

# 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 Varonne 33.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Ś. p. Marceli Nencki. (Wspomnienie pośmiertne) — O stwardnieniu rozsianem (sclerosis multiplex), przebiegającym pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego (myelitis transversa). Podali E. Flatau i J. Koelichen. (Dokończenie). — O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jolit. Spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne. Napisał D-r Tadeusz Czapliski. (Ciąg dalszy). — WYKŁADY KLINICZNE. Nieco o objawach i leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

## „MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r E. Flatau et J. Koelichen — Sur une forme de sclérose disséminée simulant la myélite transversale. 2) D-r T. Czapliski — Sur l'action de l'atropine dans de certaines formes de l'obstruction intestinale.

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

## „MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r E. Flatau und J. Koelichen — Ueber multiple Sclerose verlaufend unter dem Bilde einer Myelitis transversa. 2) D-r T. Czapliski — Ueber die Wirkung des Atropins bei gewissen Formen der Darmobstruction.

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

## Prof. D-r MARCELI NENCKI.

(Wspomnienie pośmiertne).

Los srodze dotknął społeczeństwo nasze, zabierając mu w sile wieku i pełni działalności owocnej Męża wielkich zasług, badacza-filozofa, jakim był ś. p. prof. Marceli NENCKI.

Na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie ś. p. NENCKI, jakgdyby przeczuwając, iż niedługo Mu już danem będzie pracować dla nauki, którą tak gorąco umiłował, rozpoczął głośny odczyt swój „O zadaniach biologicznej chemii“ słowy następującemi: „Jeżeli kto, jak ja, przeszło 30 lat poświęcił pracy naukowej w pewnym kierunku, to mimowoli nasuwa się myśl, iż czas, który mu pozostaje, jest już krótki, i że trzeba się liczyć z siłami z jednej, a zadaniami z drugiej strony, by pozostające mu jeszcze chwile zużytkować jaknajlepiej i nie rozpraszać nabytej wprawy w metodyce oraz środków materialnych, ale rozsądnie je ześrodkować — *parce diem* — mówi mu jego naukowe sumienie“.

Nikt wówczas nie mógł przypuszczać, że chwila rozłąki NENCKIEGO z życiem tak prędko i nagle nastąpi. Spodziewaliśmy się wszyscy, iż długie jeszcze lata będzie on owocnie pracował dla dobra ludzkości, i że niejedna jeszcze genialna myśl jego zapłodni niwę naukową.

Marceli NENCKI urodził się dnia 15 stycznia 1847 roku w majątku rodzowym Boczkach w Sieradzkim. Po ukończeniu gimnazjum piotrkowskiego, wstąpił początkowo na wydział filozoficzny Wszechnicy krakowskiej, a następnie uniwersytetów jenańskiego i berlińskiego. NENCKI studiował filologię; pociągała go nie sucha nauka języków, lecz jedynie chęć badania zagadnień filozofii na gruncie językoznawstwa. Dzięki jasnemu i ścisłemu umysłowi zrozumiął on jednakże wkrótce, iż rozwiązania zagadki życia i zrozumienia spraw życiowych szukać należy w naukach przyrodniczych, zwłaszcza w medycynie, ponieważ w niej, tej koronie nauk biologicznych, zbiegają się wszystkie metody badań przyrodniczych. Już przeto w roku 1867, t. j. w trzy lata od chwili opuszczenia murów gimnazjalnych, wstępuje NENCKI na wydział lekarski w Berlinie, gdzie też uzyskał stopień doktora medycyny d. z. VIII. 1870 r. Jeszcze podczas studiów medycznych NENCKIEGO szczególnie pociągała chemia fizyologiczna, której się też uczył pod kierunkiem NAUNYŃ'a i SCHULTZEN'a. Po otrzymaniu dyplomu doktorskiego NENCKI wstępuje jeszcze na dwa lata do Akademii technicznej w Berlinie jedynie w celu wydoskonalenia się w chemii organicznej pod kierunkiem BAEYER'a. W r. 1872 t. j. w dwudziestym piątym roku życia NENCKI zostaje powołany do Bernu szwajcarskiego na asystenta chemii przy instytucie patologicznym tamtejszego uniwersytetu, kierowanym przez LANGHANS'a i NAUNYŃ'a. Mianowany początkowo docentem prywatnym, już po roku zostaje profesorem *honoris causa* a po trzech latach otrzymuje tytuł profesora nadzwyczajnego. Rząd berneński w uznaniu nadzwyczajnych zasług naukowych NENCKIEGO tworzy dla niego w r. 1877 katedrę chemii fizyologicznej. Była to dopiero druga w Europie katedra przedmiotu tego; pierwszą utworzył uniwersytet Strasburski dla HOPPE-SEYLER'a. Jednocześnie powierzono NENCKIEMU kierownictwo instytutu chemii lekarskiej. Przez dwadzieścia blisko lat pracował NENCKI w instytucie berneńskim; przez cały ten okres czasu wykładał on chemię fizyologiczną, a w r. 1888 objął dodatkowo katedrę bakterjologii. W r. 1891 opuszcza NENCKI Szwajcaryę, powołany do Petersburga dla objęcia nowego zaszczytnego stanowiska, mianowicie kierownictwa oddziału chemii fizyologicznej w nowo powstałym Instytucie medycyny doświadczalnej. Na tem też stanowisku śmierć nagle go zaskoczyła.

Działalność naukowa NENCKIEGO była tak płodna i różnorodna, iż niepodobieństwem jest w krótkim szkicu niniejszym, skreślonym dla uczczenia pamięci zasłużonego Męża, przedstawić działalności tej w sposób wyczerpujący. Ograniczę się do naszkicowania niektórych tylko, głównych zdobyczy naukowych zmarłego.

Trzy różne dziedziny nauki zawdzięczają NENCKIEMU ważne odkrycia i nowe poglądy, mianowicie chemia teoretyczna (organiczna), chemia fizyologiczna i bakterjologia. Prace naukowe NENCKIEGO w dziedzinie samej tylko chemii teoretycznej lub bakterjologii wystarczyłyby, by zapewnić mu trwałe imię. Najpłodniejsze jednakże, rzecz można, genialne w pomysłach były prace, poświęcone chemii fizyologicznej, zwłaszcza sprawom przemiany materji i studjom nad normalnymi składnikami ustroju.

Jeszcze za czasów studenckich w pracy, ogłoszonej wspólnie z O. SCHULTZEN'em pod tytułem „Ueber die Vorstufen des Harnstoffs im thierischen Orga-

nismus“ zastanawia się NENCKI nad pochodzeniem mocznika i stwierdza, iż pośrednimi produktami przemiany białka na mocznik są amidokwasy (glikokol, leucyna i tyrozyna). W wiele lat później NENCKI wykrywa, iż bezpośrednim poprzednikiem mocznika jest karbaminian amonu, którego przemiana na mocznik odbywa się przede wszystkim, choć nie wyłącznie, w wątrobie, sam zaś karbaminian amonu tworzy się we wszystkich tkankach ustroju.

W rozprawie doktorskiej: „Die Oxydation der aromatischen Verbindungen“ dochodzi NENCKI do ważnych wniosków, iż w ustroju zwierzęcym zachodzą nie tylko sprawy utleniania, lecz także redukcji i syntezy, które dawniej uważano za wyłączną własność świata roślinnego. Przedmiot ten był źródłem licznych późniejszych prac NENCKIEGO i jego uczniów. Do najważniejszych w tym względzie należą badania nad mierzaniem spraw utleniania, zachodzących w ustroju zwierzęcym w stanach prawidłowych oraz patologicznych (choroby i zatrucie) za pomocą wprowadzania do ustroju benzolu i określania ilości wydzielonego z moczem fenolu; dalej liczne prace nad zachodzącymi w ustroju procesami syntezy (zachowanie się amido-kwasów, fenolów i t. d.) i rozszczepiania (zachowanie się salolu, tłuszczów, ketonów i in.); nareszcie prace, mające na celu wykazanie, iż działanie trujące pewnych związków aromatycznych zależy jedynie od ich budowy chemicznej. W sprawie t. zw. tlenu czynnego w organizmie NENCKI występuje przeciwko twierdzeniu BAUMANN'a i PREUSS'a, jakoby powstawanie jego tłumaczyło się działaniem wodoru *in situ nascendi*, wytwarzanego przez żywe tkanki, i wykonywa liczne badania nad utlenieniem związków organicznych, doprowadzające do wniosku, iż łatwo utleniające ciała (żywe białko), utleniając się, powodują rozszczepienie cząsteczki tlenu, dzięki czemu jeden atom tlenu staje się czynnym i zdolnym do utlenienia innych związków.

Do prac, poświęconych chemii moczu, należą, prócz wspomnianych wyżej odkryć nad pochodzeniem mocznika, badania nad barwnikami moczu (urobilina, indykan, uroerozeina), nad zawartością w moczu merkaptanu, nad chylurją i pentozurją i in

Badania nad barwnikami ustrojowymi wniosły do skarbnicy wiedzy liczne piękne zdobycze. Największe znaczenie posiadają prace nad barwnikami krwi. Nie mogą tu rozwodzić się nad wszystkimi odkryciami, w dziedzinie tej przez NENCKIEGO dokonanymi. Powiem tylko, iż wytlomaczył on zamianę barwnika krwi, heminy na urobilinę t. j. barwnik żółciowy, z heminy otrzymał hematoporfirynę, ustalił budowę heminy i hematyny i zbadał szczegółowo ich własności chemiczne, przeprowadził liczne badania nad hemoglobina i t. d.

Dnia 26. IX 1896 r. NENCKI wygłosił w Warszawie na posiedzeniu sekcji chemicznej piękny i obfitujący w głębokie myśli odczyt: „O stosunku biologicznym barwnika liści do barwnika krwi“. Opierając się na badaniach SCHUNK'a i MARCHLEWSKIEGO nad barwnikiem liści oraz własnych nad barwnikami krwi, mówi on o znaczeniu biologicznym nader bliskiego związku genetycznego między filoporfiryną, pochodną chlorofilu, a hematoporfiryną i upatruje w podobieństwie tem dowód wspólności pochodzenia świata zwierzęcego i roślinnego. Teorya DARWIN'a o pochodzeniu gatunków powinna, zdaniem NENCKIEGO, opierać się nie tylko na morfologii komórek, lecz również na ich składzie chemicznym i odbywającej się w nich przemianie materii.

Chemia soku żołądkowego zawdzięcza NENCKIEMU i jego uczniom bardzo ciekawe odkrycia naukowe. Należą tu badania nad tworzeniem się kwasu solnego ze soli kuchennej w błonie śluzowej żołądka, nad zachowaniem się tej ostat-



niej względem bromku soda, wreszcie badania nad składem chemicznym pepsyny w związku z poglądami na jej funkcje, jako fermentu.

W pracy „Note sur les pretendus cendres des corps albuminoides“ NENCKI twierdzi, iż t. zw. popiół czyli pierwiastki nieorganiczne, otrzymywane przy spalaniu białka, stanowią istotną część składową cząsteczki białka. Różnorodne czynności fizyologiczne białek zależą, zdaniem NENCKIEGO, od rozmaitego ich składu chemicznego.

Nareszcie zanotuję jeszcze prace NENCKIEGO nad zachowaniem się chloru we krwi i narządach zwierząt w różnych sprawach chorobowych.

Przechodząc do prac NENCKIEGO na polu bakterjologii, przede wszystkim zaznaczyć muszę, iż i tutaj liczba nowych faktów, spostrzeżeń i poglądów jest olbrzymia, oraz, iż prace te wkraczają wciąż w dziedzinę chemii fizyologicznej, tak, iż o ścisłym odgraniczeniu dwu tych grup nie może być mowy.

W szkicu niniejszym i tutaj zatrzymam się tylko nad niektórymi zdobyczami naukowymi NENCKIEGO. Przewodnią ideą prac naszego uczonego na polu bakterjologii było poznawanie nie własności morfologicznych bakteryj, lecz ich chemii i biologii t. j. budowy chemicznej zarówno samych bakteryj, jak i wytwarzanych przez nie produktów. NENCKI pierwszy, rzecz można, położył trwałe i racjonalne podwaliny nowej nauki, mianowicie chemii bakterjologicznej. Ulubionym tematem licznych prac NENCKIEGO były badania nad procesami gnicia i rozkładu pod wpływem bakteryj. W pracy z r. 1875, zatytułowanej „Ueber die Zersetzung d. Gelatine u. des Eiweisses bei der Fäulniss mit Pancreas“ oraz w całym szeregu prac późniejszych NENCKI dowodzi, iż przy gnicju białka z trzustką główną rolę odgrywają drobnoustroje; dalej, iż związki azotowe mogą ulegać rozkładowi bez dostępu powietrza, a samo gnicie jest właściwie pewnego rodzaju fermentacją, wywołaną przez fermenty uorganizowane, i polegającą na hydratacyi ciał organicznych dzięki rozkładowi wody na  $H_2O$  i  $H_2$ .

Wbrew twierdzeniu GUNNING'a NENCKI rozwija teorię anaerobiozy t. j. własności bakterji życia bez dostępu powietrza dzięki ich zdolności czerpania tlenu z otaczającego podłoża.

W pracach, poświęconych gnicju białka pod wpływem anaerobów, NENCKI opisuje produkty rozkładowe, jak indol, skatol, merkaptan i in., a co ważniejsza, przyczynia się do wyświeetlenia zawilej budowy cząsteczki białka, wykazując, iż zawiera ona grupę trzech kwasów aromatycznych, mianowicie kwasu paraoksyfenilamidopropionowego czyli tyrozyny, kwasu fenilamidopropionowego i skatolamidooctowego. Badania nad gnicjem żelatyny doprowadzają do wykrycia pierwszej ptomainy w stanie krystalicznym (kollidyna).

NENCKI wykrywa możliwość rozpoznawania niektórych bakterji na zasadzie rodzaju wytworzonego przez nie kwasu mlecznego t. j. prawoskrętnego czyli paramlecznego i lewoskrętnego; bada liczne bakterje (gnilne, karbunkułowe, gruźlicze i in.) pod względem ich budowy chemicznej i składu wytwarzanych przez nie enzymów oraz produkty chemiczne przy zakażeniach mieszanych; bada własności ptomain, toksalbumin i enzymów oraz omawia znaczenie tych ostatnich w walce ustroju z chorobami zakaźnymi; wykonywa rozległe studia nad cholera, dylterytem, zapaleniem wymion krów, nad florą cienkich i grubych kiszki u człowieka i wiele, wiele innych. Każda praca nie tylko wzbogaca wiedzę nowemi odkryciami, lecz nadto przyczynia się do powstawania nowych poglądów i rozjaśnia dawne.

Nieco dłużej zatrzymać się musimy nad szeregiem pomysłowych badań, poświęconych sprawom fermentacyi w przewodzie pokarmowym ludzkim. NENC-

KI wykazuje, iż działanie bakteryi w tym ostatnim zaczyna się dopiero w cienkich kiszkaach, w których fermentacyi ulegają tylko wodany węgiel, gnicie zaś białka zachodzi wyłącznie w grubej kiszce. Wbrew twierdzeniu PASTEUR'a dowodzi, iż w procesie trawienia człowieka i wogóle istot wysoko uorganizowanych bakterye nie biorą żadnego zgoła udziału; obecność ich należy uważać za szkodliwą; starać się przeto trzeba o możliwe zmniejszenie ich ilości, aby w ten sposób zmniejszyć produkty rozkładu, przez nie wytwarzane.

Badania nad sokami trawiennymi, wykonywane przy współudziale N. SIEBEROWEJ i E. SZUMOW-SIMANOWSKIEJ, prowadzą do wykrycia zupełnie nowej funkcyi tych soków; okazuje się mianowicie, iż posiadają one zdolność zobojętniania toksyn, jakie wytwarzają znajdujące się w kiszkaach bakterye, i zapobiegają w ten sposób ciągłemu niebezpieczeństwu zatrucia ze strony kiszek.

Nadzwyczaj ciekawe są badania, dotyczące dezynfekcyi kanału pokarmowego. Ponieważ fermentacya w kiszkaach odhyla się w nieobecności tlenu, t. j. pod wpływem anaerobów czystych lub fakultatywnych, przeto wprowadzenie do kiszek związków chemicznych, któreby wydzielaly tlen pod działaniem soku trzustkowego, powinno, zdaniem NENCKIEGO, ograniczyć procesy fermentacyjne. Istotnie nadtlenek wapnia wywoływał u psów znacznie zmniejszone wydzielanie z moczem kwasów etero-siarczanych i indykanu.

Liczne prace poświęcone są działaniu fermentów, zwłaszcza pepsyny. NENCKI dochodzi do wniosku, iż jedna i ta sama cząsteczka chemiczna może posiadać różnorodne działania fermentowe i pozornie pełnić zupełnie różne funkcye. Np. cząsteczka pepsyny trawi białko, ścina mleko, przeprowadza albumozy w plaisteinę. Fakt ten tłumaczy się budową olbrzymiej cząsteczki, mianowicie różnaitą konfiguracją bocznych grup różnych rzędów.

Cały szereg prac dotyczy surowic leczniczych (dyfterytycznej, przeciwpaociorkowcowej i in.), toksyn i antytoksyn, środków antyseptycznych (dziegciu sosnowego i in.), i t. d. Tu także wspomnieć wypada o ostatnich pracach NENCKIEGO nad księgosuszem. Wspólnie z N. SIEBEROWĄ i WYRZNIKIEWICZEM wykrywa on swoisty zarazek tej zakaźnej choroby bydła rogatego oraz wykazuje skuteczność surowicy swoistej przeciwksięgosuszowej, jako środka ochronnego i leczniczego.

Słów kilka poświęcić musimy pracom NENCKIEGO z dziedziny czystej chemii. Zasługi NENCKIEGO na tem tylko polu są tak olbrzymie, że one same wystarczyłyby, by go postawić w rzędzie pierwszych chemików. Ponieważ zdawanie sprawy z prac czysto chemicznych nie może zainteresować szerszego koła kolegów, ograniczę się przeto do nadmienienia, iż do najważniejszych w tej dziedzinie należą badania nad guanidyną, sulfomocznikiem i rodankiem amonu oraz nad łączeniem się fenolów z kwasami tłuszczowymi lub też oksykwasami aromatycznymi (wykrycie nowego środka leczniczego salolu czyli fenolowego estru kwasu salicylowego) i t. d.

Oto w ogólnych zarysach niekompletny obraz działalności naukowej NENCKIEGO. Zaiste, zdumiewająca jest nadzwyczajna różnorodność i pomysłowość tematów, ich ściśle i staranne opracowanie oraz niezwykła umiejętność wyciągania wniosków ogólnych.

Dążenie do poznania istoty spraw życiowych ustroju było dla NENCKIEGO bodźcem i przewodnią ideą wszystkich jego tak licznych badań naukowych. To też w ostatnim pięknym odczycie swym na zjeździe krakowskim, zastanawiając się nad ostatecznym celem badań w chemii biologicznej, upatruje go w rozwiązaniu pytania, na czem polega zmiana materyi przy przejściu komórki żywej

w martwą. Soki, wyciśnięte z drożdży lub z narządów (wątroby, nerek), posiadają takie funkcje, jakie dawniej przypisywano wyłącznie żywej protoplazmie: tu znajduje się, powiada NENCKI, granica między tem, co martwe, a co żywe. Fakt, dowiedziony przez NENCKIEGO, iż pepsyna, pozbawiona przez dyalizę większej części kwasu solnego, fosforanu żelaza i lecytyny, trawi białko słabiej, niż pepsyna, nie pozbawiona tych składników, daje mu pohop do wypowiedzenia myśli następującej: „Konieczna obecność pewnych, na pozór obcych ciał, by enzymy swą specyficzną działalność mogły odbywać, uwydatnia nam ich analogię z istotami żywymi“. NENCKI robi przypuszczenie, iż żywa protoplazma jest, być może, tylko mieszaniną różnych enzymów lub też jedną całą drobiną, zdolną do spełniania różnych funkcji. Zadaniem przyszłych pokoleń jest według NENCKIEGO dokładne poznanie zmian, zachodzących w konfiguracji atomów w drobinie białka i powodujących przejście białka „labilnego“ t. j. żywego w martwe, oraz sztuczne otrzymanie labilnych ciał białkowych, któreby miały własności enzymów.

Dla pełności charakterystyki NENCKIEGO należy jeszcze zaznaczyć jego nadzwyczajną wytrwałość do pracy i energię, graniczącą z uporem, w przeprowadzaniu powziętych badań, oraz podkreślić jego olbrzymie zdolności pedagogiczne. NENCKI był świetnym znawcą umysłu ludzkiego. Umiał on każdym uczniem odpowiednio pokierować i nawet w najmniej zdolnym rozbudzał zamiłowanie do badań samodzielnych. Na pracowników, którzy tak licznie garnęli się do jego pracowni, patrzył on nie wyłącznie jak na materiał, z którego na razie dałaby się korzystać dla nauki osiągnąć. Zawsze dbał on o to, aby ucznia wtajemniczyć w cele, do jakich sam dążył, i uczynić go zdolnym do samodzielnej pracy owocnej.

Śmierć Męża tej miary, co ś. p. Marcelli NENCKI, w sile wieku i w okresie żywotnej działalności, to strata olbrzymia, niepowetowana dla naszego społeczeństwa i wogóle dla nauki. Cześć jego pamięci!

*Stanisław Mutermilch.*

---

Z PRACOWNI D-RA MED. E. FLATAUA W WARSZAWIE.

---

## O STWARDNIENIU ROZSIANEM

(*SCLEROSIS MULTIPLEX*),

przebiegającym pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego

(*myelitis transversa*).

Podali

**E. FLATAU i J. KOELICHEN.**

---

(Dokończenie. — Zob. Nr. 42).

Opisany powyżej przypadek zasługuje na uwagę zarówno ze względu na przebieg kliniczny, jak i na zmiany histo-patologiczne. Kliniczna jego postać czyniła wrażenie t. zw. *myelitis transversa* w dolnej części rdzenia. Zupełne porażenie kończyn dolnych o charakterze wiotkim (nieznacznie zmienione napięcie mięśniowe stwierdzić było można tylko w mięśniach, zginających



prawą goleń), *incontinentia urinae et alvi completa*, tworzenie się głębokich odleżyn, wszystko to składało się na obraz zapalenia rdzenia. Brak odruchów ścięgnistych i skórnych w kończynach dolnych wskazywał, że sprawa jest umiejscowiona w dolnych odcinkach rdzenia (łędźwiowo-krzyżowych).

Jeden tylko fakt zwracał na siebie szczególną uwagę, a mianowicie brak obiektywnych zmian czuciowych. Wszystkie rodzaje czucia były zupełnie zachowane. W zapaleniu rdzenia zmiany czuciowe są zwykle bardzo widoczne i dotyczą wszystkich rodzajów czucia. Zdarzają się jednak przypadki tak zwanej *myelitis incompletae*, w których zmiany te są mniej wybitne. Jakkolwiek więc brak wszelkich zmian czuciowych dawał do myślenia, sądziliśmy jednak, że zmiany te w przebiegu choroby jeszcze się rozwiną. Zupełny brak zaburzeń zarówno ze strony kończyn górnych, jak i ze strony nerwów czaszkowych (brak drżenia zamiarowego w kończynach górnych, normalne odruchy, brak *nystagmus*, mowy skandowanej, jakichkolwiek zaburzeń psychicznych) odpro-wadził nas od rozpoznania w danym przypadku stwardnienia rozsianego.

OPPENHEIM mówi w swym podręczniku chorób nerwowych, że przy-padki nietypowe stwardnienia rozsianego mogą przebiegać pod postacią *myelitis transversae*, że jednak jako prawidło uważać należy ten fakt, że w przypadkach tych objawy mózgowie odkrywają prawdziwe tło choroby. Sądzimy, że w większości tych przypadków nietypowych zdanie to da się stwierdzić. Z drugiej zaś strony mogą się zdarzyć przypadki nadzwyczaj rzadkie, (do których zaliczyć należy i nasz przypadek), w których objawy mózgowie (z dziedziny *sclerosis multiplex*) nie istnieją.

Jeden zarzut można nam zrobić, a mianowicie, żeśmy chorej nie oftalmo-skopowali. W ostatnich czasach zwrócono szczególną uwagę na ten fakt, że zmiany w nerwach wzrokowych stanowić mogą pierwszy, najwcześniejszy objaw *sclerosis multiplex*. Zmiany w nerwach wzrokowych w tej chorobie opi-sał właściwy jej twórca CHARCOT. Po nim pisali o tych zmianach UHTHOFF, GNAUK, LÜBBERS i inni. Szczególniejszą jednak jest zasługą OPPENHEIM'a i BRUNS'a - STOLTING'a, że kładli oni nacisk na to, iż 1) objawy *neuritis* albo *atrophiae n. n. opticorum* mogą się zjawiać w najwcześniejszych okresach stwardnienia rozsianego i 2) oftalmoskop jest w stanie zmiany te wykryć nawet wtedy, gdy chory nie uskarża się jeszcze na jakiegokolwiek zabu-rzenia wzrokowe.

Jest to fakt pierwszorzędного znaczenia klinicznego, szczególnie dla t. zw. *formes frustes* tego cierpienia. Z drugiej jednak strony mnożą się przy-padki zwykłego zapalenia rdzenia (*myelitis*), w których również może się roz-winąć zapalenie nerwu wzrokowego. (Przypadki te zebrał i uzupełnił wła-snymi d-r BIELSCHOWSKY w monografii „*Myelitis und Sehnervenentzündung*“. Berlin 1901). Stwierdzenie więc zmian w nerwach wzrokowych posiada wiel-ką wartość rozpoznawczą dla przypadków, przebiegających nie pod postacią *myelitis*, lecz t. zw. spastycznych porażień rdzeniowych (*Spastische Spinal-paralyse*), w których znajdujemy zaburzenia prawie wyłącznie w dziedzinie ruchowej.

W przypadku naszym zasługują również na uwagę bardzo głębokie za-burzenia czynności pęcherza i odbytnicy. W stwardnieniu rozsianem mogą się one zdarzać, lecz są zwykle słabo rozwinięte, przemijające i dotyczą prze-ważnie pęcherza. Zaburzenia odbytnicy zalicza OPPENHEIM do objawów nader rzadkich w *sclerosis multiplex*. W naszym przypadku rozwinęła się nadzwyczaj uporczywa *incontinentia urinae et alvi* i trwała ona przez ca-

ły czas choroby. Pod chorą od początku choroby aż do jej śmierci tworzyło się wciąż nowe zbiorowisko moczu i ciekłych mas kałowych.

Jeżeli zwrócimy uwagę na bardzo wybitne zmiany histo-patologiczne w dolnych odcinkach rdzenia (łędźwiowo-krzyżowego), to uderzy nas niewspółmierność, jaką zauważyć można w stosunku, zachodzącym pomiędzy pewnymi zaburzeniami czynnościowymi z jednej strony i zmianami histo-patologicznymi z drugiej. Rdzeń łędźwiowy był w przypadku naszym bardzo zmieniony, począwszy zaś od III odcinka krzyżowego aż do *filum terminale* cały przekrój rdzenia uległ *sclerosis*. I otóż widzimy, że funkcje ruchowe, odruchowe i troficzne skóry uległy na skutek tych zmian zaburzeniom znacznym, a natomiast czynności czuciowe pozostały nietknięte. I jeżeli uprzytomnimy sobie fakt z dziedziny *neuritis peripherica traumatica*, polegający na dość częstem oszczędzaniu czynności czuciowych przy wybitnych zmianach ruchowych, to wyłoni się jako prawidło ogólne zdanie, że nerwy czuciowe odznaczają się szczególną odpornością zarówno w swym przebiegu ośrodkowym, jak i obwodowym.

W każdym razie zwyrodnienie myeliny wraz ze zmianami śródmiaższowymi, jakie powstają w *sclerosis multiplex*, mogą zupełnie burzyć czynność ruchową, pozostawiając funkcje czuciowe bez żadnej zmiany <sup>4)</sup>.

Pod względem histo-patologicznym przypadek nasz zaliczyć należy do rzadkich przypadków *sclerosis multiplex acuta*, zbadanych histologicznie. Przypadki tego rodzaju były opisane przez RIBBERT'a, CRAMER'a, HUBER'a, BIKELES'a, GOLDSCHIEDER'a, REDLICH'a, BALINT'a i SCHLAGENHAUFER'a. Zmiany histo-patologiczne, które w przypadkach tych stwierdzono, posiadają ogromną wartość, ponieważ rzucają światło właściwe na sporną do dnia dzisiejszego kwestyę patogenezy i anatomii patologicznej stwardnienia rozsianego.

Przez długi czas jądro sprawy stanowił spór, czy stwardnienie rozsiane stanowi chorobę *sui generis* (z pierwotnym rozrostem neuroglei), czy też powstają w niem zaburzenia naczyniowo-zapalne. Na podstawie wielolicznych badań histo-patologicznych większość badaczy nowożytnych skłania się do uznania teorii zapalnej stwardnienia rozsianego. Lecz powstaje nowe pytanie, dotyczące genezy *sclerosis multiplex*, a mianowicie, czy zmiany histo-patologiczne zaczynają się w tkance śródmiaższowej (neuroglei), czy też pierwotna sprawa patologiczna rozwija się w elementach nerwowych.

Otóż odpowiedź na to pytanie mogą dać tylko przypadki świeże (jak to miało również miejsce w stwierdzeniu istotnych zmian histo-patologicznych w *poliomyelitis*).

Zmiany te, znalezione przez wyżej wzmiankowanych autorów były następujące: RIBBERT <sup>5)</sup> (w 1882 r.) znalazł w młodych ogniskach sklerotycznych następujące zmiany: pośrodku ogniska znajdowało się naczynie, szczelnie napełnione krwią. W ognisku spostrzegano zwiększenie jąder neuroglei, które później ulegają podziałowi. Włókna neuroglei były napęczniałe. Oprócz tego znajdowano wędrowkę białych ciałek krwi w okolicę naczyń krwionośnych (jak w sprawach zapalnych). W ogniskach dawniejszych rozmnaza się coraz

<sup>4)</sup> Podkreślamy tę możliwość, nie zaponiuając bynajmniej o tem, że nieznaczne zmiany czuciowe mogą powstawać w przebiegu stwardnienia rozsianego.

<sup>5)</sup> RIBBERT. Ueber multiple Sclerose des Gehirns und Rückenmarks. Virchow's Archiv. Bd. 90. 1882.



bardziej neurogleia, i zjawiają się komórki ziarniste (Fettkörnchenzellen). Jeszcze później powstaje z neuroglei tkanka sklerotyczna. Wyrostki osiowe ulegają w tych ogniskach nieznacznym tylko zmianom. Na podstawie tego przypadku dochodzi RIBBERT do wniosku, że zmiany, zachodzące w stwardnieniu rozsianem, są bezwarunkowo natury zapalnej, (rozszerzenie naczyń, wędrówka białych ciałek krwi, bujanie neuroglei). Naczynia pośredniczą w przenoszeniu czynnika, wywołującego zapalenie, do tkanki nerwowej. Co do zmian histo-patologicznych, to R. sądzi, że początkowo następuje w *sclerosis multiplex* wędrówka leukocytów i bujanie neuroglei. Później dopiero tkanka myelinowa ulega zwyrodnieniu, zostaje wessana przez komórki ziarniste, które ją przenoszą do naczyń. Po usunięciu rozpadającej się myeliny powstaje twarda tkanka sklerotyczna.

CRAMER <sup>6)</sup> (w 1888 r.) spostrzegł nader charakterystyczną kombinację stwardnienia rozsianego z *myelitis* w jednym i tym samym rdzeniu. Obok ostro się odcinających ognisk sklerotycznych znajdował on ogniska myelityczne z rozszerzonymi otoczkami myelinowymi, napęczniałymi, w części rozpadającymi się wyrostkami osiowymi, komórkami ziarnistymi i t. d. Nigdzie nie wystąpiły zwyrodnienia wtórne.

BIKELES <sup>7)</sup> (w 1895 r.) podaje opis przypadku ostrawego stwardnienia rozsianego. W ogniskach świeżych znajdowano (na skrawkach, zabarwionych metodą MARCHI'EGO) zwyrodnienie myeliny. W niektórych ogniskach świeżych stwierdzono naczynia ze ścianami zgrubiałymi, w innych zaś naczyń tych nie było. W ogóle B. sądzi, że cała sprawa jest natury zapalnej, i że zmiany histo-patologiczne rozpoczynają się od zwyrodnienia i rozpadania się otoczek myelinowych. Autor ten kładzie nacisk na wielkie podobieństwo, jakie zachodzi pomiędzy ogniskami w *sclerosis multiplex* i w *myelitis*, i sądzi na podstawie badań histo-patologicznych, że stwardnienie zaliczyć należy do rzędu zapaleń rdzenia.

GOLDSCHIEDER <sup>8)</sup> w 1896 r. bardzo szczegółowo opisał świeży przypadek *sclerosis multiplex*. Naczynia krwionośne, biegnące od obwodu słupów tylnych włąb' rdzenia, były szczelnie napelnione krwią i otoczone niezmiernie wielką ilością komórek ziarnistych i ziarnkami tłuszczowymi (*debris*). W niektórych miejscach znajdowano napęczniałe otoczki myelinowe. W wielu miejscach stwierdzono przechowane wyrostki osiowe. GOLDSCHIEDER sądzi, że w *sclerosis multiplex* sprawa polega na zapaleniu okolonaczyniowym, które niszczy obok leżącą tkankę nerwową. Zburzone zostają przeważnie otoczki myelinowe, natomiast większa część wyrostków osiowych pozostaje nieknięta. W dalszym przebiegu sprawy chorobowej powstaje bujanie neuroglei, lecz nie jako sprawa samodzielna, lecz jako reakcja na rozpadanie się myeliny. Zmiany histo-patologiczne w tym przypadku były niezmiernie podobne do zmian w *myelitis acuta*, tylko że były one łżejsze i nigdzie nie dały obrazu rozmiękczenia.

GOLDSCHIEDER dochodzi do wniosku ogólnego, że *sclerosis multiplex* zaliczyć należy do rzędu *myelitis disseminata*. Objaw charakterystyczny stwar-

<sup>6)</sup> CRAMER. Beginnende multiple Sklerose und acute Myelitis. Archiv f. Psychiatric. Bd. 19. 1888.

<sup>7)</sup> BIKELES. Ein Fall von multipler Sklerose mit subacutem Verlauf. Arbeiten aus dem Institut für Anat. und Physiologie des Centralnervensystems an der Wiener Universität. II. III. 1895.

<sup>8)</sup> GOLDSCHIEDER. Ueber den anatomischen Process im Anfangsstadium der multiplen Sklerose. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 30. 1896.

dnienia rozsiańego stanowi przebieg kliniczny w postaci ostrych i podostrych napadów.

W pracy REDLICH'a<sup>9)</sup> znajdujemy następujące wzmianki, dotyczące ognisk świeżych w przypadkach podostrych stwardnienia rozsianego. W ogniskach tych znajdujemy na skrawkach MARCHI'ego czarne bryłki myelinowe i komórki ziarniste. Naczynia są otoczone ściśle warstwą tych komórek. W samej tkance nerwowej znajdujemy często charakterystyczne przestrzenie puste lub z resztkami komórek ziarnistych. Włókna nerwowe są w części zniszczone, w części zaś widać włókna z nieregularną i zwężoną otoczką myelinową. W niektórych miejscach pozostały ogołocone wyrostki osiowe (przeważnie zmienione). Zmiany śródmiąższowe są w tych ogniskach świeżych nieznaczne (tkanka zlekką rozszerzona, ilość jąder zwiększona). Naczynia są szczelnie napełnione krwią. Wybroczyn krwawych nie widać. REDLICH kładzie nacisk na ten fakt, że nie istnieje żaden objaw histo-patologiczny, który byłby znamienny i swoisty dla stwardnienia rozsianego. Tylko pewna kombinacja zmian histo-patologicznych wytwarza pewną odrębność tej choroby. Nawet ten najbardziej typowy dla *sclerosis* rys, jakim jest niezmierna odporność wyrostków osiowych, napotykamy również w innych sprawach rdzeniowych, jakkolwiek nie w tej mierze (np. w *tubes*, zwyrodnieniach wtórnych i innych). Z drugiej zaś strony jest rzeczą wiadomą, że w niektórych ogniskach sklerotycznych wyrostki osiowe mogą uleść zniszczeniu i powodować zwyrodnienie wtórne. REDLICH nie sądzi jednak, aby *sclerosis multiplex* polegała na sprawie zapalnej. Ponieważ nie występują w niej właściwe zmiany zapalne (nacieczenie, pęcznienie istoty śródmiąższowej, rozmiękczenie), pragnąłby więc widzieć w niej zwyrodnienie przewlekłe tkanki nerwowej. Ta ostatnia stanowi właściwy początek zmian histo-patologicznych w sklerozie. Ponieważ naczynia krwionośne nie zawsze są zmienione, przypisać więc im należy znaczenie najwyżej jednoznaczne (albo też wtórne).

BALINT<sup>10)</sup> (w 1900. r.) opisał przypadek *sclerosis multiplex*, w którym obok ognisk dawniejszych znaleziono ogniska świeże. W ogniskach świeżych znajdował zwyrodnienie otoczek myelinowych, bardzo nieznaczne zmiany śródmiąższowe. Wyrostki osiowe przeważnie zachowane. Naczynia były rozszerzone, ściany ich zgrubiałe. W ścianach naczyń i ich okolicy stwierdzono zwiększoną ilość jąder. B. stwierdził pozatem w niektórych miejscach wybroczyny krwawe. Zwyrodnień wtórnych nie było. Autor ten sądzi, że sprawa się zaczyna prawdopodobnie od naczyń w postaci zapalenia okołonaczyniowego wraz z rozpadaniem się myeliny. Jako reakcja na te zmiany powstaje bujanie tkanki śródmiąższowej. W ogóle zmiany histo-patologiczne w sklerozie są podobne do zmian w *myelitis acuta resp. subacuta*. BALINT łączy się do zdania GOLDSCHIEDER'a, że stwardnienie rozsiane świeże daje obrazy podobne do *myelitis acuta*, i że w ogniskach sklerotycznych zawsze występują zmiany naczyniowe, tylko że znajdują się one czasami już w stanie regeneracji.

<sup>9)</sup> REDLICH. Zur Pathologie der multiplen Sklerose des Nervensystems. Arbeiten aus dem Institut f. Anat. und Physiol. an der Wiener Universität. II. 4. 1896.

<sup>10)</sup> BALINT. Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der multiplen Sklerose. Deutsche Zeitschr. f. Neurologie, Bd. 16. 1900.

SCHLAGENHAUFER <sup>11)</sup> (w 1901 r.) znalazł w przypadku *sclerosis multiplex subacuta* zwyrodnienie myeliny, nagromadzenie komórek ziarnistych, zwiększoną ilość jąder neuroglei i naczyń wraz z nacieczeniem drobnokomórkowem w przestrzeniach *adventitiae*. Komórki nerwowe pozostały normalne, i w wielu miejscach można było stwierdzić ogołocone wyrostki osiowe. Autor ten sądzi również, że pierwotnie sprawa histo-patologiczna rozwija się w tkance nerwowej. Zmiany śródmiaższowe zalicza on do wtórnych.

Umyślnie przytoczyliśmy szczegóły z prac, dotyczących *sclerosis multiplex acuta et subacuta*, ponieważ sądzimy, że one to są w stanie wyświetlić chociażby w pewnym stopniu genezę tej choroby. Pomijamy szczegółowy rozbiór badań nad zwykłą przewlekłą formą stwardnienia rozsianego, ponieważ formy tę nie mogą być miarodajne dla wyjaśnienia pytania, 1) czy odnośne zaburzenia histo-patologiczne są natury zapalnej, czy też występują one samoistnie w tkance śródmiaższowej, względnie w neuroglei, 2) czy sam ten proces rozpoczyna się w tkance nerwowej, czy też w śródmiaższowej.

Niektórzy (CHARCOT, ERB, LEYDEN, WERNICKE, LEWES, SCHUSTER-BIELSCHOWSKY i in.) sądzą, że jądro sprawy stanowią zmiany zapalne. Inni zaś (ADAMKIEWICZ, REDLICH i in.) twierdzą, że pierwotnie ulegają zaburzeniom elementy nerwowe.

Otóż, jeżeli przyjrzymy się tym zmianom histo-patologicznym, jakie znajdujemy w powyżej przytoczonych przypadkach *sclerosis multiplex acuta et subacuta*, to stanie się dla nas jasnym fakt, że zmiany histo-patologiczne w *sclerosis multiplex* są natury naczyniowo-zapalnej. We wszystkich wyżej przytoczonych przypadkach, również jak i w naszym, naczynia przyjmowały nader czynny udział w zaburzeniach histo-patologicznych. Jeżeli tylko rzucić okiem na ogniska w przypadku naszym, to fakt ten uwidoczni się z niezbitą pewnością.

Obrazy drobnowidzowe, które tutaj widzimy, wykazują, że naczynia stanowią jakby oś środkową, około której odgrywa się cały proces chorobowy. Widzimy w ich okolicy nadzwyczajną ilość komórek ziarnistych, nacieczenie drobno-komórkowe, zwiększenie się ilości jąder neuroglei. Pozatem jednak spostrzegamy, że i pomiędzy naczyniami (lub przegrodami) leży ogromna ilość komórek ziarnistych i jąder neuroglei. Co się tyczy tkanki nerwowej, to w naszym przypadku mogliśmy stwierdzić zwyrodnienie i zanik otoczek myelinowych obok zachowanych komórek nerwowych. Wyrostki osiowe były (na skrawkach karminowych i zabarwionych metodą van GIESON'a) w niektórych miejscach ognisk zachowane, jakkolwiek zmienione. W wielu jednak miejscach nie mogliśmy ich wykryć (jest to być może zależne od tego, że w skrawkach odnośnych trudno jest odróżnić wyrostki osiowe od przecięć włókien neuroglei i jej ziaren). Jest jednak godnem zaznaczenia, że i w naszym przypadku nie znaleźliśmy najmniejszych śladów zwyrodnienia wtórnego. Jakkolwiek dolna część rdzenia (*conus medullaris*) wykazała na skrawkach WEIGERT'a zwyrodnienie zupełne całego przekroju rdzenia, nie stwierdziliśmy najmniejszych zmian w pęczkach słupów tylnych, ani w rdzeniu grzbietowym, ani w szyjowym. Właśnie ta wielka odporność zarówno komó-

<sup>11)</sup> SCHLAGENHAUFER. Ein Fall von subacuter insolförmiger Sklerose. Neurolog. Centralblatt, 1900, Nr. 19.



rek nerwowych, jak i wyrostków osiowych, jest dla *sclerosis multiplex* nadzwyczaj charakterystyczna. Z tego też względu sądzimy, że *sclerosis multiplex* zaliczyć należy do rozsianych spraw naczynio-zapalnych rdzenia (*myelitis disseminata*), lecz o pewnych właściwych tej chorobie rysach odmiennych.

Jeżeli jednak uznamy za fakt, że zaburzenia histo-patologiczne w stwardnieniu rozsianem są natury naczyniowej, to pozostanie jeszcze do rozstrzygnięcia pytanie drugie, a mianowicie, gdzie się owe zaburzenia rozpoczynają? Nawet ci badacze, którzy opisują przypadki świeże *sclerosis multiplex* różnią się pod tym względem w zdaniach. Niektórzy sądzą, że pierwotnie ulega zmianom tkanka nerwowa, inni zaś, że tkanka śródmiaższowa.

Na podstawie dokładnego zbadania ognisk w naszym przypadku, doszliśmy do przekonania, że zmiany histopatologiczne w *sclerosis multiplex* stają się nasamprzód widocznymi w tkance nerwowej (w otoczkach myelinowych).

W zamieszczonym powyżej opisie zmian histo-patologicznych zaznaczyliśmy, że w ogniskach degeneracyjnych początkowych nie zdołaliśmy wykryć ani powiększenia ilości jąder neuroglei, ani nacieczenia drobnokomórkowego naokoło naczyń. Natomiast w ogniskach tych zmiany tkanki nerwowej były nadzwyczaj wyraźne i dotyczyły otoczek myelinowych (wyrostki osiowe i komórki nerwowe były w tych ogniskach początkowych nietknięte). Naczynia wykazywały w tych ogniskach nieznaczne przekrwienie.

Dopiero w ogniskach drugiej kategorii (z daleko posunięciem zwyrodnieniem) stało się widocznym zwiększenie się ilości jąder neuroglei, pewne zgrubienie jej siatki obok wybitnych zmian degeneracyjnych w tkance nerwowej. Lecz sądzimy, że właśnie te początkowe okresy zmian w ogniskach najświeższych są miarodajne. To też wydaje się nam wraz z GOLDSCHIEDER'em, że substancje szkodliwe, krążące we krwi, niszczą nadzwyczaj szybko otoczkę myelinową. Sprawie tej towarzyszy zjawienie się ogromnej ilości komórek ziarnistych. Komórki te powstają zapewne przeważnie z komórek nabłonkowych naczyń. Przynajmniej mogliśmy z pewnością stwierdzić, że już w okresach początkowych komórki te zjawiają się w postaci kół koncentrycznych lub podłużnych mozaikowych pasemek naokoło lub wzdłuż naczyń. [Czy te komórki ziarniste mogą oprócz tego powstać z innych tworów tkanki śródmiaższowej (z ziaren neuroglei) lub z leukocytów —nie byliśmy w stanie osądzić]. Komórki ziarniste pochłaniają rozpadającą się myelinę, tak że już w okresach wczesnych spostrzedz można zupełny jej zanik. Te same komórki ziarniste, jakby nasycone ziarnami substancji myelinowej, kierują się ponownie do naczyń, oddając prawdopodobnie tym ostatnim swe ziarna, zatracając przy tem swe kontury i barwę, stają się mętnymi, coraz bardziej szaremi i znikają ostatecznie z pola widzenia. W dalszym ciągu rozmnażają się coraz bardziej włókna glejowate, które rozdrabniają wyrostki osiowe na coraz mniejsze grupy i otaczają je swymi pierścieniami. Powstaje wtedy właściwe ognisko sklerotyczne.

Zgadzamy się zupełnie z REDLICH'em, który wykazuje, że nie istnieją żadne zmiany histo-patologiczne swoiste dla *sclerosis multiplex*. Nawet ową charakterystyczną nietykalność wyrostków osiowych napotykalmy, co prawda w mniejszej znacznie mierze, w innych chorobach (np. w władzie rdzenia). Tylko kombinacja zmian histopatologicznych i pewne ich ugrupowanie, tworzą obraz sklerozy, lecz właściwie ten brak zaburzeń swoistych zbliża tem-

bardziej *sclerosis multiplex* do *myelitis*. Co prawda nie występuje w stwardnieniu rozmięczenie, spotykane w zapaleniu rdzenia. To też sądzimy, że zmiany naczyniowo-zapalne w *sclerosis multiplex* nie są tak głębokie, jak w *myelitis*, nie występują więc w niej te wybitne zmiany w naczyniach, które prowadzą do zupełnego zniszczenia tkanki nerwowej, jak to ma miejsce w *myelitis*. GOLDSCHIEDER zaznacza też, że zmiany w *sclerosis multiplex* tem się różnią od zmian w *myelitis*, że stanowią jakby mniejszy stopień zapalenia rdzenia.

Badania z lat ostatnich nad etiologią *sclerosis multiplex* wykazały, że rolę pierwszorzędną posiadają rozmaite infekcyje i intoksykacyje (MARIE, OPPENHEIM). I te więc badania zwracają naszą uwagę w tę samą stronę i jakby się łączą z wynikiem poszukiwań drobnowidzowych.

---

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ C. K. RADCY DWORU PROF. D-RA LUDWIKA RYDYGIERA.  
WE LWOWIE.

---

## O DZIAŁANIU ATROPINY W PEWNYCH PRZYPADKACH NIEDROŻNOŚCI JELIT. Spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne.

Napisał

D-r TADEUSZ CZAPLICKI

Elew kliniki.

---

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 42).

Przypadek III. Chaja F. lat 29, przyjęta do kliniki 8. II. 1901.

W y w i a d y. Pochodzi z rodziny zdrowej. Od 7-go roku życia cierpi na kurcze w jamie brzusznej, co miesiąc lub dwa występujące i po kilka godzin do trzech dni trwające. Żółtaczką ani wymiotów nigdy nie miała. Bóle te zmniejszały się zawsze pod ciepłymi okładami, a od 1½ roku nie pojawiły się wcale. Miesiączkuje od 16 r. życia prawidłowo. Za mąż wyszła w 22 roku życia; nie rodziła, ani nie ronila. Od 10 dni uczuwa bóle w dolku podsercowym i ogólne osłabienie. Od 8 dni nie ma stolca ani wiatrów; wymioty treścią pokarmową trwały przez 6 dni; od 2 dni ustąpiły; wczoraj pojawiły się wiatry. Nadmienia nadto, że, gdy była zdrowa, miewała wypróżnienia co 2 dni, a często używała środków przeczyszczających i lawatyw.

St a n o b e c n y. Kobieta wzrostu średniego, bardzo dobrze zbudowana i odżywiana. Wejrzenie chorej zupełnie dobre. Język wilgotny, obłożony nieco szarym nalotem. W płucach i sercu zmian nie ma. Tętno dobrze napięte, wynosi 100 uderzeń. Brzuch wypukłony, mało napięty, niebolesny, z wyjątkiem dolka podsercowego. Odgłos brzucha bębenkowo-przytłumiony. Ruchów jelit zauważyć nie można. Ciepłota 37,1°.

R o z p o z n a n i e. *Coprostasis*.

L e c z e n i e. 8. II. Wysokie lawatywy bezskutku. Podano *atropini sulfurici* 0,003 w pigułkach, chora zwymiotowała. Bóle ustąpiły.

9. II. Podskórnice *atropini sulfurici* 0,003. Chora miała 2 małe stolce. Noc spokojna.

10. II. Podskórnice *atropini sulfurici* 0,004. Kilka obfitych stolców. Objawów zatrucia nie było.

11. III. Chora opuszcza klinikę zdrowa.

Przypadek IV. Reisa W. lat 55, przyjęta do kliniki 21. IV. 1901.

Wywiady. Pochodzi z rodziny zdrowej. Miesiączka wystąpiła w 14 roku życia i była prawidłowa, ustąpiła przed 10 laty. Za mąż wyszła w 18 roku. Rodziła 5 razy prawidłowo. Od dwóch lat cierpi na gościec stawowy. Przed 4 laty przez dwa dni miała odbijania, wymioty i bóle brzucha, które to objawy po środku przeczyszczającym ustąpiły. Obecnie chora cierpi od 4 dni na bóle brzucha i zaparcie stolca. Po oleju rącznikowym i zastosowaniu lawatywy odeszło 3 dnia choroby nieco stolca i wiatrów. Od wczoraj jednak ani stolca, ani wiatrów nie ma. Wymioty trwają od dni 4.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa i odżywianie mierne. W płucach i sercu zmian nie ma. Język podsychnięty. Brzuch w całości wypukłony, bolesny najwięcej ponad spojeniem łonowym. Przy badaniu rysują się wyraźnie przez powłoki brzuszne pętle jelit. Odgłos bębnowy. Ciężota 37°, tętno 98 dość słabe.

Rozpoznanie. *Ileus. Torsio.*

Leczenie. 21. IV. Trzy wysokie lawatywy sprowadzają nieco wiatrów i bardzo małą ilość stolca. Wstrzyknięto *atropini sulfurici* 0,003. Bóle w jamie brzusznej ustąpiły. Napięcie powłok nieco mniejsze. Ruchy robaczkowe jelit przez powłoki widzialne zmniejszają się. Wymiotów nie ma. W nocy chora spała kilka godzin. Stolca nie było.

22. IV. Laparotomia. Część jelita biodrowego okręcona około osi, kreska w tem miejscu przedarta. *Detorsio. Sutura mesenterii.* Nadto znaleziono liczne postronki w miednicy małej, które były zrostami sieci ze ścianami brzuszniemi. Wśród jednego z tych postronków uwięzła pętla jelita biodrowego. Przecięto postronek i pętlę uwolniono. O godzinie 5 po południu ciężota 37,1°, tętno 84, dość dobrze napięte. O godzinie 11 w nocy nagła zapaść. O godzinie 1 w nocy *exitus letalis.*

Sekcja. *Peritonitis diffusa fibrinosa nec non pelveoperitonitis adhaesiva. Degeneratio parenchymatosa myocardii maioris gradus.*

Przypadek V. N. N. dziewczyna lat 25. (Pryw.). Po enteroanastomozie z powodu zapalnego bliznowatego zwężenia jelita biodrowego od 3 dni zaparcie stolca i wiatrów; wzdęcie brzucha; pierwszego dnia wymioty.

Rozpoznanie. *Ileus e peritonitide circumscripta.*

Leczenie. Wstrzyknięto podskórnice trzy razy *atropini sulfurici* po 0,0005 + *morphii muratici* 0,01. Po każdym wstrzyknięciu znakomita ulga podmiotowa. Trzeciego dnia choroby dobrowolnie obfity stolec. Wyzdrowienie.

Przypadek VI. N. N. mężczyzna lat 83. (Pryw.). Od 5 dni po przejeździe się zaparcie stolca i wiatrów; wymiotów nie było. Wysokie lawatywy i środki przeczyszczające bez skutku.

Rozpoznano: *Coprostasis.*

Leczenie. Szóstego dnia choroby wstrzyknięto podskórnice *atropini sulfurici* 0,001. W kilka godzin później odeszły wiatry, a po zastosowaniu lawatywy nieznaczna ilość kału. Po wstrzyknięciu wystąpiły lekkie objawy



zatrucia. (Suchość w gardle, zaczerwienienie twarzy, przyspieszone tętno). Następnego dnia dobrowolnie obfity stolec. Wyzdrowienie.

Z naszych spostrzeżeń, a jeszcze bardziej na podstawie kazuistyki, poprzednio przytoczonej, widzimy, że w pewnych przypadkach niedrożności jelit atropina oddać nam może rzetelne usługi. Zanim jednak przystąpię do bliższego określenia tych przypadków, chcę pierwiej przedstawić wyniki dotychczasowych moich doświadczeń, jakie na zwierzętach z siarczanem atropiny w zakładzie fizyologicznym Uniwersytetu Lwowskiego, zostającym pod kierunkiem prof. d-ra A. БЕК'а, wykonałem.

Doświadczenia moje urządziłem w sposób następujący:

Zwierzętom, do doświadczeń przeznaczonym, po przywiązaniu ich do stołu operacyjnego, robiono tracheotomię, następnie odsłaniano *vena jugularis* i do niej lub podskórnie wstrzykiwano *curare* lub *chloralum hydratum*. Potem przenoszono zwierzęta do kąpieli, sporządzonej z 0,6% roztworu soli kuchennej o ciepłocie 38° C. i w tejże kąpieli otwierano jamę brzuszną. Roztwór siarczanu atropiny wstrzykiwano do *vena jugularis*.

Doświadczenie I. Pies mały. Tracheotomia. Odslonięto *vena jugularis sinistra* i wstrzyknięto z roztworu *curare* 1 : 100 2 gramy

Godzina 10,45 w kąpieli 39° C. otworzono jamę brzuszną. Jelita spokojne, dość wiotkie.

Godz. 10,59 *atropini sulfurici* 0,0002.

Godz. 11,1 występuje skurcz mięśni okrężny.

Godz. 11,4 ciepłota wody 38° C. *atropini sulfurici* 0,0003.

Godz. 11,6 skurcz mięśni okrężny wybitny. *Curare* (1 : 100) 1 gram.

Godz. 11,10 *atropini sulfurici* 0,0005, zmian nie ma.

Godz. 11,19 *atropini sulfurici* 0,001.

Godz. 11,21 skurcz mięśni okrężny bardzo znaczny. Ruchów robaczkowych nie ma. Źrenice bardzo znacznie rozszerzone.

Godz. 11,25 *atropini sulfurici* 0,002. Stan niezmienny.

Godz. 11,35 *atropini sulfurici* 0,004.

Godz. 11,40 tętno 220 silnie napięte.

Godz. 11,44 *atropini sulfurici* 0,004.

Godz. 11,55 *atropini sulfurici* 0,01.

Godz. 11,58 skurcz mięśni okrężny bardzo silny utrzymuje się; ruchów robaczkowych nie ma. Jelita i kreska bardzo silnie przekrwione. Wybitne tętnienie naczyń tamże. Tętno 224 bardzo silnie napięte.

Godz. 12,0 koniec doświadczenia.

Psa zabito przez przecięcie tętnicy dogłowej. Czas doświadczenia: 1 godzina 15 minut. Ilość atropiny: 0,022.

Doświadczenie II. Królik biały. Tracheotomia. Odslonięto *vena jugularis sinistra*.

Godzina 10,30 w kąpieli 38,5° C. otworzono jamę brzuszną. Wstrzyknięto podskórnie 0,5 *chlorali hydrati*. Jelita i kreska średnio przekrwione.

Godz. 10,33 *atropini sulfurici* 0,0002.

Godz. 10,35 źrenice znacznie rozszerzone. Na jelitach żadnych zmian.

Godz. 10,39 *atropini sulfurici* 0,0005.

Godz. 10,43 jelita spokojne, wiotkie.

Godz. 10,45 *atropini sulfurici* 0,001.

Godz. 10,48 występuje skurcz mięśni okrężny, zwłaszcza jelita czczego i grubego. Ruchów robaczkowych nie ma. Źrenice maksymalnie rozszerzone.

Godz. 10,50 *atropini sulfurici* 0,002.

Godz. 10,56 silne przekrwienie i wybitne tętnienie naczyń kreskowych. Skurcz mięśni okrężny utrzymuje się.

Godz. 11,0 kryształek NaCl, bezpośrednio na jelito cienkie położony, wywołuje natychmiast wybitne ruchy robaczkowe, niezbyt daleko się posuwające.

Godz. 11,5 ruch robaczkowy ustąpił.

Godz. 11,8 *atropini sulfurici* 0,005.

Godz. 11,11 nieznaczny, powolny ruch robaczkowy na jednej pętli. Przekrwienie nieco mniejsze.

Godz. 11,15 z roztworu *atropini sulfurici* 1 : 100 pędzelkiem posmarowano pętlę jelita spokojną i wiotką.

Godz. 11,17 żadnych zmian.

Godz. 11,20 *atropini sulfurici* 0,01.

Godz. 11,22 wybitne, dość szybkie ruchy robaczkowe na kilku miejscach.

Godz. 11,25 królik przestał żyć.

Czas doświadczenia: 55 minut. Ilość atropiny: 0,0187.

Doświadczenie III. Królik czarny, średniej wielkości. Tracheotomia. Odstonięto *vena jugularis sinistra* i wstrzyknięto do niej 1 gram 1% roztworu *curare* o godz. 10,27.

Godzina 10,30 laparotomia w kąpielu 37,5° C.

Godz. 10,35 jelita nieco przekrwione; gdzieniegdzie skurcz mięśni okrężny.

Godz. 10,38 *atropini sulfurici* 0,0002.

Godz. 10,43 na kilku miejscach wyraźne powolne ruchy robaczkowe, nie obejmujące jednak całej pętli, tylko część jej, bliżej kreski leżącą.

Godz. 10,49 *atropini sulfurici* 0,0003.

Godz. 10,51 te same ruchy robaczkowe

Godz. 10,55 ruchy ustały.

Godz. 11,0 *atropini sulfurici* 0,0005.

Godz. 11,2 ruchy robaczkowe wyraźne, na wielu miejscach. Źrenice maksymalnie rozszerzone.

Godz. 11,6 królik zdechł.

Czas doświadczenia: 39 minut Ilość atropiny: 0,001.

W następnych doświadczeniach, dla zbadania, na jakie elementa jelit działa atropina, pozbawiano pewną pętlę jelit nerwów w ten sposób, że tuż przy *radix mesenterii* usuwano wszystkie nerwy, koło naczyń wśród kreski idące, za pomocą pensety i nożyczek. „Odnerwianie“ to było bardzo dokładne, tak, że można twierdzić na pewno, iż w pętli odnerwionej, oprócz zwojów miejscowych, innych elementów nerwowych, specjalnie nerwów odśrodkowych, nie było.

(D. n.).

## WYKŁADY KLINICZNE.

KAREWSKI.

### NIECO O OBJAWACH I LECZENIU ZAPALENIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO.

Już SONNENBURG uczył, że tak zwany „perityfliczny napad“ nie stanowi początku sprawy chorobowej w wyrostku robaczkowym; „napad“ zjawia się wtedy, gdy zapalenie poczyniło już pewne postępy i wywołało cały szereg anatomicznych zmian w samym wyrostku i w tkankach otaczających. Rozpoznać wczesny okres sprawy, okres utajonego zapalenia (Latenzstadium), poprzedzający napad nieraz o kilka miesięcy, jest rzeczą bardzo ważną, choć trudną w wielu przypadkach. Objawy, które spotykają się w tym okresie i które można nazwać objawami zwiastunymi, są następujące:

1. Przedewszystkiem bóle w brzuchu, występujące albo po każdym jedzeniu, albo tylko po spożyciu ciężko strawnych pokarmów, lub wreszcie tylko po pewnych określonych pokarmach; czasami ból występuje po wysiłkach fizycznych. Bóle te zjawiają się codziennie lub w dłuższych przerwach czasu. Uczucie bólu jest nieokreślone, rozlane: ból, poczynając od pępka, rozprzestrzenia się w kierunku miednicy, czasami najsilniej wyrażony bywa w krzyżu. Przy tem samopoczucie jest zadawalające, lub też chorzy skarżą się na nieznaczne osłabienie. Niektórzy chorzy dodają, że z rozpoczęciem bólu wiatry przestają odchodzić; inni czują ból w czasie wypróżnienia. Bóle w brzuchu zdarzają się, jak wiadomo, w całym szeregu chorób organów brzusznych; jednak powinny one zawsze zwrócić uwagę lekarza na okolicę ślepej kiszki, gdyż zjawiają się często u ludzi, którzy już przebyli zapalenie wyrostka robaczkowego, a nierzadko są jedynie objawem *appendicitidis chronicae*, przebiegającej bez „napadu“ (to jest bez raptownego bólu w okolicy ślepej kiszki, bez wysięku, gorączki, przyspieszenia pulsu i wymiotów); a winniśmy zawsze pamiętać, że takie przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, pomimo pozornie łagodnego przebiegu grozi w każdej chwili przedziurawiającem zapaleniem otrzewny.

2. Gdy u chorego, skarżącego się na takie bóle, zaczniemy badać brzuch zewnątrz lub przez odbytnicę, uda się nam niejednokrotnie skonstatować w prawej dolnej okolicy brzucha guz wcale pokaźnych rozmiarów.

3. Jednak częściej guza nie znajdziemy albo dlatego, że sprawa jeszcze nie przeszła na tkanki, otaczające wyrostek robaczkowy, albo dlatego, że zrosty są jeszcze bardzo cienkie; wzamian zato udaje się nam wymacać sam wyrostek, jako twór okrągły, walcowaty, mniej lub więcej bolesny na ucisk.

4. Stosunkowo często przy oględzinach brzucha znajdujemy wypuklenie w prawej dolnej okolicy jego, a przy skombinowanem obmacywaniu zewnątrz i przez odbytnicę możemy stwierdzić, że dolna prawa połowa jamy brzusznej jest silniej wypełniona rozdętymi kiszki, niż lewa; przy uciskaniu ta miejscowa bębniaca znika przy burczeniu.

5. Łatwiejszem staje się rozpoznanie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, jeżeli do wyliczonych już dołączają się takie objawy, jak odbijanie, nudności i wymioty. Jednak często trafia się tu mylne rozpoznanie nieżyty żołądka lub jego nerwicy.



6. Wreszcie do objawów zwiastunnych ostrego zapalenia należą objawy ze strony pęcherza: parcie na mocz, bolesne kurecze pęcherza po oddaniu moczu, do których dołączają się i ogólne bóle brzucha. Objaw ten spotykano zarówno w *appendicitis chronica*, jak i w *perityphlitis acuta* i często mylnie tłumaczono zapaleniem pęcherza.

Wszystkie te dolegliwości mogą się zjawić dopiero po przebytem *perityphlitis*, ale zarówno mogą wyprzedzać ostrą sprawę o kilka lat. Chorzy pomimo tych niedomagań cieszą się względem zdrowiem i znakomitą apetytem; ale wystarcza naprzykład lekka niestrawność, i może nastąpić perforacja wyrostka (w ten właśnie sposób dają się objaśnić przypadki *perityphlitis*, zaczynające się rozwolnieniem). To też zrobienie wczesne prawidłowego rozpoznania na zasadzie wyliczonych objawów ma znaczenie profilaktyczne: choremu na przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego zabronimy zbyt wyczerpujących wysiłków fizycznych, używania silnie czyszczących leków i mięsienia. Z drugiej strony wczesne rozpoznanie jest ważne ze względu na rokowanie: z niejaką pewnością możemy twierdzić, że chory, który przebył długo trwający okres „utajonego“ zapalenia (*Latenzstadium*), mniej jest narażony w razie ostrego wybuchu na niepożądane powikłania, a to dzięki istniejącym zrostom wyrostka z otaczającymi tkankami.

Ze statystyki autora wypada, że przypadki *perityphlitis*, rozpoczynające się rozwolnieniem, dają szczególnie złe rokowanie.

Tyle co do rozpoznania przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Jeżeli znajdujemy się wobec typowego obrazu ostrej sprawy, musimy przede wszystkim rozstrzygnąć pytanie: w jakim kierunku posuwa się wysięk, w jakiej części jamy brzusznej trzeba go szukać i w jakim pozostaje on stosunku przestrzennym do kiszek i pęcherza, a u kobiet — do części rodnych; od rozstrzygnięcia tego pytania zależy rokowanie i kierunek noża przy operacji.

Przypadki, w których wysięk leży po nad więzem POUPART'a i nie jest przykryty kiszka, odznaczają się stosunkowo łagodnym przebiegiem. Z początku mamy tu objawy mniej lub więcej silnego, ściśle ograniczonego zapalenia otrzewny; dopiero później, w miarę powiększania się wysięku, mogą się dołączyć objawy ze strony pęcherza, i może wytworzyć się ropówka (*phlegmone*) tkanki łącznej miednicy; wtedy zjawia się wysoka temperatura (o typie ciągłym lub przestankowym) (*febris continua* lub *intermittens*), tętno jest przyspieszone równoległe ze wzniesieniem temperatury, ale niema wybitnych objawów nerwowych, ani znacznego opadnięcia z sił; takie ropnie miednicze mogą dać przetokę w trójkącie SCARPA'y lub *bubo inguinalis dexter* i czasami grożą ogólną ropnicą. Jednak i te, stosunkowo łagodne przypadki *perityphlitis* powodują czasami przedziurawienie otrzewny; decydujące znaczenie ma tu położenie wyrostka robaczkowego: jeżeli wyrostek leży wolnym swoim końcem poza otrzewną, to na miejscu, gdzie otrzewna nań schodzi, zostaje on po części unieruchomiony (*fixiert*), następuje tu pewne przewężenie, i zawarte w wyrostku materje chorobotwórcze nie mogą wylewać się do kiszek; w tych właśnie przypadkach dość często następuje przedziurawienie wyrostka w miejscu jego połączenia z *caecum*; takiemu przedziurawieniu towarzyszy znaczny wysięk i groźne objawy zapalenia otrzewny; jednak wyrostek może zostać przedziurawiony na swoim wolnym końcu, i cała sprawa chorobowa umiejscawia się wtedy na zewnątrz jamy otrzewny i daje miejscowe ropienie z łagodnym, chociaż długim przebiegiem. I w ogóle przypadki *perityphlitis*, w których wysięk leży po nad więzem POUPART'a i nie jest przykryty kiszka, odznaczają się długim przebiegiem klinicznym, a w razie operacji — prostotą stosunków anatomicznych.

Gorzej przedstawia się sprawa w tych przypadkach, gdzie wysięk, leżący ponad więzłem POUPART'a, jest przykryty kiszkami. Jeżeli występują tu objawy ze strony otrzewny (a rzadko ich niema), mamy do czynienia z ropniem jamy brzusznej, którego ściany tworzą się na koszt kiszek.

Objawy tej sprawy są zwykle piorunujące: raptowna ciężka zapaść z niską temperaturą i bardzo przyspieszonym tętnem. Ropienie może zejść do miednicy, przebić ścianę brzuszną w okolicy więzła POUPART'a, przejść na części rodne wewnętrzne — co jest ciężkim powikłaniem, wreszcie przedziurawić ścianę pęcherza. Rokowanie wprawdzie zależy od szybkości, z jaką tworzą się zrosty, i od ich trwałości, jednak wogóle nie jest dobre ze względu na ciągle grożące niebezpieczeństwo przedziurawienia otrzewny i na niepewny rezultat operacji: wobec licznych zrostów pomiędzy kiszkami, trudno nieraz bywa oddzielić zmieniony chorobowo wyrostek robaczkowy; pozatem, rozdzierając zrosty, możemy przenieść zarazki ropotwórcze na zdrowe dotychczas części otrzewny lub uszkodzić ścianę kiszki; wreszcie istniejące przetoki kiszkowe wymagają nieraz rezekcji części kiszki. Wybór pomiędzy wyczekującym leczeniem a operacją jest w tych przypadkach bardzo trudny; autor podaje jedno wskazanie do operacji, mianowicie przebicie ropnia do pęcherza moczowego wobec grożącego często wtórnego ropniaka miedniczki nerkowej i nerki (*pyelo- et pyonephrosis secundaria*).

Wysięki leżące, jak i dwa co dopiero opisane rodzaje, nad więzłem POUPART'a, ale rozprzestrzeniające się tylko na zewnątrz w stronę łuku żebrowego z pominięciem środkowej linii ciała, tworzą się w 2 przypadkach: albo wtedy, gdy wyrostek robaczkowy jest przedziurawiony na wolnym końcu, zwróconym na zewnątrz (co zależy od poprzedzającego zapalenia z przemieszczeniem i unieruchomieniem), albo wtedy, gdy wyrostek całą swoją długością leży na zewnątrz od *colon ascendens* (tę anomalię położenia autor obserwował w 6 przypadkach). Takie wysięki wywołują bardzo często ropienie podprzeponowe; a czasami przebijają się do kiszki grubej i powodują ogólne septyczne zaburzenie, a po operacji dają ciężko gojące się przetoki grubej kiszki. Przy operacji wynalezienie i wyłuszczenie wyrostka robaczkowego wymaga sporo czasu i grozi uszkodzeniem kiszki.

Wysięki wewnątrzotrzewnowe, leżące wyłącznie w małej miednicy, powstają wtedy, gdy koniec wyrostka robaczkowego, opuszczający się do niej, zostaje przedziurawiony. Przebiegają one z ciężkimi objawami rozlanego zapalenia otrzewny. Przy operacji musimy otwierać nienaruszoną lub świeżo podrażnioną otrzewną, o ile nie ograniczymy się na nacięciu przestrzeni DOUGLAS'a, gdy już pierwsze burzliwe objawy miną. O ile ropienie rozprzestrzenia się do góry, może ono dojść do więzła POUPART'a, przyczem trzyma się więcej środkowej linii ciała.

Z innych odmian w umiejscowieniu wysięku autor wskazuje jeszcze *perityphilitis sinistra*, obserwowane przez niego dwa razy u dzieci: nienormalnie długi wyrostek robaczkowy przeszedł na lewą stronę jamy brzusznej i tam wywołał zapalenie.

Wreszcie autor widział 5 razy umiejscowienie wyrostka robaczkowego pod wątrobą; przy takim położeniu wyrostka przebieg zapalenia jego jest bardzo groźny i często prowadzi do ropni podprzeponowych. Rozpoznanie jest dość trudne, szczególnie u osób dorosłych wobec możliwości istnienia kamieni żółciowych.

Przechodząc do leczenia, autor jeszcze raz dobitnie zaznacza konieczność wczesnego rozpoznania sprawy w czasie utajonego zapalenia, ograniczającego

się na samym wyrostku robaczkowym. W tym okresie choroby usuwamy wszelkie szkodliwe wpływy: pożywienie powinno być lekkie, nie drażniące, nie pozostawiające dużej ilości twardej reszty; najlepiej jest w ciągu kilku tygodni podawać wyłącznie płynne pokarmy. Stolec regulujemy za pomocą lawatyw z oliwy. Chory w ciągu 3 — 4 tygodni powinien leżeć w łóżku, a potem w ciągu kilku miesięcy unikać fizycznych wysiłków, sportów i tańca. Jeżeli pomimo takiej kuracji objawy nie ustępują lub wracają po podniesieniu się chorego z łóżka, autor radzi wykonać radykalną operację.

Jeżeli mamy do czynienia ze sprawą ostrą, to winniśmy pamiętać, że właściwie niema przypadków *perityphilitis levis*, gdyż nigdy nie można powiedzieć z zupełną pewnością, jaki będzie przebieg danego pojedynczego przypadku. O ile jednak objawy kliniczne nie są zbyt groźne i nie potęgują się zbyt szybko — ogólnie przyjęte jest leczenie wyczekujące, połączone z pilną obserwacją: każde nasilenie objawów ze strony otrzewny lub wystąpienie objawów ropienia powinny pobudzić lekarza do rozstrzygnięcia zapytania, czy w danym przypadku nie jest konieczna operacja.

W razie groźnych klinicznych objawów (ale bez rozlanego przedziurawiającego zapalenia otrzewny) autor radzi zwrócić baczną uwagę na ogólny wygląd chorego i na sposób powstawania sprawy chorobowej. Silna błądź lub, odwrotnie, kongestyjne zaczerwienienie, a nawet sinica twarzy, niepokój, wreszcie bredzenie są bardzo złowróżbnymi objawami nawet wtedy, gdy czkawki i wymiotów niema lub już niema, a nawet pomimo prawie normalnej czynności serca i prawidłowej temperatury. Te nerwowe objawy zniewalają nas do podjęcia operacji — wprawdzie z bardzo wątpliwym skutkiem. Dalej przypadki, zaczynające się rozwolnieniami po bardzo krótkim okresie zwiastunym utajonego zapalenia, pozwalają przypuszczać zmartwienie wyrostka robaczkowego i wymagają szybkiego zabiegu operacyjnego. Jeżeli uda nam się nawet w takich groźnych przypadkach zwalczyć zatrważające objawy na drodze wyczekującej, to nie powinniśmy zbyt długo liczyć na wessanie wysięku, a tembardziej na przebicie ropnia. Ale tutaj niema już absolutnie obowiązujących prawideł, i chirurg musi indywidualizować każdy poszczególny przypadek.

Najtrudniejsze jest położenie lekarza wobec przypadków ciężkiego septycznego, rozlanego zapalenia otrzewny. Autorowi na 19 operowanych przypadków tylko 4 razy udało się uratować chorego. Autor postępował w ten sposób: gdy złośliwe objawy wzmagają się szybko, a ogólny stan chorego pozwala na zabieg operacyjny, autor jednym dużym lub paroma małymi cięciami otwiera drogę do odpływu ropy, rezekuje wyrostek robaczkowy, o ile to w danym przypadku jest możliwe, i drenażuje gazą jodoformową; przed operacją autor stara się podskórnymi infuzjami kamfory zwalczyć zapaść, i, jeżeli się to uda, odwlece operację aż do czasu otorbienia się ropnia, gdyż doświadczenie uczy, że nawet w przypadkach pozornie rozlanego zapalenia otrzewny może się w końcu utworzyć ściśle umiejscowiony guz nad więzłem POUPART'a, w okolicy wątroby lub koło odbytnicy. Autor nie widział szczególnie dobrych wyników ani po przemycaniu jamy brzusznej (REHN), ani po *incisio Douglassi* (ROTTER).

Wreszcie autor ostrzega przed poruszaniem takich chorych, przenoszeniem z łóżka na łóżko i t. p., gdyż bardzo łatwo można w ten sposób wywołać zapaść.

Wykład swój autor oparł na 300 przypadkach, leczonych po części konserwatywnie, po części metodą operacyjną.

(*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 23, 24, 25 r. 1901). Bolesław Zelnowski.



## Orobniejsze wiadomości różnej treści.

— MIECZNIKOW zwrócił uwagę na częstą zależność zapalenia wyrostka robaczkowego od obecności glist i włosogłówek. Powodują one drobne złuszczenia nabłonka błony śluzowej kątnicy, a obok tego, być może, wprost wywołują stan zapalny przez chemiczne lub mechaniczne drażnienie kiszki. Wnioski: 1) we wszystkich przypadkach *appendicitidis* należy badać kał na pasożyty; 2) przepisywać santoninę i tymol; 3) chorzy skłonni do częstych nawrotów *appendic.* powinni unikać surowych

owoców i jarzyn oraz picia wody nieprzegotowanej. (Klin. ther. Woch. 24. 3. 1901).

— GIOFFREDI zwraca uwagę na antagonizm między wodanem chloralu, paraldehydem, uretanem i t. p. środkami nasennymi z jednej a kokainą z drugiej strony. Środki te w doświadczeniach u psów, otrutych kokainą w dawce dwa razy większej od śmiertelnej, stanowiły dobrą odtrutkę. Natomiast kokaina nie jest odtrutką dla owych środków nasennych. (Clinica moderna. 5. 12. 1900).

## Wiadomości bieżące.

— W dniu 21. 6 m. o godzinie 2-iej p. p. odbył się pogrzeb ś. p. Marcelego NENCKIEGO z tutejszego kościoła ewangelicko-reformowanego. Nad grobem pierwszy przemawiał prof. KOSTANECKI z Krakowa, jako przedstawiciel Wszechnicy Jagiellońskiej; w imieniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego przemawiał kol. Jan PRUSZYŃSKI, w imieniu uczniów nieodżałowanego profesora — d-r fil. Jan ZALESKI; w imieniu przyrodników — prof. Józef BOGUCKI.

— Posiedzenie sekcji chemicznej w dniu 19 b. m. poświęcone zostało pamięci zmarłego w dniu 14 b. m. ś. p. Prof. Marcelego NENCKIEGO. Po zgażeniu posiedzenia przez prof. ZNATOWICZA, jako przewodniczącego sekcji chemicznej, zabrakł głos p. Wł. LEPPERT, charakteryzując działalność zmarłego jako nauczyciela, kierownika pracowni i uczonego.

— Wyszedł z druku zeszyt 6 i 7 serii XIII „Odczytów klinicznych“ wydawanych przez redakcję „Gazety lekarskiej“. Pierwszy z nich zawiera pracę d-ra P. KUČERA p. t. „Dzisiejszy stan nauki o przyczynach raka“, drugi zaś pracę oryginalną d-ra Wł. JANOWSKIEGO p. t. „Fizjologia i patologia ogólna wymiotów“.

— Rada miejska w Berlinie postanowiła uczcić 80-letnią rocznicę urodzin

VIRCHOW'a budową nowego szpitala, który ma być ukończony w roku 1903. Oprócz głównego budynku ma być 21 pawilonów, przeznaczonych dla rozmaitych chorób specjalnych. Szpital ma pomieścić 1700 chorych i 300 osób personelu lekarskiego oraz służby. Po za głównym gmachem na przestrzeni 400 metrów ma być założona szeroka aleja w rodzaju ogrodu, na końcu którego ma się znajdować kaplica. Szpital ma mieć własne laboratorium do wszelkiego rodzaju badań oraz do wyrobu rozmaitych surowic. Że też to u nas miasto tak duże, jak Warszawa, nie może się zdobyć na wybudowanie i utrzymanie chociaż jednego wielkiego szpitala. Brak miejsc nawet w porze obecnej znów uczuwać się daje bardzo; już w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus poddawano po kilka łóżek do każdego oddziału, a pomimo to nie raz chorzy muszą leżeć na ziemi, a to dla tego, że zawsze wszystkie łóżka są zajęte.

— W Rosji obecnie lekarzy praktykujących ma być 20,092 z tego 19,450 mężczyzn i 642 kobiety. Aptek liczy się 3,781; i lekarz wypada na 6,500 ludności, a jedna apteka na 35,000 ludności.

— Broszura, zawierająca tytuły wszystkich prac VIRCHOW'a, obejmuje 7 arkuszy druku.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводило цензурно, Варшава 11 Октября 1901 г.

Druk K. Kowalowskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

Opatrunki „chirurgiczne i ginekologiczne“ oraz wszelkie środki opatrunkowo sterylizowane (wata, gaza, ligatury, bandaże). Z pracowni sterylizacyjnej **D-ra BORZYŃOWSKIEGO** można dostać w aptokach W.W.: Boreza, Cypusza, Filloborna, Filipowicza, Habielskiego, Iwańskiego, Klikięgo, Klimpla, Koziolkowicza, Kozłowskięgo, Lilpę, Malinowskięgo, Mioszczęńskiego, Manduka, Modlińskięgo, Nawrockięgo, Różyckięgo, Strużyńskięgo i Fricę, Stypińskięgo i Surzyckięgo, Węta i Zilbora, Więckowskięgo, Wiorogórskięgo, Wróblewskięgo i Zamonhafa.

Składy głęwno: Karmelięka 6, m. 7. Od 1-go Lipca Solna 17 (Pracownia Sterylizacyjna) i Włodzimierska 6, m. 2 (Kantor fabryki środków opatrunkowych „Strzelęcki i S-ka“, Tel. Nr 1341). W Lublinie: w składzie **Wł. Magierskiego**. W Kaliszu: w aptece **K. Rybickiego**. W Kielcach w aptece **A. Wierzbęty**.

## Zakład Lecznicy dla chorych NA USZY

**D-ra L. Guranowskięgo**  
Chmielna 25.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatę od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

## Warszawski Zakład Ginekologiczny Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskięgo, Kuniewiczę, Natansonę, Thiemego, Tyrchowskięgo i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatę od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

## ZAKŁAD LECZNICY

**D-ra med. Z. Dmochowskięgo**

dla chorych na krtań, gardło i nos.  
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

## Pracownia analityczno-lekarska **D-ra Stanisława Mutermilcha**

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żęłdkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobieceęgo, nalotów dyfteryticznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyk-lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna Nr 22).

Opuścił prasę i jest do nabycia u wydawcy (w Warszawie, ŚWIĘTOKRZYSKA 29) i we wszystkich księęgarniach

## KALENDARZ LEKARSKI NA ROK 1902.

**D-ra J. POLAKA.**

**Treść:** Ratownictwo. Otrucia (znacznie uzupełnione). Najwyższe dawki środków mocno działających. Zamiana wag. Poręwnanie ciepłoty według trzech termometrów. Dawkowanie wstrzykiwań podakórnych i mięęszkowych, leków wprowadzanych do odbytnicy, do cewki, łącznicy i t. p. Stęężenie roztworów do płukań. Dawkowanie leków do wzięwań, do pędzłowań, wdmuchiwań. Rozpuszczalność różnych przetworów w wodzie, wyakoku i eterze, kąpiele lecznicze itp. Podręcznik terapeutyczny z udziałem pierwszorzęędnych powag lekarskich w Warszawie ułożony, uzupełniony obecnie dokładnym przeglądem najnowszycy leków (do września r. bież., włąęcznie zanotowanych w literaturze). Spis wydziałów i szkół lekarskich we wszystkich częęściach świata. Metrologia znacznie uzupełniona. Najpełniejszy alfabetyczny spis istniejących w Europie zdrojowisk i uzdrowisk z oznaczeniem głęwnych danych. Lista lekarzy i instytucyj lekarskich w Warszawie, skład uniwersytetu, urzęędu lekarskiego, szpitali, lecznic i t. p.), aptek i składów aptecznych i t. p. Lista lekarzy, szpitali i aptek na prowincyi (w Królestwie Polskim). Lista lekarzy-polaków praktykujących u wód zagranicę.

Oprawa wykwiętna — ze sztucznej skóry, z notatnikami kwartalnymi, wkładanymi, z ołówkiem i gumę.

Cena egzemplarza 1 rb. 50 kop., z przesyłką 1 rb. 60 kop., zaś 1 rb. 70 kop. za zaliczeniem pocztowem.

Nabywający egzemplarz kalendarza mogą otrzymać (od autora) po cenie zniżonej (3 rb. zamiast rb. 4 z przesyłką — „Naukę o szczęęśliwości“ przez d-ra Polaka (str 450 wielkiego formatu na welluio, patrz ogłoszenie w Kalendarzu lekarskim).

# KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY

dla nerwowo i umysłowo chorych

oraz dla morfinistów i alkoholików płci obojga.

5 min. od st. kolei Oborniki przy linii Poznań—Pila (Posen—Schneidemühl).

Adres: Kowanówko, p. Poznań.

Cona od 200 mk. miesięcznie.

Dr. Karczewski.

Dr. Mucha.

## „Hélouan les Bains” w Egipcie.

Stacya klimatyczna dla chorych nerkowych, piersiowych i reumatycznych. 40 minut jazdy koleją od Kairu. Otwarte sezonu od 1-go października now. stylu. Znacznie ulepszony w stosunku do roku zeszłego, pierwszorzędny pensjonat, Hôtel-pension „Villa Wanda.” — W. Bilińskiej. Własna kuchnia dyetetyczna. W miejscu lekarze specjaliści.

Utrzymanie całodzienne od 8 do 10 franków. Przy pomieszczeniu 2 osób w jednym pokoju ustępstwo.

== Adres: Egypte-Hélouan „Villa Wanda.” M-me Wanda de Bilińska. ==

~ Kilka złotych medali. ~

Nowe!

Nowy organiczny preparat bromu

## Bromocoll.

~ Zupełnie bez smaku. ~

Zastępuje Bromalkalie.

## Maść - Bromocoll 20%

### Połączenie: Bromocol-Resorbin.

Próby i literaturę mogą panowie lekarze otrzymać w każdej chwili.

Preparaty nasze można sprowadzać za pośrednictwem wszystkich składów aptecznych lub aptek.

Towarzystwo Akcyjne Fabryk Anilinowych Oddział Farmaceutyczny. Berlin SO. 38.

## P E R T U S S I N

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Nabyć można za pośrednictwem każdej **APTEKI** we flaszkach z 250 gramami.

Literatura: Therapeut. Beilage № 7. Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898) № 56, Allg. med. C. Z. (1899), № 29 All. B. 1. (1899); № 17 Wiener med. B. (1900). Wiener Aerztl. Centralztg. № 12 (1901).

Skład główny Apteka Täschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią

Aptekarz H. Biertümpfel, Warszawa Marszałkowska 133.

Mag. ph. E. van Bellon, Aptekarz Th. Buchardt, Ryga, Kalkstrasse 26.



# Fabryki Farb

DAWNIJ

## Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

Oddział produktów farmaceutycznych.

**Arystol**

Ssocoownie: czysty lub z Acid-  
rb pulv. albo jako maść 5%.

**Mleko—Somatoza.**

(Lacto Somatose)  
zawiera 5% Tanniny w połącze-  
niu organicznem.

**Creosotal**

wolny od działania żrącego i tru-  
jącego.

**Heroina**

zastępuje morfinę.

**Protargol**

Organiczny związek srebra za-  
stępuje doskonale  $AgNO_3$ , nie  
drażni i nie tworzy osadu na bło-  
nie śluzowej.

**Lycetol**

(Winian dimetapiperazyny)  
łatwo podzielny o przyjemnym  
smaku, niehygroskopijny.

**Epicaryna**

dla użytku weterynar.

**Lozofan**

**Kwas salicylowy. Salicylan sodu. Analgen.**

**Phenacetyna Bayer Aspiryna**



**Somatoza**

związek białkowy, łatwo roz-  
puszczalny bez smaku i zapachu.

**Duotal**

Najczystszy prep. guajakolu.

**Chlorek heroiny**

łatwo rozpuszczalny w wodzie  
zastępujący morfinę.

**Tannigen**

Zamienia tanię, rozszczepia się  
w kiszkacli przez co nie psuje  
apetytu.

**Hedonal**

**Tetronal**

**Epicarina**

Tannopin i Tann. weter.

zastępuje zupełnie kwas salicy-  
lowy i salicylan sodu, nie drażni  
żołądka i zostaje bez rozkładu  
przyswojona.

**Żelazo—Somatoza**

(Ferro-Somatose)  
Zawiera 2% żelaza w połączeniu  
organicznem łatwo przyswaja-  
nem. Bez smaku, łatwo rozpu-  
szczalna.

**Europphen**

zastępuje Jodoform w małej chi-  
rurgii.  
Stosowanie: czysty lub z ac-  
borie. pulv. aa. p. w maści — 10%.

**Jodotyryna**

działająca substancya gruczolu  
tarczycowego.

**Salophen**

zamiast kwasu salicylowego i j-  
go soli, bez zapachu, zupełnie  
nieškodliwy, wolny od wszelkich  
ubocznych działań.

**Piperazyna**

**Trional**

**Sulfonal**

**Salol**