytał dalszy ciąg swej pracy o sprawach okołowyrstkowych, omawiając rozpoznanie i leczenie *perityphlitis*.

Kol. KRAJEWSKI pragnąłby zachować nazwę „*appendicitis*“ tylko dla tej niewielkiej części przypadków, w których udziału w cierpieniu wcale nie przyjmują tkanki, otaczające wyrostek. Wszystkie inne przypadki należy nazywać „*periet paratyphlitis*“ lub też „*Epityphlitis*“, gdyż w przypadkach tego rodzaju choroba w wyrostku mogła istnieć oddawna bez żadnych objawów, a chory szuka pora-



dy dopiero w chwili, gdy do udziału w cierpieniu wciągnięte zostały tkanki sąsiednie. Zmiany w tych ostatnich opiewają zupełnie sytuację i od ich natężenia zależy obraz kliniczny, zejście i leczenie.

Następujący podział wydaje się kol. KRAJEWSKIEMU najodpowiedniejszym dla celów praktycznych.

I grupa. Zapalenia wyrostka robaczkowego bez udziału tkanek otaczających. Tu należą: 1) *Appendicitis simplex*: a) *acuta*, b) *chronica*. 2) *Hydrops et empyema processus vermiformis*.

II grupa: Cierpienia, będące po większej części następstwem pierwotnej choroby wyrostka, czasami jednak wywołane przez pierwotne cierpienie kiszki ślepej.

Tu należą: 1) *Peritonitis generalis ex appendicitide*. 2) *Pylephlebitis ex appendicitide*. 3) *Epityphlitis*: A) *acuta*: a) *circumscripta*, b) *progrediens*. B) *chronica*: a) *vulgaris*, b) *tuberculosa*, c) *actinomycotica*. C) *latens*. D) *recurrens*.

III grupa. Cierpienia, naśladujące do złudzenia ostre zapalenie okołowrostkowe, pomimo iż w rzeczy samej wyrostek i jego otoczenie nie przedstawiają żadnych zmian (*Pseudoepityphlitis*).

Tutaj kol. KRAJEWSKI rozebrał kolejno wyszczególnione powyżej formy kliniczne cierpienia.

W końcu prelegent podaje następujące wskazania do operacji:

1) *Appendicitis simplex* należy do terapeuty, o ile nie powtarza się zbyt często. Powtarzające się, chociażby krótkotrwałe cierpienie winno nas skłonić do wykonania operacji.

2) Przypadki rozlanego zapalenia otrzewny należy operować. Szanse wyzdrowienia są tu minimalne.

3) W *epityphlitis acuta circumscripta* należy wstrzymać się od operacji aż do czasu, w którym stwierdzimy bezustanny i szybki wzrost nacieczenia, a z objawów towarzyszących dojdziemy do przeświadczenia, że wśród nacieku wytworzyło się już znaczniejsze ognisko ropy.

4) Stwierdziwszy istnienie w nacieczeniu większego zbiornika ropy, należy natychmiast operować, nie wyczekując dobrowolnego opróżnienia się, gdyż to ostatnie prowadzi często do ciężkich powikłań.

5) W *epityphlitis progrediens* należy operować natychmiast po stwierdzeniu postępującego charakteru sprawy zapalnej.

6) W przypadkach „*epityphlitis latens*“, jeśli po upływie dwóch miesięcy od ukończenia ostrego napadu możemy jeszcze wymacać chociażby niewielkie nacieczenie, to należy zalecać radykalną operację.

7) Wszystkie nawrotowe zapalenia okołowrostkowe należy stanowczo operować.

8) Wszystkie przewlekłe zapalenia okołowrostkowe, z wyjątkiem gruźliczych, należy radykalnie operować. Gruźliczych zapaleń kol. KRAJEWSKI nie radzi operować, co najwyżej, otworzyć ropień, gdy grozi pęknięciem, lub zrobić enteroanastomozę w razie zwężenia światła kiszek.

Odczyt swój zakończył kol. KRAJEWSKI uwagami nad techniką operacyjną i jej modyfikacjami w zależności od okresów choroby, w jakich bywa dokonywana.

Aug. Eoguicki.



## XXIX Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie

(18—21 kwietnia).

Streścić

D-r Ant. J. GOLDMAN (Łódź).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 26).

VII. Prof. OLSHAUSEN (Berlin). Zachowawcze chirurgiczne leczenie mięsaków macicy.

Mówca zwraca uwagę na konieczność pozostawiania jajników przy wyluszczeniu macicy ze względu na występujące szczególnie u młodych chorych, t. z. v. „objawy z braku jajników (Ausfallserscheinungen)“; wielu ginekologów usuwa przy wyluszczeniu macicy nawet zdrowe jajniki, o ile to nie utrudnia zabiegu operacyjnego. Z tego samego względu OLSHAUSEN pozostawia nawet część macicy i jajniki przy mięsakach szyi macicznej. Co się tyczy wyluszczenia mięsaków, to wielu ginekologów obecnie wykonywa je tylko przy pojedynczych mięsakach. Mówca zaś, wykonawszy w przeciągu czasu od 1897—1899 r. 29 wyluszczeń, sądzi, że powodu takiego postępowania innych ginekologów należy szukać tylko w trudności nadpochwowego odjęcia (*amputatio supravaginalis*). OLSHAUSEN stawia znacznie szerzej wskazania do tego zabiegu, a u kobiet, bliskich okresu klimakterycznego, pozostawia nawet *in situ* mniejsze mięsaki. Ważny warunek dobrego wyniku stanowi tu szczelny piętrowy szew łoża mięsakowego. Wogóle mówca należy do zachowawczych ginekologów, ograniczając liczbę swych zabiegów przy mięsakach macicy do 16½% przypadków, w przeciwstawieństwie do 41% u innych autorów.

VIII. D-r LEXER (Berlin) przedstawia chorego z wrodzonymi szczelinami (wrębami) twarzy.

IX. D-r SCHULTHEISS (Wildungen) przedstawia zdjęcia RÖNTGEN'a i preparat niezmiernie wielkiego kamienia pęcherza, usuniętego za pomocą nadłonowego cięcia po uprzednim rozłupaniu w pęcherzu za pomocą dłuta. Kamień ważył po usunięciu z pęcherza 1 funt (niemiecki); w jądrze znaleziono resztki połowego bobu (Feldbohne).

X. D-r REISINGER (Mainz). Przyczynek do leczenia wodonercza. W przypadku powrotnego wodonercza mówca pierwszy raz wytworzył sztuczne połączenie między pęcherzem i wodonerczem „*nephrocystoanastomosis*“. Zwyrodniała wskutek wrodzonego wodonercza nerka leżała w danym przypadku na wzgórzu i na przedniej powierzchni kości krzyżowej, przestrzeń między dolnym jej biegunem i wierzchołkiem pęcherza w stanie umiarkowanego jego napełnienia równała się 3 ctm. Po uprzednim wytworzeniu przetoki wodonercza, wytworzono połączenie między nim i pęcherzem za pomocą dwupiętrowego ciągłego szwu. Chory przedtem zupełnie niezdolny do pracy zupełnie wyzdrowiał.

XI. Prof. BESSEL-HAGEN (Charlottenburg) — przedstawia chorego, któremu usunął śledzionę. W literaturze znalazł mówca 247 przypadków usunięcia śledziony; zejście śmiertelne nastąpiło w 18% przypadków.

XII. D-r BRENTANO (Berlin) — przedstawia chorą, operowaną z powodu martwicy trzustki. Mówca rozpoznał w danym przypadku ropień podotrzewnowy, wykonał zabieg od strony opłucny i dopiero po zbadaniu zmartwiałych tkanek doszedł do przekonania, że miał do czynienia z cierpieniem trzustki; chora dotychczas jeszcze ma 5,9% cukru przy braku zwiększonego łaknienia i pragnienia.



### Posiedzenie p oobiednie.

I. Prof. GLUCK (Berlin) przedstawia dziecko wyleczone z braku kości promieniowej i z dłoni szpotawej.

II. Prof. BESSEL-HAGEN (Charlottenburg). Przyczynek do operacyjnego leczenia torbieli trzustki.

W przypadku torbieli trzustki, zrosniętej z otaczającymi narządami, mówca uprzystępnił sobie pole operacyjne za pomocą cięcia przez obie ściany żołądka. Chory wyzdrowiał.

III. Prof. KEHR (Halberstadt). Nawroty kamicy żółciowej po krwawych zabiegach z powodu tego cierpienia. Mówca wykonał dotychczas 491 razy rękoczynny operacyjny w cierpieniach dróg żółciowych [202 razy — przetokę żółciową (cystostomia) i 82 razy — sączkowanie przewodów żółciowych, a mianowicie dokiszkowego wspólnego i wątrobowego (*choledochus* i *hepaticus*)]. Prawdziwych nawrotów t. j. tworzenia się kamieni po dokładnym ich usunięciu mówca nie widział ani razu. Co się tyczy rzekomych nawrotów cierpienia, KEHR odróżnia nawroty zależne 1) od zapalenia pęcherzyka żółciowego w związku z pozostawionymi kamieniami, 2) od tworzenia się przepuklin i zrostów. Mówca 19 razy pozostawił kamienie *in loco*: mając do czynienia przeważnie z daleko posuniętymi postaciami cierpienia, nie zawsze był w stanie odnaleźć głęboko zaległe kamienie. Przepukliny częściej powstają, zdaniem KEHR'a, po cięciu przewodu dokiszkowego wspólnego i wycięciu pęcherzyka żółciowego niż po utworzeniu przetoki żółciowej; wogóle przepukliny powstały w 7% wszystkich przypadków KEHR'a. Nawroty stanów zapalnych zdarzały się tylko po dokonanych przetokach żółciowych; z tego względu KEHR obecnie znacznie ograniczył liczbę tych zabiegów. Również częściej, niż w innych przypadkach, miał tu do czynienia mówca z zaburzeniami, zależnymi od powstałych zrostów (17% przypadków).

Częste rzekome nawroty kamicy żółciowej dowodzą, iż powinniśmy nasze zabiegi przy tem cierpieniu wykonywać we wczesnych jego okresach. Niestety, chorzy zgadzają się na rękoczyn krwawy tylko przy ciężkich postaciach kamicy, i dla tego też wśród przypadków KEHR'a główne miejsce zajmują—ostry i przewlekły, surowiczy i ropny otok pęcherzyka żółciowego, przewlekłe zamknięcie światła przewodu dokiszkowego wspólnego — postacie kamicy, przebiegające z nadzwyczajnie silnymi t. zw. kolkami żółciowymi. Kończąc swój odczyt, KEHR zaznaczył że w ostrych zapaleniach pęcherzyka żółciowego tworzy on przetokę pęcherzyka żółciowego, a w kamicy przewlekłej wycina zupełnie pęcherzyk, *resp.* jednocześnie sączkuje przewód wątrobowy.

Wyniki rękoczynów KEHR'a są zupełnie zadawalające: rzekome nawroty kamicy następowały w 15% przypadków, prawdziwe — ani razu.

Dyskusya.

Prof. LÖBKER (Bochum) zgadza się zupełnie z KEHR'em co do wykonywania wczesnego usunięcia pęcherzyka żółciowego tembardziej, że na tle kamieni żółciowych powstają, jego zdaniem, wszystkie raki pęcherzyka. Natomiast ogólne wskazania do krwawego zabiegu LÖBKER znacznie ogranicza. W przypadkach prawdziwych nawrotów kamicy mamy do czynienia nie tylko z kamieniami, pozostawionymi w pęcherzyku, lecz i w przewodzie dokiszkowym wspólnym; takie kamienie wędrują często do góry w stronę wątroby. Niedawno LÖBKER usunął z przewodu wątrobowego i rozszerzonych dróg wątrobowych 8, a w drugim przypadku 5 różnej wielkości kamieni. W przypadkach znacznych pooperacyjnych



zrostów i zależnych od tego rzekomych nawrotów kamicy należy wytworzyć połączenie pomiędzy żołądkiem i jelitem (gastroenterostomia).

D-r PETERSEN (Heidelberg) zgadza się ze zdaniem LÖBKER'a i KEHR'a, zaznacza jednak że w przypadkach, gdzie usunięto doszczętnie pęcherzyk żółciowy, niepodobna następczo wytworzyć połączenia między żołądkiem i jelitem (gastroenterostomia).

Prof. KÖRTE (Berlin) obecnie również usuwa w stanie zapalnym znajdujący się pęcherzyk żółciowy. Bóle po zabiegach z powodu kamicy żółciowej są zjawiskiem nader częstym, i dla tego chorzy z nieznacznymi dolegliwościami przed zabiegiem wcale nie czują się lepiej po nim. Z tego względu KÖRTE ograniczył wskazania do krwawych zabiegów w kamicy żółciowej.

Prof. KÖNIG (Berlin) przytacza siebie jako przykład wyzdrowienia z kamicy żółciowej bez wszelkiego zabiegu.

D-r TROJE (Brunświk) w wielu przypadkach uważa jako jedynie wskazane usunięcie pęcherzyka żółciowego. Przepukliny ściany brzusznej widział mówca tylko w jednym przypadku z pośród 27 leczonych za pomocą zabiegu krwawego.

Prof. REHN (Frankfurt) zwraca uwagę że on pierwszy wykonał wycięcie pęcherzyka żółciowego i cięcie przewodu dokieszkowego wspólnego, obecnie jednak ograniczył znacznie wskazania do tego rękoczynu.

IV. D-r FREUDENBERG (Berlin). Dane statystyczne i wykonywanie rękoczynu BOTTINI'ego w przeroście gruczołu krokowego obok przedstawienia przyrządu, umożliwiającego cięcie gruczołu pod kontrolą wzornika pęcherzowego (*Kystoskopischer Prostatincisor*).

Mówca wykonał rękoczyn BOTTINI'ego 77 razy u 61 chorych i doszedł do przekonania, że zabieg ten jest nader użyteczny, aczkolwiek nie pozbawiony niebezpieczeństwa. Z ogłoszonych w prasie 683 przypadków choroby zmarli w  $4\frac{1}{4}$ — $5\frac{1}{2}$ %, żadnego polepszenia nie otrzymano w  $6\frac{1}{3}$ %, w 88% zaś wyniki były „dobre“ ( $\frac{2}{3}$  wyzdrowień,  $\frac{1}{3}$  polepszeń).

Co się tyczy techniki operacyjnej, mówca poleca napełnianie pęcherza jałowem powietrzem, używanie do białości rozpalonego noża, dokładne sprawdzanie od strony odbytnicy położenia dziobu przed wykonaniem cięcia. Przy leczeniu następczem należy wprowadzać na stałe cewnik przy 1) następczych krwawieniach, 2) ropnym moczu, 3) utrudnionem lub zbyt częstym cewnikowaniu. W razie złego wyniku zabiegu należy go wykonać powtórnie. Przyczynę złych wyników stanowi prawie zawsze zbyt płytkie, zbyt krótkie lub w złym kierunku przeprowadzone cięcie; przyrząd, zbudowany przez mówcę i d-ra BIERHOFF'a, umożliwi cięcia długości  $6\frac{1}{2}$  ctm., aczkolwiek zwykle wystarcza długość cięcia  $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$  ctm. (przy zbyt długich cięciach nader łatwo można uszkodzić część błoniastą cewki). Wskaźnik co do długości wymagalnego w danym przypadku cięcia otrzymujemy za pomocą badania od strony odbytnicy przy zwróceniu przyrządu do tyłu; od wyczuwanej długości odejmujemy przy cięciu w tył  $\frac{1}{5}$  ctm., przy cięciu w boki i naprzód  $\frac{1}{2}$  — 1 ctm. Ze względu na to, że część krokowa cewki często bywa wypuklona przez zwiększony gruczoł krokowy, mówca połączył przyrząd BOTTINI'ego z wzornikiem pęcherzowym, aby w ten sposób wykonywać cięcie gruczołu krokowego pod kontrolą oka. Tu mówca przedstawia przyrząd, jak również dwa preparaty gruczołu krokowego; w 13 miesięcy po szczęśliwie i z dobrym wynikiem dokonanym zabiegu BOTTINI'ego chorzy ci zmarli wskutek chorób przypadkowych. Prócz tego mówca pokazuje 2 chorych



w 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—3 lat po rękoczynie z zupełnem wyleczeniem przerostu gruczołu krokowego; jeden z tych chorych podległ uprzednio trzebieeniu bez wszelkiego wyniku.

V. D-r WOSSIDLO (Berlin) również przedstawia przyrząd, zbudowany przez siebie w celu wykonywania rękoczynu BOTTINI'ego pod kontrolą oka.

Dyskusya.

Prof. FRISCH (Wiedeń) ostrzega przed tak optymistycznym poglądem na zabieg BOTTINI'ego: nie zawsze można być pewnym wyniku jego, a przecięcie zwieracza nie może być obojętne. Mówca przytacza opis cierpienia u chorego, który pomimo dokonanego cięcia nadłonowego, kroczonego, usunięcia środkowego i bocznych zrazów gruczołu nie był w stanie oddawać moczu. Po przeprowadzeniu za pomocą przyrządu BOTTINI'ego cięcia do przodu, nastąpiła 14 dniowa niemożność zatrzymywania moczu, następnie jednak chory wyzdrowiał.

D-rzy JAFFÉ (Poznań), TROJE (Brunświk), KÜMMEL (Hamburg) podziwiają zaopatrywania FREUDENBERG'a.

Prof. ZUCKERKANDL (Wiedeń) widział chorego, u którego podczas cięcia nadłonowego nie można było znaleźć żadnego śladu dokonanego przed rokiem przez samego BOTTINI'ego omawianego zabiegu.

D-r FREUDENBERG (Berlin) jeszcze raz poleca rękoczyn BOTTINI'ego.

(C. d. n.).

### Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= CIPRIANI zastosował z doskonałym skutkiem eunatrol (*oelsaures Natron*), w dwu przypadkach kamicy żółciowej, nietylko przerywający napady kolki, lecz wydalający kamienie i usuwający żółtaczkę. Autor tłumaczy działanie środka w ten sposób, że w żołądku rozkłada się on pod wpływem soku i daje płyn oleisty, który równomiernie pokrywa ściany żołądka i dwunastnicy; w tej ostatniej płyn ów drogą odruchową usuwa kurcz, będący główną przyczyną uwięźnięcia kamienia. (D. M. Zg. 17. 7. 99).

= HAAKE spostrzegł u kobiety, 5-ty raz rodzącej, rzadki przypadek wypadnięcia łożyska, prawidłowo umiejscowionego, przed urodzeniem się dziecka. Przyczynowo mogły być brane pod uwagę następujące okoliczności: rzeźączka błony śluzowej macicy, mocne i długotrwałe skurcze macicy, pociąganie łożyska przez znacznie wypukłony pęcherz płodowy. Celem zatrzymania gwałtownego krwotoku należało dokonać wymóżdżenia. (Arch. f. Gynaek. T. 58).

P.

### Wiadomości bieżące.

— IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Ostateczny termin nadsyłania streszczeń wykładów (ile możliwości wprost na ręce sekretarzy odpowiednich sekcji) upływa z dniem 30 czerwca 1900.

Streszczenia nadsyłać należy na ręce sekretarzy odpowiednich sekcji lub na ręce sekretarza Komitetu gospodarczego, a we Lwowie, Poznaniu, Warszawie i Paryżu składać na ręce upoważnionych do tego osób.

Wykłady, których streszczeń na czas nie nadesłano, wolno sekcjom pomijać

przy układaniu porządku dziennego, a komitet gospodarczy nie przyjmuje odpowiedzialności za ich pomieszczenie w „Dzienniku Zjazdu“.

Wkładki uczestnictwa i zamówienia mieszkań przysyłać należy wprost na ręce sekretarza komitetu gospodarczego, a w Warszawie, Poznaniu, Lwowie i Paryżu można użyć pośrednictwa osób, wskazanych w okólniku o Zjeździe.

Zamawiając mieszkanie, należy podać liczbę osób przyjeżdżających, rodzaj mieszkania, jakiego się żąda (hotel czy mieszkanie prywatne, liczbę pokoi) i



cenę, jaką mniej więcej za mieszkanie na dobę się przeznaczą. Pożądane jest podanie daty przyjazdu.

Adres zamówionego mieszkania otrzymają przybywający uczestnicy w biurze komitetu kwatunkowego na dworcu kolei w Krakowie natychmiast po przyjeździe.

W dalszym ciągu zgłoszono:

W sekcji III. 14) P. Henryk Arctowski (Liège): Belgijska wyprawa podbiegunowa i jej wyniki naukowe. (342)

W sekcji VI. 10) Prof. d-r Stoklasa (Praga): O denitryfikacji. (343)

11) D-r Miczyński (Lwów): O glebach okolic Cieszanowa. (344)

W sekcji XI. 10—11) prof. d-r Beck (Lwów): a) Zjawiska elektryczne w rdzeniu pacierzowym (z przedstawieniem urządzenia do fotografowania wahań galwanometru). b) Spostrzeżenia dotyczące się galwanotropizmu. (346/7)

12) Bol. Błażek (Lwów): Nowe spostrzeżenia nad nużeniem się mięśni (z przedstawieniem automatycznego myografu własnego pomysłu). (348)

13) Prof. d-r Szymonowicz (Lwów): Budowa *zonae pellucidae*. (349)

14) N. Gąsiorowski (Lwów): Zmiany w budowie ciałek dotykowych pod wpływem drażnienia, przecięcia nerwu i działania kokainy. (350)

15) K. Hornung (Lwów): O zakończeniach nerwowych we włosach zwyczajnych i dotykowych. (351)

16—17) Prof. d-r N. Cybulski (Kraków): a) W sprawie badania wahań wstecznego. b) O zależności siły elektrobodźczej nerwów od rozmaitych warunków. (252/3)

18) Doc. d-r Kryński (Kraków): O czynności przysadki mózgowej. (354)

19) D-r S. Maziarski (Kraków): O budowie gruczołów ślinowych (z przedstawieniem modeli woskowych). (355)

20) D-r J. Sosnowski (Kraków): Przyczynę do fizjologii układu nerwowego w szczęźni (*Anodonta mut*). (356)

21) D-r M. Kirkor (Kraków): Zmiany fizjologiczne w naczyniach mięśni podczas ich skurczu. (357)

22—23) Prof. d-r K. Kostanecki (Kraków): a) Dojrzwianie i zapłodnienie jajka „*Cerebratulus marginatus*“ (z demonstracjami preparatów). b) Demonstracja preparatów zapłodnionych jajek „*Myrostoma glabrum*“ . (358/9)

24) D-r St. Kaczyński (Kraków): Demonstracja całkowitego odwrotnego

układu wnętrzości z rzadką nieprawidłowością w przebiegu naczyń żylnych. (360)

25—26) D-r A. Bochenek (Kraków): a) O elementach nerwowych w przysadce zwierząt kręgowych (z przedstawieniem preparatów). b) O budowie elementów nerwowych w różkach ślimaka (z przedstawieniem preparatów). (361/2)

27—28) D-r E. Godlewski jun. (Kraków): a) O rozmnażaniu jąder w mięśniach prążkowanych kręgowców (z przedstawieniem preparatów). b) Wpływ tlenu na pierwsze stadya rozwoju jajka żaby, wymiana gazów w początkowych okresach embryonalnych (z przedstawieniem przyrządów i preparatów). (363/4)

29) D-r Leon Rutkowski (Płońsk): Badania antropologiczno-porównawcze nad ludnością okolic Płońska w gubernii Płockiej. (365)

W sekcji XVI. 15) d-r E. Sonnenberg (Łódź): Dwa nowe sposoby podwójnego barwienia wydzieliny rzeźączkowej. (366)

W sekcji XVIII. 12) d-r Bałaban (Lwów): Bardzo rzadka postać przybłonkowego torbiela spojówki galki ocznej (z okazaniem preparatów drobnovidzowych, fotogramów i obrazów świetlnych za pomocą skioptikonu). (367)

Ostateczny tytuł tematu V. (sprawozdawca d-r Bednarski, Lwów), brzmi: *Siderosis bulbi*. Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne z okazaniem preparatów reakcji mikrochemicznej na żelazo.

W sekcji XXI. 21) d-r Szczęsny Bronowski (Warszawa): Etyka lekarska i wyjawianie prawdy. (368)

22) P. Gładych (Warszawa): Apteka przyszłości. (345)

W sekcji I. 8) prof. Natanson (Kraków): O prawach tarcia wewnętrznego w płynach; z zastosowaniem do zjawiska podwójnego załamania światła w cieczach odkształczanych. (369)

W sekcji II. Temat obrad III: Sprawa utworzenia towarzystwa chemicznego polskiego. Sprawozdawcy: prof. St. Niementowski (Lwów) i d-r A. Wróblewski (Kraków).

Wykłady: 21) prof. M. Nencki (Peterburg): O chemii. (370)

22) Fr. Błoński: Kilka luźnych uwag w sprawie mianownictwa chemicznego polskiego. (371)

23) J. W. Brühl (Heidelberg): O tautomerycznych przemianach w roztworach. (372)



24) Jul. Braun (Getynga): W sprawie istnienia pochodnych pięciwartościowego azotu. (373)

W sekcji IV. 5) prof. J. Nusbaum (Lwów): Wieloszczet wód słodkich (*Dyboscella baicalensis nov. gen. nov. spec.*). (374)

W sekcji VIII. 1) P. Al. Ginsberg (Warszawa): O postępkach w optyce stosowanej i metodach fabrykacji soczewek w pierwszej w kraju fabryce instrumentów optycznych Tow. „Fos“ w Warszawie. (375)

W sekcji XI. 30) d-r Józefa Joteyko (Bruksela): Znużenie, jako środek obrony ustroju. (376)

31) D-r A. Wróblewski (Kraków): O nowszych poglądach na istotę fermentów (z demonstracją). (377)

32) D-r M. Stefanowska (Bruksela): O gruszkowatych wyrostkach komórek nerwowych. (378)

33) Prof. D. J. Kodis (Washington-University St. Louis): Przyczynę do teorii elektryczności zwierzęcej. (379)

W sekcji XII. 10—11) d-r Gliški (Kraków): a) Badania doświadczalne nad powstawaniem marskości wątroby po podwiązaniu przewodu żółciowego. b) Przypadek wady rozwojowej narządu moczowego (demonstracja). (380/1)

12—13) D-r Gertler (Kraków): a) W sprawie etyologii zapalenia płuc. b) Przedstawienie nowego termostatu do podręcznego użytku dla lekarzy praktycznych. (382/3)

W sekcji XIII. 27—28) d-r A. Simon (Wiesbaden): a) Kilka wskazań do użycia atropiny w medycynie wewnętrznej. b) Leczenie gruźlicy wodą. (384/5)

W sekcji XIV. A. 59) d-r Cz. Sędzimir (Starasól): Projekt nowego bezgnilnego operacyjnego postępowania w chirurgii. (386)

W sekcji XVI. 16) d-r K. Szadek (Kijów): O zgorzeli samoistnej (*gangraena spontanea*) pochodzenia kiłowego. (387)

W sekcji XVII. 21) d-r J. Luxenburg (Warszawa): Przyczynę do rozwoju ependymy i neuroglii kanału środkowego w rdzeniu kręgowym u człowieka i zwierząt ssących (z przedstawieniem preparatów). (388)

22—24) D-r J. Fajersztajn (Lwów): a) *Polioencephalitis*, t. zw. porażenia opu-

szkowe bez zmian anatomicznych i *myastenii* (przedstawienie mikrofotogramów). b) Nowa metoda impregnacji srebrem i zastosowanie jej do elektywnego barwienia włókien osiowych (przedstawienie preparatów drobnowidzowych). c) Przedstawienie preparatów drobnowidzowych z czterech przypadków mnogiej *myositis (polymyositis)*. (389—391)

25) D-r A. Wizel (Warszawa): Mechanizm psychologiczny powstawania idei niedorzecznych przy obłąkaniu pierwotnym. (392)

W sekcji XIX. 38) d-r J. Kadyi (Jasło): Przedstawienie perforatora własnego pomysłu. (393)

W sekcji XX. 19—20) d-r Ferd. Obtułowicz (Lwów): a) Kilka uwag o urazach czaszki pod względem sądowo-lekarskim. b) Przyczynek do nauki o znaczeniu wynaczonek pod względem sądowo-lekarskim. (394/5)

21) D-r Gliški i d-r Horoszkiewicz (Kraków): Zmiany mikroskopowe przy oddzielaniu się pępowiny u noworodków oraz sądowo-lekarskie znaczenie tych zmian. (396)

W sekcji X. 20—21) d-r R. Radziwiłłowicz (Warszawa): a) Znaczenie odśrodkowych włókien w dośrodkowych drogach nerwowych. b) Biologiczne znaczenie świadomości. (397/8)

W sekcji XVIII. 13) d-r F. Winawer (Warszawa): Porażenie dywergencji. (399)

W sekcji XI. zgłoszono z zakładu anatomii porównawczej Uniw. Jagiell.

34) Prof. d-r H. Hoyer jun. (Kraków): O budowie naczyń włoskowatych żylnych w śledzionie (z przedstawieniem preparatów). (400)

35—36) Doc. d-r M. Siedlecki (Kraków): a) O objawach płciowych u zwierząt z grupy *Sporozoa* (z przedstawieniem preparatów). b) O stosunku rozrodu bezpłciowego do rozrodu płciowego. (401/2)

37) P. Jan Stach (Kraków): O unaczynieniu zębów królika (z przedstawieniem preparatów). (403)

W sekcji XVII. 26) doc. d-r L. Haškovec (Praga): Patogeneza sklerodermy i sklerodaktylii. (404)

*Ciechanowski*  
sekr. komit. gospod. (Wielopole 4).