

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 42.

Warszawa d. 4 (17) Października 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 33 Rue de Varenne 38.

Adres wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Kilka uwag o przewlekłych zapaleniach pęcherza. Podali d-rzy B. Motz i E. Montfort (Dokończenie) — Z kazuistyki oddziału chirurgicznego d-ra W. H. Krajewskiego w szpitalu Dz. Jezus. Podał A. Wertheim. — WYKŁADY KLINICZNE. F. Kohn. Leczenie zachowawcze kamicy żółciowej. (Dokończenie). — STRESZCZENIA ZBIOROWE. Przyczyny i warunki powstawania zapalenia stawów reumatycznego według danych nowszego piśmiennictwa. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 1 września r. b. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HERDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r B. Motz et E. Montfort — Quelques remarques sur les cystites chroniques. 2) D-r A. Wertheim — Quelques cas de la clinique chirurgicale du d-r W. H. Krajewski.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r B. Motz und E. Montfort — Einige Bemerkungen über chronische Entzündungen der Harnblase 2) D-r A. Wertheim — Kasuistische aus der chirurgischen Abtheilung des D-rs W. H. Krajewski im Kindlein-Jesu Hospital.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z kliniki dróg moczowych prof. Guyon'a w Paryżu.

Kilka uwag o przewlekłych zapaleniach pęcherza.

Podali

D-rzy B. MOTZ i E. MONTFORT.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 41).

Zapalenie tylnej części cewki moczowej (*urethritis posterior*) bywa bardzo często przyczyną wtórnego zakażenia pęcherza,

szczególniej w przypadkach nadmiernego rozwoju okolicy przyprątnej, jak np. przy przeroście gruczolu przyprątneho. Nie trzeba nigdy zapominać o tem, że z chwilą, gdy zakażenie przeszło po za szyję pęcherza, tylna część cewki — ów istny przedpokój pęcherza — bywa narażona na zakażenie. W takich przypadkach do wyleczenia przewlekłego zapalenia pęcherza nie wystarczają przepłukiwania lub wkraplania, lecz wypada przedewszystkiem usunąć zakażenie bakteryjne tylnej części cewki, które udaremnia wszelkie nasze zabiegi.

Przyczyny wewnątrz-pęcherzowe.

Zarówno łagodne, jak złośliwe nowotwory pęcherza sprzyjają rozwojowi przewlekłego zapalenia tego narządu. Przedewszystkiem przeszkadzają one dokładnej dezynfekcyi pęcherza, a powtórnie — powodują częściowe lub całkowite przekrwienie tegoż, wskutek czego bardzo często i przez bardzo długi czas podtrzymują fermentacyę bakteryjną.

Podobnie szkodliwe działanie na pęcherz wywierają także kamienie i obce ciała, które, oprócz utrudnienia dezynfekcyi i wywołowania przekrwienia, drażnią jeszcze mechanicznie ściany tego narządu. Podrażnienie to wzmacnia naturalnie wrażliwość błony śluzowej pęcherza.

Pęcherze podwójne należą do rzadkości, uchyłki pęcherzowe natomiast trafiają się bardzo często. Można powiedzieć, że na 100 chorych, umierających wskutek różnych cierpień dróg moczowych, 5—6 posiada pęcherze z mniej lub więcej rozwiniętymi uchyłkami. Rozumie się, że obecność uchyłków olbrzymio utrudnia dokładną dezynfekcyę pęcherza, a nawet zupełnie ją uniemożliwia w niektórych razach. Przemycanie i wkraplania nie są w stanie wypłukać tych kieszeni, łączących się nieraz za pomocą bardzo wąskich otworów z jamą pęcherza. Bakteryje, obficie pleniące się w tych jamach, bezustannie zakażają pęcherz.

Podobną, acz mniej wybitną rolę grają komory, spotykane w pęcherzu prostatyka. Nieraz komory te bardzo są liczne i bardzo głębokie. Dezynfekcyja ich należy do zadań bardzo trudnych, a wielkie przepłukiwania pęcherza nie wystarczają do wyleczenia tej odmiany powiększenia.

Zatrzymanie moczu, zupełne lub częściowe, nie przeszkadza wprawdzie dezynfekcyi pęcherza, lecz znacznie ją utrudnia. Niedostateczne opróżnienie rezerwoaru pęcherzowego, tak często widywane u osób, posiadających zwęże-

nie, u tabetyków, jakoteż u prostatyków, wymaga nieraz od lekarza bardzo energicznego i systematycznego leczenia.

Wymieniliśmy powyżej pewną liczbę przyczyn, które w znacznym stopniu mogą wpływać na wytworzenie się zapalenia pęcherza, jakoteż na przewlekłe trwanie tegoż. Po za tem nie powinniśmy jednak zapominać, że źle leczone zapalenie pęcherza może stać się powodem poważnych zmian anatomicznych, które następczo jeszcze bardziej utrudniają będą wyleczenie.

Istotnie, przewlekłe zapalenia pęcherza rzadko tylko ograniczają się do powierzchownych warstw pęcherza. Zazwyczaj towarzyszą im nacieki zapalne, rozsiane wśród tkanki łącznej błony mięsnej (interstycyalne zapalenie pęcherza), a nieraz sięgają one jeszcze głębiej i wywołują rozległe zapalenia okołopęcherzowe.

Przewlekłe zapalenia pęcherza wielką okazują skłonność do gojenia się za pomocą przemiany luźnej tkanki łącznej w tkankę włóknistą wraz z jednoczesnem, mniej lub więcej wyraznym zwyrodnieniem pasemek mięsnych. Obwodowe nacieki również giną, a na ich miejscu pozostają szerokie pasma tkanki włóknisto-tłuszczowej (*pericystitis fibro-adiposa*). Jest to najczęstszy rodzaj przewlekłych zapaleń pęcherza. (HALLÉ i MOTZ). Wytwory kosmkowe zaś, krwawienia interstycyalne, błony rzekome, leukoplazya i ropnie przemieniają łagodne przewlekłe zapalenie pęcherza w złośliwe.

Obecność kosmków zarodkowo-naczyniowych na powierzchni błony śluzowej bardzo przeszkadza działaniu środków lekarskich na błonę śluzową pęcherza.

Podobnie krwawienia i interstycyalne wybroczyny krwawe znacznie ułatwiają rozwój bakteryi w płynie surowicznym, którym błona śluzowa jest przesiąknięta.

Zmiany naczyniowe i zaburzenia w krążeniu powodują także sprawę martwiczą, wskutek której tworzą się błony rzekome. Są one następstwem krwawień interstycyalnych, spowo-

dowanych przez kapilarne zakrzepy (HALLÉ i MOTZ).

Owrzodzenia te i strupy, zakażone przez bakterye moczowe, podtrzymują ropienie i przeszkadzają działaniu środków odkażających na ogniska zapalne.

To samo zachodzi w niektórych zapaleniach pęcherza, gdzie działaniu środków leczniczych na ogniska ropne stają na przeszkodzie leukoplazye. Ta odmiana zapalenia pęcherza w zupełności przypomina owe przewlekłe zapalenia cewki moczowej, w których wskutek długiego trwania choroby nabłonek cewki zupełnie jest zrogowaciały.

Wielkie zbiorowiska ropy, bądź to wśród ścian pęcherza, bądź na obwodzie tegoż (*cystitis et pericystitis purulenta phlegmonosa*) należą do rzadkości, zazwyczaj wywołują one ciężkie zakażenia ogólne, które zabijają chorego.

Jak badać i leczyć chorego, dotkniętego przewlekłym zapaleniem pęcherza?

Widzieliśmy powyżej, jak liczne są przyczyny, podtrzymujące ropienie pęcherzowe i przeszkadzające wyzdrowieniu. Wobec tego należy każdego chorego jaknajsumienniej i najsystematyczniej zbadać.

Przedewszystkiem więc zwracamy uwagę na stan przewodu pokarmowego i dowiadujemy się, czy chory nie należy przypadkiem do rodzaju cierpiących na uporezywe zaparcie stolca.

U kobiet natomiast badamy szczegółowo położenie i stan anatomiczny narządów płciowych.

U mężczyzn również pamiętać trzeba o stanie pęcherzyków nasiennych i o gruczole przyprątym. Uwzględniamy więc wielkość ich, konsystencyę i szczegółowo badamy ich zawartość.

Nadto dowiadujemy się, czy w poprzednich kuracjach, przez które chory przechodził, uwzględniono możliwość zakażenia tylnej części cewki i czy przeprowadzono właściwe leczenie tego powikłania.

Przekonawszy się następnie, czy pęcherz opróżnia się doszczętnie, poszukujemy w nim kamieni i ciał obcych.

We wszystkich przypadkach, gdzie pojemność pęcherza jest jeszcze dostateczna, dokonujemy badania cystoskopowego, aby przekonać się o istnieniu lub nieobecności nowotworu, uchyłka, przetoki pęcherzowo-kiszkiowej, komór znacznych.

Prócz tego staramy się też o rozpoznanie rodzaju zmiany anatomicznej błony śluzowej, by móc osądzić, czy nie mamy do czynienia z jednym z powyżej wyluszczonej poważnych cierpień.

Badanie bakteriologiczne przekona nas o gruzliczym lub niegruzliczym charakterze zapalenia pęcherza, histologiczne zaś badanie pozwoli nam nieraz rozpoznać rodzaj nowotworu, lub leukoplazję, lub obecność przetoki pęcherzowo-kiszkiowej. Ma to miejsce szczególnie w tych przypadkach, w których badanie cystoskopem było niemożliwe. Strzępki nowotworu, znajduwane w moczu, zrogowaciałe komórki lub substancje pochodzenia kiszkiowego — służą jako cechy rozpoznawcze.

Po znalezieniu jednej z tych przyczyn usiłujemy zwalczyć ją i usunąć, po czem przystępujemy do długiego leczenia za pomocą wkraplań roztworu saletrzana srebra (1%—5%), jeżeli wrażliwość pęcherza jest wielka, lub też przemyciając ze słabszego roztworu (1:500) tegoż leku — jeżeli pojemność pęcherza nie jest zbyt zmniejszona. Jeżeli jednak leczenie to pozostaje bez skutku, lub też jeżeli przy cystoskopowym badaniu przekonywamy się o istnieniu jednej z powyżej wymienionych wielkich zmian, wówczas zmieniamy plan postępowania i za radą prof. GURON'a dokonywamy cięcia podbrzusznego (*sectio hypogastrica*) pęcherza, poczem za pomocą żegadła lub skrobaczki usuwamy wszystkie twory, przeszkadzające działaniu środków przeciwważnych. W ciągu 3—4 następnych tygodni drenujemy pęcherz przez ranę podbrzu-

szą. Przy mniej głębokich a bardziej rozsi-
anych zmianach stosujemy z wielką korzyścią cy-
stoskopię oparacyjną wedle metody NITZE'go,
która w ściśle określonych przypadkach dosko-
nałe może dać wyniki.

W ciągu całego tego leczenia chory, celem
zabezpieczenia moczowodów i nerek od zakaże-
nia bakteryjnego, powinien zażywać urotropiny.

Z KAZUISTYKI ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO

D-ra W. H. Krajewskiego

W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

Podał

ALEKSANDER WERTHEIM.

I. Tętniak tętnicy podkolanowej.

C. K. w wieku lat 55, leśniczy, wstąpił do
oddziału 4 czerwca 1903 r.

Ciężkich chorób dawniej nie przechodził.
Od 1½ roku, bez przyczyny widocznej, w pra-
wym dole podkolanowym rozwija się powoli
guz, który w ostatnich czasach sprawia chore-
mu dość znaczne dolegliwości w postaci bólów.

Status praesens. Chory wzrostu średniego,
miernej budowy, dobrze odżywiany. Badanie
organów wewnętrznych nie wykazuje zmian do-
strzegalnych. Górną wewnętrzną część łydki
prawej zajmuje guz wielkości dużej pięści, się-
gający aż do dołu podkolanowego; granice gu-
za niezbyt wyraźne. Skóra, pokrywająca guz —
przesuwalna, w sąsiedztwie zaś puszczeli zlekka
zaczzerwieniona, obrzęknięta i bolesna. Wyma-
cywanie elastycznego guza wykazuje po-
wierzchnie tętnienie rozmaitych miejsc w ob-
rębie jego, a nadto głębokie tętnienie całego
tworu. Tętnienie ustaje natychmiast z chwilą
uciśnięcia tętnicy udowej pod więzłem pachwi-
nowym. Gruczoły w pachwinie nie powiększo-

ne. Badanie promieniami ROENTGEN'a nie wy-
kazuje żadnych zmian na przebiegu kości go-
leńi; sam guz nie daje cienia na ekranie.

Rozpoznano tętniak tętnicy podkolanowej,
i w d. 12.VI. 1903 przystąpiono do operacji (d-
r KRAJEWSKI).

Nałożywszy na udo opaskę elastyczną, po-
prowadzono cięcie w dole podkolanowym bliżej
brzegu wewnętrznego. Po obnażeniu wewnętrznej
główki mięśnia brzuścołydkowego, poczęto od-
dzielać ją na tępo od guza barwy szaro-bru-
natnej o ścianach wyraźnych, dość gładkich.

Oddzieliwszy w ten sposób część guza,
przekonano się, iż zajmuje on ogromną prze-
strzeń, sięgając w dół poniżej środka puszczeli;
postanowiono więc, w celu uniknięcia zniszcze-
nia w mięśniach otaczających, opróżnić twór z
zawartości. Po nacięciu podłużnym guza, usu-
nięto zeń znaczną ilość starych i świeżych skrze-
pów. Następnie odszukano tętnicę podkolan-
ową, a separując ją od zewnętrznej powierzchni
guza, natrafiono w końcu na miejsce, w którym
tętnica bezpośrednio łączyła się zguzem. Po-
wyżej i poniżej tego miejsce tętnicę podwiąza-
no podwójnie i przecięto pomiędzy podwiązka-
mi. Następnie przystąpiono do oddzielania sa-
mego worka tętniaka; czynność ta nastęrczała
poważne trudności, ponieważ w skład ściany
worka wchodziły wszystkie mięśnie łydki i tkan-
ki otaczające, a nadto worek zrośnięty był
mocno z okostną. Powoli udało się to jednak
w zupełności. Po usunięciu guza i zatamowa-
niu krwawienia, górną połowę jamy zaszyto,
dolną wypełniono gazą jodoformową. Kończy-
nę ułożono w szynie VOLKMANN'a.

15.VI. Zmieniono w części opatrunek. Stan
ogólny chorego zadawalający.

18.VI. Gazę w ranie zmieniono całkowicie.
Rana ziarninuje prawidłowo.

20.VI. Szew usunięto.

Dalszy przebieg rekonwalescencji pra-
widłowy.

II. Rak żołądka. Przedziurawienie ściany żołądka.

Z. T. w wieku lat 51, robotnik fabryczny. Przybył do oddziału 1.VII. 1903 r.

Chory od lat 5 cierpi na bóle w okolicy żołądka, zjawiające się głównie po jedzeniu. Od trzech tygodni bóle zjawiają się częściej, trwają dłużej i promieniują w kierunku kręgosłupa. Wymiotów przez cały czas trwania choroby nie było. W ostatnich czasach chory szybko chudnie.

W oddziale wewnętrznym (d-r WINIARSKI), skąd chorego przeniesiono do pawilonu chirurgicznego, stwierdzono, co następuje:

Chory wynędzniały, chudy, nie gorączkuje. Tętno 80, słabe. Płuca i serce zmian dostrzegalnych nie przedstawiają. Brzuch nie zapadnięty, dosyć twardy; bolesności, ani wyraźnej odporności w dołku nie ma.

11.VI. Chory skarży się na bóle w okolicy krzyża i w brzuchu.

16.VI. W godzinę po próbnym śniadaniu wydobyto z żołądka treść o odczynie silnie kwaśnym, zawierającą wolny kwas solny przy braku kwasu mlecznego.

Po napełnieniu żołądka wodą, dolna granica jego opuszcza się do poziomu pępka.

Rozpoznano wrzód okrągły żołądka, a ponieważ stan chorego stale pogarszał się, bóle nie ustępowały, a nadto wystąpiły upórzywe wymioty, przeniesiono go do oddziału chirurgicznego.

2.VII. Bóle i wymioty wzmogły się do tego stopnia, że postanowiono nazajutrz poddać chorego zabiegowi operacyjnemu. Tymczasem tego samego dnia chory po spożyciu obiadu doznał znowu napadu gwałtownych bólów, które nie ustępowały pomimo kilkakrotnego zastrzykiwania pod skórę morfiny. Wobec tego operację przyspieszono i wykonano ją wieczorem tego samego dnia (d-r KRAJEWSKI).

Ścianę brzuszną przecięto na linii pośredniej od wyrostka mieczykowego do pępka; po otwarciu jamy brzusznej, znaleziono w niej płyn, pomieszany z resztkami pokarmów. Następnie, odszukawszy żołądek, znaleziono na przedniej ścianie jego, w pobliżu krzywizny mniejszej, otwór, przez który wylewała się treść żołądkowa. Otwór ten otoczony był twardą, białą białą. Próba zamknięcia otworu za pomocą szwu kapeiuchowego nie udała się, ponieważ szwy przecinały bliznowatą, zwyrodniałą ścianę żołądka w okolicy wrzodu. Obmacując cały żołądek, przekonano się, że oprócz wrzodu znajduje się jeszcze guz żołądka na krzywiznie mniejszej, a gruczoly sąsiadnie są powiększone, żołądek cały mało ruchomy. O wycięciu więc żołądka nie można było myśleć; w celu zamknięcia połączenia jamy brzusznej z jamą żołądka postąpiono tak, że miejsce przedziurawienia wgłobiono, a brzegi wgłobienia tego połączono ze sobą szwem trzypiętrowym. Następnie jamę brzuszną przepłukano fizyologicznym roztworem soli; w tym celu nad obydwoma więzami pachwinowymi zrobiono niewielkie otwory i przez nie do dolnego kąta rany górnej przeprowadzono sączki. Przez sączki przepuszczono kilkanaście litrów roztworu soli, dopóki nie zaczął wylewać się czysty zupełnie płyn. Rany obok sączków wypełniono workami MIKULICZA. Po operacji zastrzyknięto choremu $\frac{1}{2}$ litra fizyologicznego roztworu soli pod skórę.

Przebieg dalszy był następujący:

3.VII. Tętno 102. Język wilgotny, brzuch nie wzdęty, bóle ustały prawie zupełnie.

4.VII. Tętno 96. Chory otrzymuje lawatywy odżywe.

6.VII. Zmieniono pasy gazy w workach. Bólów nie ma.

10.VII. Usunięto worki MIKULICZA. Bólów w dalszym ciągu nie ma, jednakże chory nie znosi pokarmów *per os*; lawatywy odżywe.

13.VII. Po jedzeniu bóle i wymioty. Rany ziarninują słabo.

16.VII. Znaczny upadek sił.

18.VII. Chory w dalszym ciągu nie przyjmuje pokarmów *per os*. Wyniszczenie postępuje.

22.VII. Chory zmarł wśród objawów wycieńczenia

Badanie pośmiertne wykazało przedewszystkiem obecność ognisk ropnych nad lewym płatem wątroby, między żołądkiem i śledzioną i w okolicy odźwiernika. Po otwarciu żołądka okazało się, iż miejscu przedziurawienia odpowiada na wewnętrznej powierzchni głębokie owrzodzenie o brzegach twardych, wyniosłych i dnie silnie nacieczonem, a więc niewątpliwie natury rakowatej. Przypuszczenie to potwierdza obecność pakietu twardych gruźców w sąsiedztwie odźwiernika. Szew, nałożony na ścianę żołądka podczas operacji, trzymał doskonale.

Przypadek ten przytaczamy głównie ze względu na pomyślny na razie wynik przepłukiwania dużemi ilościami roztworu soli jamy brzusznej, zagrożonej niechybnie ostrem zapaleniem otrzewny wskutek przedziurawienia, zapaleniem, zażegnanem na razie.

III. Zwężenie jelita cienkiego wskutek raka; rozległa rezekcya kiszeki.

J. W. w wieku lat 70, wstąpił do oddziału 20.V. 1903.

Dawniej chorób poważniejszych nie przechodził. Dopiero od pięciu lat doznaje zaburzeń w trawieniu, jako to, kwaśnego odbijania i zgagi po spożyciu pokarmów tłustych i roślinnych.

W sierpniu 1901 r. chory wśród wymiotów i zatrzymania stolca i wiatrów uczuł nagle gwałtowny ból w okolicy pępka; bóle z przerwami trwały wówczas 1½ doby.

Następnie podobne napady miały miejsce w październiku 1901 r. i w kwietniu 1902 r.. Ostatni napad — w grudniu 1902 r. trwał dwa dni. Krwawych stolców po napadach chory nie spostrzegł. W ostatnich czasach zjawia się

niekiedy burczenie w brzuchu, któremu towarzyszy wzdęcie i nieznaczny ból. Od trzech tygodni napady te występują bardzo często, co 10 — 15 minut.

Badanie kliniczne wykazało, co następuje:

Chory średniego wzrostu, błydy, chudy. Na skórze brzucha i tułowia znajdują się liczne wynacznienia, wielkości soczewicy, które, sądząc ze słów chorego, wystąpiły dopiero w ostatnich czasach.

Chory nie gorączkuje. W płucach i w sercu brak zmian dostrzegalnych.

Brzuch w stanie spokoju — umiarkowanie wzdęty; podczas napadu, wywołanego podrażnieniem mechanicznem, pod powłokami brzuszными rysują się wyraźnie wzdymające się, sztywne pętle kiszek; napad taki trwa około minuty; towarzyszy mu ból, a kończy go głośnie burczenie. Główne siedlisko sztywniejących pętli kiszek znajduje się po lewej stronie pępka.

Na podstawie wywiadów i typowego obrazu sztywnienia kiszek rozpoznano zwężenie jelita cienkiego i zaproponowano choremu operację, na którą ten ostatni zgodził się bez wahania.

Zabieg wykonano 25 maja 1903 r. (d-r KRAJEWSKI). Cięcie w smudze — 8 ctm. nad i tyleż pod pępkiem. Po otwarciu jamy brzusznej wylało się nieco płynu przesiękowego krwawego, poczem natrafiono na wolną sieć, którą odsunięto ku górze. Wówczas natrafiono na kłąb posklejanych kiszek (jelito kręte — w odległości 20 ctm. od kiszki ślepej) — a u podstawy kłębu znaleziono w krezce twardą masę nowotworową. Doprowadzający odcinek jelita mocno rozdęty, trzy razy grubszy od odprowadzającego; ściany jego silnie zgrubiałe. Po wyłonieniu całego kłębu przecięto między klampami koniec odprowadzający, ujmowano stopniowo krezkę kleszczykami i obcinano ją; w końcu przecięto między dwoma klampami koniec jelita doprowadzający. Długość jelita usuniętego wynosiła 101 ctm. Podczas podwiązywania

krezki powstał dość obfity krwotok, który zatomowano obkluciem. Wszystkie podwiązki nałożono z katgutem. Oba końce jelita, po zaciśnięciu klampem gniotącym DOYEN'a, zawiązano, kikuty przypalono żegadłem i obszyto szwem LEMBERT'a. Następnie oba ślepe końce kiszki połączono typowo bocznie. Jamę brzuszną — w celu szybszego zakończenia zabiegu — zeszyto szwem jednopiętrowym.

Z przebiegu pooperacyjnego zaznaczyć wypada, że nazajutrz po zdjęciu szwów, t. j. d. 31 maja, część rany rozeszła się, okazując w głębi pętlę kiszki. Jamę, w ten sposób powstałą, wypełniono gazą, poczem chory w niespełna 4 tygodnie po operacji opuścił szpital w dobrym stanie zdrowia i z niewielkim paskiem ziarniny w obrębie rany operacyjnej.

Wycięta część kiszki przedstawia się, jak następuje:

W odległości 62 cm. od początku odcinka doprowadzającego znajduje się miejsce zwężenie, przepuszczające za ledwie gęsie pióro. Zwężenie zależy od obecności w ścianie jelita nowotworu, pokrytego od strony światła śluzówką i otaczającego kiszkę okolnie na przestrzeni 2 cm.. Nadto cała krezka części doprowadzającej wciągnięta jest w twardą masę, która na przekroju zawiera kilka twardych gruczołów, powiększonych do rozmiarów orzecha włoskiego. Odcinek doprowadzający wzdęty, ściany jego zgrubiałe; odcinek jelita odprowadzający spadnięty.

Doktorowi W. H. KRAJEWSKIEMU za łaskawe pozwolenie korzystania z powyższego materiału klinicznego składam na tem miejscu podziękowanie.

WYKŁADY KLINICZNE.

F. KUHN.

LECZENIE ZACHOWAWCZE KAMICY ŻÓŁCIOWEJ.

(Dokończenie — Patrz Nr. 41).

β) Okres wolny od napadu.

W okresie tym stosujemy rozmaite specjalne kuracje, które poniżej będą wyszczególnione.

1) Wody mineralne. Doświadczenie wielokrotne dowiodło, że wody alkaliczne (zarówno czyste alkaliczne, jak i alkaliczno-muryatyczne), szczególnie zaś cieplice alkaliczno-solne okazują pomyślne działanie na przebieg kamicy żółciowej. Podczas gdy dawniejsi lekarze wierzyli, że wody te zwiększają alkaliczność żółci, a

przez to zdolność rozpuszczania cholestearyny, śluzu, bilirubinate wapnia, inni zaś mniemali, że wody wzmagają wydzielanie żółci, przeszkadzając wytwarzaniu się w niej osadu, nowsza medycyna upatruje działanie wód mineralnych głównie w ich dobroczynnym wpływie na błony śluzowe przewodu pokarmowego wogóle, a więc i układu dróg żółciowych, w pobudzeniu ruchów robaczkowych kiszki cienkiej i przewodów żółciowych, w przyspieszeniu krążenia tamże oraz zależnem od tego działaniu przeciwpalnym na błony śluzowe. Okoliczność, że np. w Karlsbadzie napady trwają krócej, niż w domu, i są mniej bolesne, w ten właśnie sposób wytłomaczyć można. Stosowane są cieplice Karlsbadzkie, nieco zimniejsze źródła Neuenahr

(40°), Ems (Kessel), Betrich, Vichy Céléstin i Marienbad. Źródła karlsbadzkie zaleca się przy skłonności do zaparcia, Marienbad, Tarasp, Kissingen, Homburg u pełnokrwistych i skłonnych do napływów (*congestionnes*) krwi, podczas gdy Ems właściwszy jest u osobników delikatniejszych ze skłonnością do biegunki. Zastosowanie znajdują również ciepłe źródła Wiesbaden, Soden, Nauheim.

Rozpuszczające własności tych źródeł są bardzo wątpliwe, i nawet lekarze karlsbadzcy już w nie nie wierzą. Działanie żółciopędne tych wód jest także wątpliwe, jak tego dowodzą ściśle doświadczenia, jakkolwiek lekarze, praktykujący w Karlsbadzie, uznają to działanie. Według doświadczeń NISSEN'a i MANDELSTAMM'a, PRÉVOST'a i BINET'a, części składowe wody karlsbadzkiej (dwuwęglan, chlorek i siarczan sodu) nie posiadają wcale własności żółciopędnych. Według NASSE'go i RÖHRIG'a, dwuwęglan sodu zmniejsza nawet wytwarzanie żółci. Inni stwierdzili lekkie wzmożenie, nieco silniejsze od siarczanu sodu, najsilniejsze od fosforanu sodu. Co się tyczy wreszcie kamieniopędnego działania, to spostrzeżenia potwierdzają je, lecz spodziewać się na tej drodze wyleczenia, t. j. wydalania wszystkich kamieni, wydaje się zupełnie bezzasadnem. Wydalenie kamieni zależy od pobudzenia ruchów robaczkowych przewodów żółciowych, zmniejszenia obrzmienia ich błon śluzowych. Wody mineralne pić można albo w miejscu kąpielowem, gdzie są jeszcze inne urządzenia, sprzyjające łagodzeniu choroby (djeta, ruch), albo też w domu lub w zamkniętych zakładach, gdzie chorych ściślej indywidualizować można. Podczas ostrych napadów lub w razie wystąpienia spraw zapalnych niezbędne jest leżenie w łóżku, przyczem starać się należy o lekkie wypróżnienia, stosować ciepło (flaszki karlsbadzkie, termofor, okład PRIESSNITZ'owski, kataplazm). W łóżku pije się co 2 godziny około 100 — 200 grm. karlsbadzkiego sprudela 50 — 55°; ilość dzienna wynosi 700 — 1500 grm. Leczenie w łóżku prowadzi się tak długo, aż chory staje się zupełnie niewrażliwy na ucisk i wolny od dolegliwości. Zazwyczaj leczenie to trwa 4 — 5 do 10 tygodni. W ciężkich sprawach zapalnych otrzewny niekiedy zachodzi potrzeba stosowania pęcherza z lodem. Kąpiele ciepłe lub nawet gorące doskonale zwykle

łagodzą bóle. Leczenie ambulatoryjne wodami mineralnymi polega na picciu wody tak gorącej, jak to tylko możliwe jest bez wywołania dolegliwości, w ilości 1 — 3 kubków, 1 — 2 razy dziennie, zrana naczczo i popołudniu.

2) Leczenie oliwą. Niektórzy przyjmują, że duże ilości oliwy wzmagają odpływ żółci i sprzyjają wydalaniu kamieni; inni natomiast negują to działanie oliwy. Stosuje się albo oliwę, albo olej migdałowy, albo wreszcie lipaninę. Niekiedy mylnie przyjmuje się odchodzące ze stolcami omydlone masy oliwy za złogi żółciowe. U niektórych chorych napotykamy znaczne trudności przy stosowaniu tego środka, gdyż bardzo niechętnie go przyjmują, a nadto u niektórych rozwinać się mogą sprawy nieżytowe żołądka i kiszek. Według CHAUFFARD'a oliwa polepsza łaknienie, według DUJARDIN-BEAUMETZ'a nawet dodatek żółci wołowej bywa dobrze znoszony. Podaje się 180 — 250 grm. oliwy, do której dla smaku dodać można 20 grm. koniaku, 2 żółtka oraz 0,5 — 0,2 mentolu. Mieszankę tę przyjmuje się naraz lub w kilku porcjach w ciągu godziny. Wstręt wielu chorych do oliwy jest znaczny; zmniejsza się go przez płukanie ust koniakiem, nalewką pomarańczową lub przyjmowanie plasterków cytryny. Działanie oliwy określa DUJARDIN-BEAUMETZ jako ból kające. Inni mniemają, że oliwa przechodzi do dróg żółciowych i robi je gładzszymi, ułatwiając przez to przechodzenie kamieni. Wielu wreszcie sądzi, że możliwy jest pewien specyficzny wpływ na wydalanie kamieni (LESHARTZ), gdyż oliwa stanowi środek wymiotny i mechanicznie przyspiesza odpływ żółci.

3) Leczenie kwasem oliwnym i eunatolem. ARTAULT uważa kwas oliwny za substancję działającą stosowanej już oddawna w kamicy żółciowej oliwy. Kwas ten ma zapobiegać wytwarzaniu się kamieni. *Rp. Acidi olei-nici purissimi medicin.* (ZIMMER) 0,5—1,0 p. dosi, zrana naczczo w opłatkach, w ciągu 10 dni. To samo powiedzieć można o eunatolu, który ostatnimi czasy stał się bardzo rozpowszechnionym środkiem. Jest to kwaśna sól sodowa kwasu oliwnego. Według BLUM'a, eunatrol wzmagą u psów wydzielanie żółci wezwórnasób. Własność żółciopędna tego środka jest w każdym razie nie mniejsza, niż soli salicylowych i żółciowych. Przytem dobrze się znosi w postaci

pigułek. Wzmożenie wydzielania żółci po eunatrolu ma trwać długo. BLUM daje rano i wieczór 1,0 w ciągu kilku tygodni. CARLIER również chwali eunatrol, który stosuje w dawkach 4,0 dziennie. Według CIPRIANI'ego, jedna część eunatrolu rozszczepia się pod wpływem fermentów trawiennych na połączenie sodowe i oliwę, a ta ostatnia na kwas tłuszczowy i glicerynę, która posiada zdolność rozpuszczania cholestearyny. Wessana część eunatrolu przedostaje się przez naczynia krwionośne do wątroby i przyspiesza wydzielanie żółci, ułatwiając przechodzenie kamieni. Przytem eunatrol posiadać ma bezpośredni wpływ łagodzący na skurcz przewodów żółciowych. Wzmożone wydzielanie żółci przyczynia się także do oczyszczenia położonych w głębi wątroby dróg żółciowych, przy czem wydalone zostają zatycki śluzowe, masy nabłonkowe, drobne złoże i wogóle produkty zastoju żółci. Przy dłuższem stosowaniu eunatrol zapobiega, według CIPRIANI'ego, powrotowi napadów, a to dzięki swej własności żółciopędnej. CLEMM doświadczalnie dowiódł, że kamienie cholestearynowe, włożone do roztworu eunatrolu, bardzo szybko miękną i rozpadają się. Podaje się eunatrol albo w pigułkach, albo w roztworze — w ciągu najmniej 3 miesięcy, rano i wieczorem, a podczas napadu także 0,75 — 1,0 eunatrolu popołudniu. W handlu znajduje się obecnie gotowy roztwór (20%) eunatrolu pod nazwą *cholelysin* STROSCHEN'a. Łyżeczka od herbaty cholelizyny odpowiada 4 dużym pigułkom eunatrolu (ZIMMER). Sposoby przepisywania eunatrolu: 1) Mikstura. *Eunatrol*. 10,0 z 20 kroplami esencji ananasowej. *fiat emulsio*, *T-rae Valer.* lub *Validol*. 5,0, *Aquae menthae* 150,0. *F. emulsio*. S. 2 — 6 razy dziennie łyżka stołowa. 2) *Cholelysin* (STROSCHEN). S. 2 — 6 razy dziennie łyżeczka od herbaty. 3) Pigułki (ZIMMER et Comp.). 2 wielkości pigulek à 0,25 (małe) i à 0,5 (duże). S. Dziennie 4 — 15 dużych pigulek, albo 8 — 30 małych.

4) Leczenie gliceryną. Zalecone ono zostało przez lekarzy włoskich. FERRAND daje 10 — 12 grm. gliceryny dziennie z wodą Vichy w czasie wolnym od napadów. Podczas samego napadu daje 20 — 30 grm. gliceryny z 25 — 30 grm. wody chloroformowej. Inni stosują 100

grm. gliceryny dziennie z dodatkiem wysokoku. Wyniki nie są pewne.

5) Przemiywanie żołądka. W przewlekłych postaciach kamicy żółciowej niektórzy zalecają częste przemiywania żołądka celem regulowania czynności kiszek. EHRLICH zaleca przemiywania żołądka roztworem azotanu srebra: 2 razy dziennie przemiywa się żołądek $\frac{1}{2}$ litrem 1‰ roztworu lapisu 40 — 50°, a później wodą wodociagową dopóty, dopóki wyciekający z żołądka płyn przestanie być mleczno-biały. Według EHRLICH'a, w pierwszych dniach wątroba obrzmiewa, później zjawiają się zielone, rzadkie wypróżnienia, niekiedy także odchodzą kamienie. Następnie znika obrzmienie wątroby wraz z dolegliwościami. Przemiywania żołądka środkami odkażającymi wskazane są objawowo w razie wystąpienia w przebiegu kamicy nieprawidłowych fermentacji.

6) Leczenie za pomocą lawatyw. MOSSLER i KRULL zalecają obfite wlewania do kiszek za pomocą irygatora wody letniej. Wlewa się zwolna albo jeden raz 1 — 2 litry, albo 3 razy dziennie po $\frac{1}{2}$ litra. Wodę należy jaknajdłużej zatrzymać. Do wody można dodać nieco soli albo kłajstru krochmalowego oraz trochę makowca. Płyn zostaje szybko wessany przez powierzchnię kiszek, przyspiesza krążenie soków w obrębie żyły wrotnej, oddziaływa bezpośrednio na odżywianie i czynność komórek wątroby, wzmagając wydzielanie żółci oraz zawartość w niej wody (doświadczenia PEIPER'a i RÖHRIG'a nad zwierzętami). Wlewania wody wpływają także na ruchy robaczkowe kiszek i końcowych odcinków przewodów żółciowych. Do tego celu nadają się lawatywy chłodniejsze, które energiczniej pobudzają perystaltykę kiszek, jak również krwiobieg. Wlewania wody zalecane są nadto w tych przypadkach, w których przyjmowanie płynów *per os* jest utrudnione, np. w razie uporeczywych wymiotów dla ugaszania pragnienia. Wlewania wykonywa się, kładąc chorego na lewy bok, albo w pozycji kolanowo-łokciowej, albo wreszcie à la vache. Samo wlewanie odbywa się zwolna, przyczem chory głęboko oddycha. W obranej pozycji chory po usunięciu kanki pozostaje jeszcze przez czas dłuższy, usiłując jaknajdłużej zatrzymać w sobie włany płyn. Zatrzymanie ułatwia

dodanie do płynu makowca albo zastosowanie przed wlewaniem czopka z makowcem. BLUM zaleca wlewanie ogrzanej do 30° oliwy lub oleju sezamowego w ilości 400 — 500 grm., początkowo codziennie, po 1 — 2 tygodniach co 2 dzień, później co 3 dzień.

Lawatywy mogą służyć także do celów dezynfekcyi. DUJARDIN-BEAUMETZ dodaje α -naftol, który mniej drażni, niż β -naftol. Na 1 litr wody bierze się 0,25 α -naphtholi. Inni dodają salicylan sodu (2 — 4 grm. na litr wody). Działanie jego jest przeciwnie i żółciopędne zarazem. T° roztworu zbliżać się powinna do 38°.

Już oddawna używane, a przez HOFFMAN-N'a nanowo zalecane są w leczeniu kamicy żółciowej soki różnych roślin. Odpowiedni też przy żywieniu chorych kamicowych jest wybór zielonych jarzyn.

Przepisy dyetetyczno-higieniczne.

Zrana w łóżku wypić $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ litra mleka, co poprzedzić można zażyciem 1 grm. eunatrolu. Przy wstawaniu (7 godz.) wypić $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ litra gorącej wody z dodatkiem soli kuchennej lub soli mineralnych albo pić wodę mineralną. Następnie kilka ćwiczeń z głębokiem oddechaniem oraz pobyt na wolnem powietrzu w ciągu jakiegoś kwadransa. Wypróżnienie; w razie potrzeby lawatywy opróżniające, także wlewania wody z zatrzymaniem tejże na czas dłuższy lub lawatywy lecznicze (odkaszające). O godzinie 8 pierwsze śniadanie z jajami lub mięsem także trochę masła i mleka. W razie istnienia spraw zapalnych leżenie w łóżku 2 — 3 godziny przed południem i tyleż popołudniu. Leżenie w łóżku zalecać należy dopóty, dopóki brzóg wątroby okazuje jeszcze pewną bolesność. W ciągu pierwszej godziny pić 400 — 500 grm. wody karlsbadzkiej (inni zalecają co 2 godziny 100 — 200 grm.) możliwie gorącej — zwolna, łykami. Przez cały czas leżenia w łóżku stosuje się na okolicę wątroby gorące okłady, najlepiej z lnianego siemienia, także termofor lub okłady z fango. O godzinie 12, gdy zachodzi potrzeba, eunatrol, trochę mleka także bulion. Później serya głębokich oddechów (bez gorsetu). O godzinie 1 obiad: pieczone gatunki mięsa, łatwo strawne, ryby, kleiki lub zielone jarzyny, nieco czerstwego pieczywa, trochę czerwonego wina (także z wodą selcerską), później krótka drzem-

ka, możliwie w położeniu na lewym boku, nie, dłużej nad $\frac{1}{2}$ godziny. Następnie krótki spacer po którym, jak przed południem, leżenie w łóżku. O godzinie 7 wieczera: mięso, pieczeń, szynka, trochę masła, herbata. Przed snem mleko, chleb z masłem, w razie potrzeby — eunatrol. Wzbronione są: tłuste gatunki mięsa (trudno strawne), jak wieprzowina, baranina, gęszina, kaczka, łosoś i t. d., tłuste wędliny, ciężkie jarzyny, (soczewica, bób, groch), stary ser, ostre korzenne przyprawy, cukier w dużej ilości, słodczyce, słodkie potrawy, słodkie wina, napoje wyskokowe w większych ilościach.

B. Ciężkie przypadki kamicy żółciowej.

Ciężkość, jak się wyżej rzekło, zależeć może od częstości długiego trwania napadów, albo od ciężkich objawów ogólnych, albo też od zmian miejscowych oraz przyłączających się powikłań. Przypadki takie po największej części należą do dziedziny chirurgii. Już w ostrym okresie zająć mogą zmiany, zagrażające życiu chorego, jak np. przedziurawienie pęcherzyka żółciowego, silne wysiękowe zapalenie otrzewny, ropne zapalenie pęcherzyka, objawy niedrożności kiszek i t. d. Takie przypadki wymagają, obok stosowania środków kojących, a w razie potrzeby i pobudzających, zabiegu operacyjnego. W cięższych przypadkach najszluszniej będzie poprzestać na cięciu brzuszem i usunięciu bezpośredniego niebezpieczeństwa, a operację radykalną odłożyć na później, gdy stosunki miejscowe i ogólne będą więcej sprzyjały takiemu zabiegowi. W mniej groźnych przypadkach nie należy się spieszyć z operacją. Przy istnieniu żółtaczki należy z pożywienia usunąć tłuszcze, gdyż wchłanianie tłuszczów w kiszkaach jest wskutek zmniejszenia dopływu żółci upośledzone. Przeciw swędzeniu zaleca się kąpiele (najlepiej ciepłe, lecz także zimne) z dodatkiem sody (100 grm. na kąpiel) lub otrąb. Prócz tego stosuje się pudry (np. *Ac. salicyl.* 1,0, *Amyli* 5,0, *Talci* 30,0), albo obmywania wyskokiem z dodatkiem salicylu (1% do 25%), sublimatu 2‰, tytmolu 1%, mentolu 3 — 5%, albo wodnym (2%) roztworem karbolu. Wewnątrznie stosuje się także salicyl, arsen, antypirynę, morfinę. Jeśli zastosujemy prócz tego w ostrym okresie ciężkich przypadków kamicy picie gorących wód mineralnych, względnie także eunatrol oraz inne ku-

racye specyficzne, to większa część zatrważających objawów znika (ból, guz, żółtaczka, gorączka). Pewna jednak część objawów trwa dalej lub wraca po krótkim czasie, a wówczas powstaje wskazanie do rozmaitych zabiegów. 1) Wątroba pozostaje wrażliwą *in toto*, a żółtaczka nie znika. Wówczas przyjąc należy rozległe zapalenie przewodów żółciowych, i tylko operacya spowodzić może drożność przewodu wątrobowego. 2) Przy braku żółtaczki pozostaje wrażliwy na dotyk guz lub bolesne miejsce. Nóż w tych warunkach szybko usuwa winowajców zapalenia. 3) Pozostaje żółtaczka niewielkiego stopnia albo po zniknięciu (bez odejścia kamienia) nanowo powraca. Wtedy drogi żółciowe zawierają jakąś przeszkodę. Nie należy wów-

czas spieszyć się z operacyą, lecz cierpliwie stosować rozmaite środki wewnętrzne, wprawdzie niezbyt długo. Winniśmy w takich razach wyłączyć wszelkie inne możliwe przyczyny żółtaczki, a skoro dojdziemy do przekonania o istnieniu kamienia, zalecić operacyę.

Wskazanie do operacyi stanowić może także niezmierna częstość napadów. Wreszcie operacyi wymagają wszystkie przypadki, w których powstały przeszkody mechaniczne w jamie brzusznej na skutek zrostów z narządami żółciowymi, jak np. zwężenie odźwiernika, zwężenie okrężnicy i t. d., przeszkody, na innej drodze nie dające się usunąć.

(*Berliner Klinik. Czerwiec 1903 r.*)

Pechkranc.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Przyczyny i warunki powstawania zapalenia stawów rzezączkowego podług danych nowszego piśmiennictwa.

Możliwość zapalenia stawów w przebiegu rzezączki cewki moczowej znana była oddawna, wzmiankuje o tem już Peter FORESTUS (1597), następnie MUSGRAVE (1703) i BAGLIVI (1704). BAGLIVI np. wskazywał na rzezączkę, jako na poprzedniczkę przypadłości podagrycznych. Można by ułożyć długą listę starszych autorów, którzy wyraźnie spostrzegali reumatyczne objawy w przebiegu rzezączki cewkowej, lecz pamiętać należy, iż większość tychże zapatrywała się na wskazane objawy, jak również i na samą rzezączkę, jako na sprawy artrytyczne, i że w wielkiej liczbie przypadków, wskutek nieodróżniania ówczesnych cierpień syfilitycznych od wenerycznych, niemożliwym jest częstokroć określić, czy przypisywano objawy reumatyczne przymiotowi, czy też zapaleniu cewki moczowej.

Po HUNTER'ze na łączność cierpień stawów z rzezączką wskazali BRODIE (1818), następnie EISENMANN (1830), GIBERT (1836), BAUMÈS (1840) i inni, wyraźnie jednak stosunek wzajemny 2 wyżej wzmiankowanych chorób oświetlony został przez RICORD'a i FOURNIER'a; od tego też czasu zaczęto wytrwale i systematycznie pracować nad sprawą zapalenia stawów rzezączkowego.

W roku 1879 odkrycie swoistego drobnoustroju rzezączki wprowadziło lekarzy na drogę bakteriologicznego zbadania zapalenia stawów rzezączkowego, na skutek którego to zbadania przyczynowa zależność cierpień stawowych od drobnoustroju NEISSER'a została ostatecznie ustalona.

Początkowo rzezączka cewki moczowej była uważana za jedyny warunek powstawania rozmaitych spraw rzezączkowych; lecz bliższe spostrzeżenia, robione nad temi ostatniemi, wykazały, że zapalenie rzezączkowe stawów może po-

wstawać również wskutek swoistego zapalenia spojówki oka oraz pochwy i zewnętrznych części rodnych kobiecych (*vulvitis* i *vaginitis*). DEBRIERRE podał przypadek *conjunctivitis blennorrhoeicae*, w którym po upływie 15 dni od wystąpienia tego cierpienia rozwinęło się zapalenie lewego stawu łokciowego, CLEMENT LUCAS (1885) widział cierpienia stawowe, uważane przez niego za rzeżączkowe, w 2 przypadkach zapalenia spojówki ocznej u niemowląt. Tego samego pochodzenia przypadki *arthritidis blennorrhoeicae* obserwowali również: FENDICK (obrzemiecie lewego stawu kolanowego po upływie 3 tygodni od zjawienia się *blennorrhoea neonatorum*), ZATWORNICKI (zapalenie stawu łokciowego), WEDMARK (ostre zapalenie prawego stawu skokowego na 6 dzień zapalenia spojówki ocznej; w wydzielinie ropnej spojówki znajdował się *gonococcus*), DARIER i MORAX (1892). We wszystkich przypadkach (oprócz WEDMARK'a) nie był badany wysięk stawowy na obecność drobnoustrojów NEISSER'a; badanie tego rodzaju przeprowadzone zostało ze skutkiem pomyślnym przez DEUTSCHMANN'a (1890) i LINDEMANN'a (1892).

W rozprawie LAPERSONNE'a są przytoczone 2 przypadki *arthritidis blennorrhoeicae*, powstałego wskutek ropnego zapalenia spojówki po zaszczepleniu ropy z cewki moczowej chorym na *pannus*. W 1 przypadku ropa była zaszczeplona 20-letniemu mężczyźnie, który cierpiał na *pannus* obustronny; po wystąpieniu ostrego ropnego nieżyty spojówki oka staw kolanowy przedstawiał wszystkie cechy zapalenia. 2 przypadek (PONCET) dotyczy 35 letniego araba, któremu zaszczeplono ropę z cewki moczowej do lewego oka również z powodu *pannus*; 22 dnia spostrzeżono zapalenie prawego stawu napięstkowego i obydwóch stawów kolanowych; bóle w stawach znikwały równolegle do zmniejszania się ilości wydzielin ropnej spojówki. Temuż choremu zaszczeplono po 2 miesiącach ropę do prawego oka; na 8 dzień po tem wystąpiło zapalenie prawego stawu kolanowego z przebiegiem, wyżej opisanym.

Zapalenie stawów rzeżączkowe w zależności od *vulvo-vaginitis* opisali: PHILPOT (1885), HARTLEY (1886) (przypadki *vulvovaginitidis* u 3, 4, 5, 7 i 8-letnich dziewczynek, którym towarzyszyły obrzemia stawów; w 4 przypadkach w wydzielinach z pochwy był znaleziony *gono-*

coccus), LOVEN (1886), KOPLIK (1890), CAHEN-BRACH, OLLIVIER, BÉCLÈRE, MARFAN. Co się tyczy okoliczności, sprzyjających rozwojowi *arthritidis gonorrhoeicae*, nie da się ustalić ostatecznych wniosków na podstawie dotychczasowego piśmiennictwa.

Niektórzy autorowie na mocy swych spostrzeżeń wypowiedzieli zdanie, że osobniki, mające osobiste lub dziedziczne reumatyczne usposobienie, są więcej od innych skłonne do cierpień stawowych, zależnych od rzeżączki, nie przytaczają jednakże dostatecznej liczby faktów, by dowieść sprawiedliwości takiego poglądu, przeciwko któremu wypowiedzieli się: FOURNIER, ROLLET, GRISOLLE, QUINQUAUD etc.

AMARAL (rozprawa, Paryż 1891) nie mógł zauważyć wzmiankowanej „reumatycznej konstytucji“ ani w jednym z 12 przytoczonych przez się przypadków; według JACQUET'a (1892) w ogromnej większości przypadków *arthritidis gonorrhoeicae* zauważyć można zupełny brak wpływu objawów usposobienia reumatycznego na rozwój cierpienia stawów w przebiegu rzeżączki, na poparcie swego zdania JACQUET podaje przypadek, w którym chory 17 razy, rok rocznie, cierpiał na zwykły reumatyzm stawowy i został wolny od tego ostatniego właśnie w tym roku, kiedy zaraził się rzeżączką.

BESNIER, AMARAL, CHRISTEN pomimo to są zdania, iż nie można zupełnie odrzucać „artrytyzmu“, jako jednego z warunków, wpływających na powstanie *arthritidis gonorrhoeicae*.

Według AMARAL'a artrytycy są skłonni do rzeżączki, do nawrotów tego cierpienia, do jego długiego trwania w stanie skrytym, i z tego właśnie punktu widzenia należy patrzeć na artrytyzm, jako na sprzyjający rozwojowi *arthritidis gonorrhoeicae*.

Zwykłe czynniki reumatyzmu (zimno, przeziębienie), jak tego dowiódł FOURNIER, zupełnie nie mogą być dowiedzione w większości przypadków *arthrit. gonorrhoeicae*, lecz wpływ zmęczenia fizycznego na powstawanie powikłań rzeżączki jest bardzo możliwy (BESNIER), szczególnie u osób małokrwistych (JACQUET) i nerwowo przygnębionych (BESNIER). JACQUET zaznacza częste zachorowywanie stawów kolanowego i skokowego, które najwięcej podlegają zmęczeniu; AMARAL wskazuje na częste zapalenie prawego stawu napięstkowego u kobiet i jako na

przyczynę tego zjawiska wskazuje na rodzaj zajęć (kucharki, praczki), czyniący ze stawu punkt o zmniejszonej odporności.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa na powstawanie *arthr. gonorrhoeicae* ma wpływ również stan układu nerwowego; na korzyść tego przemawia przypadek AMARAL'a (po stosunku z kondomem wznowiła się ciecz z cewki moczowej wraz z zaostrzeniem przewlekłego zapalenia stawów natury rzeżączkowej) i FOURNIER'a (zaostrzenie cierpienia stawów po stosunku płciowym).

Wszystkie dotychczas przytoczone czynniki najprawdopodobniej mają znaczenie warunków, które wskutek osłabienia ustroju sprzyjają działaniu drobnoustrojów NEISSER'a; z tego punktu widzenia może sprzyjać rozwinięciu się *arthritidis gonorrhoeicae* wszystko, co obniża siły organizmu w walce z czynnikiem chorobotwórczym (złe odżywianie, złe warunki higieniczne, konstytucjonalne i ostre choroby etc.); dodać do tego należy, że wznowy i zaostrzenia rzeżączki pomagają wystąpieniu *arthr. gonorrhoeicae*, wznowom jego lub zaostrzeniom istniejącego. W niektórych razach mają, może być, znaczenie i warunki klimatyczne: we Włoszech, gdzie liczba zarażeń się rzeżączką jest nie mniejsza, niż w innych krajach, rzeżączkowe cierpienie stawów jest prawie nieznanne (VÖLKER); SAINT-VEI. nie obserwował tego cierpienia stawów na wyspach Antylskich, chociaż i tam rzeżączka spotyka się i u europejczyków, i u murzynów i u mulatów.

Rzeżączka stawów może wystąpić i podczas *acme* sprawy w cewce moczowej, od pierwszych dni jej zjawienia się i nawet wówczas, gdy trudno dostrzedz nieżyt cewki; w rzadkich przypadkach można było spostrzegać objawy stawowe po zniknięciu rzeżączki (THÉRÈSE), zastrzedz się jednak tutaj należy, że w ostatnim razie mogło być zwrócone za mało uwagi na stan cewki.

Według LOEB'a, STRUPPI, FÜRBRINGER'a powikłania rzeżączki (*resp. arthr. gonorrh.*) najczęściej następują przy zaatakowaniu tylnej części cewki moczowej; na poparcie swego zdania LOEB podaje spostrzeżenie ZEISSL'a (u mężczyzny, który 10 razy chorował na rzeżączkę i kilka razy na *arthritis gonorrhoeica*, nie było żadnych powikłań, kiedy rzeżączka była usunięta w ciągu 14 dni) i wskazuje na to, iż zapalenie stawów

następuje w dalszym okresie rzeżączki, i że niektórzy chorzy ulegają cierpieniu stawów tylko w przypadku powtarzających się zarażeń, które bywają dłuższe i prowadzą do zapalenia tylnej części cewki.

FINGER jest tego mniemania, że *arthr. gonorrhoeica* następuje przeważnie w zastarzałych okresach rzeżączki. Znaczna ilość wydzielin z cewki moczowej nie zwiększa prawdopodobnie szans rozwinięcia się *arthr. gonorrhoeicae*, jak tego dowodził ROLLET. FOURNIER na podstawie wielu swych spostrzeżeń przyszedł do wniosku, że w pewnej części przypadków *arthr. gonorrhoeica* jest następstwem rzeżączki ze znaczną ilością wydzielin, lecz daleko częściej zapalenie stawów rozwija się, gdy ciecz jest nieobfita o tyle nawet, że uchodzi uwagi chorego i może być wykryta dopiero przy bardzo uważnym badaniu.

FOURESTIÉ (1875) wskazywał na to, iż siła zapalenia stawów zależy od natężenia zapalenia cewki, lecz jest dużo obserwacji, które zaprzeczają takiemu stosunkowi. Czas jakiś *arthr. gonorrhoeica* u kobiet była uważana za wyjątek; jedni autorowie nie spotykali zupełnie takich przypadków (FOUCART, BRANDES, ROLLET), inni widzieli je rzadko (RICHEL — 1, CULLERIER — 3 razy). RICORD, GIRHARDT, LEWIN i FOURNIER byli tegoż zdania, lecz, gdy w krótkim przeciągu czasu ten ostatni, mógł obserwować u kobiet 7 przypadków zapalenia pochwy ścięgien i 2 — stawów, przyszedł do przekonania, iż mniejszy procent *arthr. gonorrh.* u kobiet zależy nie od anatomicznych warunków cewki kobiecej, lecz od tego, że rzeżączka rzadziej bywa podejrzwana i szukana u plei niewieściej, która ze swej strony stara się ukryć swą chorobę. Tegoż zdania są LOEB, DUPLAY i BRUN, którzy obserwowali 24 przypadki *arthr. gonorrh.* u kobiet.

Wreszcie GUÉRIN, LOZAIN, LASÉGUE i MARTINEAU upatrują przyczynę małego wogóle % *arthritidis gonorrh.* wobec ogólnej liczby przypadków rzeżączki cewki moczowej w długości okresu inkubacyjnego tej ostatniej: jeżeli rzeżączka usunięta zostanie w ciągu tego okresu, cierpienie stawów nie rozwija się, w przeciwnym razie rzeżączka zamienia się w chorobę całego ustroju, a więc wywołuje między innymi i zapalenie stawów.

Jak z powyższego widzieliśmy, nie można dziś stanowczo mówić o przyczynach, sprzyjają

cych rozwojowi *arthr. gonorrh.*; prawdopodobnym jest, iż tutaj ma wpływ nie jedna jakakolwiek przyczyna, lecz ich współdziałanie przy warunkach pewnej skłonności ustrojowej osobników.

Nie wiemy dziś również, w jaki sposób powstaje zapalenie stawów w przebiegu rzeżączki.

Przed odkryciem drobnoustroju NEISSER'a wypowiedziane było dużo teorii, dotyczących tego przedmiotu, mają one obecnie tylko historyczne znaczenie.

Różnica poglądów na patogenezę *arthritis gonorrh.* sprowadza się przeważnie do różności rodzaju drobnoustrojów, wywołujących owo zapalenie stawów: jedni wypowiadają się na korzyść zakażenia ustroju przez gonokoki, inni dowodzą, iż powikłania rzeżączki zależą od działania drobnoustrojów nieswoistych, dla których pasorzyt NEISSER'a urabia tylko grunt dogodny; inni jeszcze przypisują powstawanie zapalenia stawów działaniu jądów drobnoustrojów rzeżączki lub innych.

PETRONE, KAMMERER i HORTELOUP, którzy znaleźli w wysięku stawowym gonokoki, wypowiedzieli się na korzyść zakażenia ustroju przez te właśnie drobnoustroje.

LOEB (1886) na podstawie bezowocnego poszukiwania gonokoków w wysięku wypowiedział przypuszczenie, iż KAMMERER widział nie gonokoki, lecz zwykle ropotwórcze drobnoustroje, ponieważ dla prawdziwego określenia rodzaju drobnoustrojów nie wystarcza badać je ze strony tylko morfologicznej.

Według LOEB'a przeciwko zakażeniu stawów przez gonokoki przemawiają rzadkie przypadki znajdowania tychże w wydzielinie stawowej oraz przeważne występowanie zapalenia stawów w okresie zapalenia cewki, w którym trudno dowieść obecności gonokoków w ropie cewkowej, łatwo natomiast znaleźć inne drobnoustroje.

Jeżeli nie można odrzucić znaczenia gonokoka, jako czynnika chorobotwórczego, to bardzo jest prawdopodobnym, iż *arthritis gonorrhoeica* zależy od działalności innych drobnoustrojów. Dla poparcia tego przypuszczenia LOEB wskazuje na zapalenia stawów w niespecyficznych nieżytych cewki moczowej i po cewnikowaniu tej ostatniej, powstające prawdopodobnie

wskutek dostawania się do stawów pasorzytów ropotwórczych z błony śluzowej cewki.

Według więc LOEB'a rzeżączka daje możliwość pomyślnego rozwoju drobnoustrojom ropotwórczym i przechodzenia ich do krwi i chłonki z uszkodzenia na błonie śluzowej cewki; nazywa przeto ten autor *arthritis gonorrhoeica* „Wundinfektionskrankheit“.

Na korzyść tej ostatniej teorii ma podług LOEB'a przemawiać fakt powstawania zapaleń stawów w związku z zapaleniem ropnym innych błon śluzowych (*cystitis, puerperium, dyzenteria, i t. d.*). Jakby dopełnieniem poglądów LOEB'a zjawia się praca de BROË (1889), w której autor ten wskazuje na to, że zdrową cewkę moczową zamieszkują rozmaite drobnoustroje, w tej liczbie i ropotwórcze; dopóki cewka jest prawidłowa, pasorzyty pozostają nieszkodliwymi, skoro ulegnie zmianom wskutek złego cewnikowania lub zakażenia cewki przez gonokoki, znajdują one podatny grunt dla swego rozwoju i powodują między innymi choroby stawów.

GERHIM twierdził, iż rzeżączka jest cierpieniem miejscowym, obejmującym narządy, wysłane nabłonkiem cylindrycznym, ponieważ zaś zapalenia, uważane za przerzuty z cewki, nie rozwijają się na tkankach, pokrytych nabłonkiem tego rodzaju, przeto zależą one od zakażenia mieszanego.

Przeciwko LOEB'owi wystąpił DEUTSCHMANN, który obserwował przypadek zapalenia stawu rzeżączkowego z wydzieliną, niewątpliwie zawierającą gonokoki, powstały wskutek *conjunctivitis*. Mając na uwadze wyniki badań wysięku przez PETRONE, KAMMERER'a, HORTELOUP'a etc. oraz przez BRIEGER'a, EHRlich'a i innych, DEUTSCHMANN uważa za prawdopodobną teorię FRAENKEL'a, według której możliwe jest pierwotne zapalenie stawów pod wpływem gonokoków i wtórne zajęcie tychże w zależności od przedostania się do stawów drobnoustrojów ropotwórczych.

Co do sposobu zarażenia stawów, prof. DEUTSCHMANN wypowiada się na korzyść przechodzenia drobnoustrojów NEISSER'a do krwi i chłonki na podstawie zbadania mikroskopowego skrawków chorej spojówki, które wykazało, że gonokoki znajdowały się w ciałkach ropnych, wzdłuż ścian naczyń krwionośnych.

COLOMBINI (1895 r.) wypowiedział przekonanie, że zakażenie mieszane, wywołujące choroby stawów podczas rzeżączki, bynajmniej nie wyłącza możliwości swoistego zapalenia stawów pod wpływem gonokoków, których obecności w wysięku stawowym dowiódł za pomocą badań mikroskopowych, jak również za pomocą hodowli i szczepień.

Fakt znajdowania się gonokoków w wysięku wskazuje na przerzutowe pochodzenie zapalenia stawów, nieobecność drobnoustrojów we krwi chorych nie może świadczyć przeciwko takiemu zdaniu, gdyż, według COLOMBINI'ego, gonokoki zwykle trafiają do układu chłonnego i tylko w osobliwszych warunkach mogą się one przedostać do obiegu krwi; nieobecność gonokoków w tej ostatniej można przypisać również tej okoliczności, że w nieznacznej ilości krwi, wziętej do badania, dwójnek NEISSER'a znajduje się bardzo mało, i oprócz tego drobnoustrojów może bardzo prędko podlegać zmianom. Co do zakażenia ustroju przez gonokoki, COLOMBINI jest przekonany, iż rzeżączka, pomimo miejscowego charakteru tego cierpienia, może w pewnych warunkach przejść w ogólne zakażenie ustroju.

Přibram (1899) przypuszcza, że: 1) *arthritis gonorrhoeica* może być wywołana przez gonokoki, 2) że istnieje zakażenie mieszane z drobnoustrojami ropotwórczymi i lasecznikami grzyźlicy, dla których *gonococcus* przysposabia grunt dogodny i 3) że zwykły reumatyzm i rzeżączka mogą występować bez wzajemnego związku przyczynowego.

FINGER uważa *arthritis gonorrh.* za niejednakowe w znaczeniu przyczynowym cierpienie stawów: są przypadki zapaleń stawów z przebiegiem bardziej lekkim, których przyczyną jest przejście gonokoków z ogniska miejscowego do układu krwionośnego; prócz tego, cierpienia stawowe danego rodzaju mogą być spowodowane przez pasorzyty ropotwórcze, i wówczas mamy do czynienia z przypadkami ropnicy, która przyłączyła się do rzeżączki.

GUYON i JANET i FÜRBRINGER, którzy nie znajdowali żadnych drobnoustrojów w wysięku stawowym, wypowiedzieli zdanie, iż *arthritis go-*

norrh. rozwija się wskutek działania jądów, wyrabianych przez gonokoki w cewce moczowej.

Według JACQUET'a różnaitość form *arthritis gonorrh.*, widoczny wpływ depresji układu nerwowego na to cierpienie, częste łączenie się cierpienia stawów z objawami neuropatycznymi⁴ uporeczywość bólów, nieobecność mikrobów w wysięku, wszystko to każe myśleć o neuropatycznym pochodzeniu *arthritis gonorrh.*, być może, wskutek działania na ośrodki nerwowe jądów, wyrabianych przez drobnoustroje w cewce.

Z drugiej strony zdaje się być bardzo prawdopodobnym, że są przypadki *arthritis gonorrh.*, wywołane przez gonokoki. Pewny jest wreszcie fakt istnienia zapaleń stawów w rzeżączce, powstałych wskutek działania drobnoustrojów ropotwórczych. Według JACQUET'a wszystkie te rozmaite postacie zapalenia stawów mogą rozwijać się jednocześnie, wikłać się wzajemnie, skąd pochodzi różnaitość przypadków klinicznych i niepewność rokowania.

Prof. DIEULAFOY jest zdania, że gonokoki z ogniska miejscowego mogą trafić do krwi i wywołać *gonaemiam* ze wszystkimi następstwami tej ostatniej, pomimo to *arthr. gonorrhoeica* może zależeć również od przejścia do obiegu krwi toksyn, wydzielonych przez dwójniki NEISSER'a.

Sumując powyższe, można przyjść do następujących wniosków:

1) W większości przypadków *arthritis gonorrhoeica* zależy od działania gonokoków, które przeszły z siedliska pierwsiastkowego do obiegu krwi (*gonaemia*) i chłonki i tą drogą trafiły do stawów.

2) W innych przypadkach zapalenie stawów spowodowane jest widocznie przez działanie toksyn drobnoustroju NEISSER'a na układ nerwowy organizmu.

3) Za *arthritis gonorrhoeica* w niektórych przypadkach są brane cierpienia ropnicze stawów, powstałe wskutek wtargnięcia do organizmu drobnoustrojów ropotwórczych, które skorzystały z gruntu, przygotowanego przez gonokoki.

4) Możliwe jest mieszane zakażenie stawów przez gonokoki i drobnoustroje ropotwórcze.

Tadeusz Butkiewicz.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 1 września r. b.

TREŚĆ: 1) Prof. HOYER i JAWORSKI — „Uwagi nad ciążyą zaśniadową ze stanowiska embryologicznego oraz przyczynę kliniczny do tej ciąży (z przedstawieniem preparatów). 2) Prof. HOYER — przedstawienie kryoskopu ZIKEL'a.

Prof. HOYER przedstawił kilka preparatów mikroskopowych zaśniadu groniastego, normalnej kosmówki i zaśniadu złośliwego. Przytem prof. HOYER podał krótki szkic wiadomości o rozwoju kosmówki. Dalej okazał zarodek ludzki z początku 3-go miesiąca z dobrze zachowanymi powłokami i dwa małe zarodki kota, których kosmówki były już zamienione w łożyska. W końcu prof. HOYER opisał warunki, jakie niewątpliwie zachodzą przy wytwarzaniu zaśniadu groniastego.

Kol. JAWORSKI opisał najpierw kliniczny przebieg owej ciąży zaśniadowej, z której pochodził demonstrowany przez prof. HOYERA preparat. Chora ów zaśniad groniasty urodziła po 4½ miesiącach ciąży. Przytem kilkakrotnie dostawała zapaści, a wielkość macicy ulegała co pewien czas chwilowej zmianie. Na parę dni przed urodzeniem zaśniadu pojawiło się krwioplucie przy podwyższonej temperaturze, i w lewym płucu stwierdzono zawał krwotoczny. Wahania w wielkości macicy mówca objaśnia chwilowem nagromadzeniem się większej ilości krwi w jamie macicy, a zawał uzależnia od czopka zatorowego, którą to rolę odegrał kawałek zaśniadu. J. porównywa przypadek własny ze znanymi w literaturze i twierdzi, że co do charakteru zaśniadów niewinnych i złośliwych istnieje równorzędność anatomiczna i kliniczna.

W dyskusyi kol. SOKOŁOWSKI zaznacza, iż przebieg kliniczny cierpienia prędzej zmusza nas do objaśnienia zawału płucnego zwyczajnym zatorom, pochodzącym z żył macicznych, a nie przerzutami nowotworu.

Kol. STEINHAUS twierdzi, że nie należy zbyt subtelnie odróżniać kategorii zaśniadów łagodnych z przerzutami i złośliwych, przebiegających bez nich, i nie należy utożsamiać nabłoniaków kosmówkowych z zaśniadem. Przypadek mówcy jest zdaniem S. pospolity, jest to zwykły zaśniad groniasty łagodny, spotykany nierzadko. S. widuje ich 5—6 rocznie. Dalej S. mówił o pochodzeniu *syncytium* kosmków.

Prof. PRZEWOŚKI również zaznacza, iż podobne preparaty anatomiczne widuje często.

W odpowiedzi kol. JAWORSKI zaznacza, iż większość anatomo-patologów wyraża się z dużą oględnością co do tego, czy zaśniad groniasty złośliwy i nabłoniak kosmówkowy są różnemi sprawami. Subtelne odróżnianie oddzielnych zaśniadów, ich budowy nieraz rozstrzyga o wycięciu macicy. Przypadek swój J. uważa za godny uwagi ze względu na przebieg kliniczny, na rzadkość, i że nawet zdaniem RUNGE'go zaśniady groniaste uważane są za zjawiska nieczęste.

W końcu prof. HOYER przedstawił kryoskop, a raczej pektoskop ZIKEL'a, różniący się od innych tem, że posiada mechaniczny aparat do poruszania sondą przy zamrażaniu płynów.

St. Kopczyński.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

O szkodliwym działaniu promieni RÖNTGEN'a mówił d-r SICK na posiedzeniu sekcji biologicznej towarzystwa lekarskiego w Hamburgu. Spostrzeżenia jego dotyczyły robotników, pracujących w fabryce, gdzie byli narażeni na częste działanie wspomnianych promieni. U jednego istniały ciężkie i rozległe uszkodzenia skóry rąk, szyi i twarzy, połączone z wypadaniem włosów, uszkodzenie paznokci u rąk, rogówki i soczewki oka. U tego samego chorego utworzyło się owrzodzenie na grzbiecie dłoni, które, pomimo starannego leczenia, wciąż się powiększało. W szpitalu rozpoznano typowego raka. Ze względu na to, że gruczoly chłonne w okolicy stawu łokciowego uległy zwyrodnieniu rakowemu, z drugiej zaś strony sprawa nowotworowa przeszła już na mięśnie i kości, zdecydowano się na wyluszczenie kończyny górnej w stawie barkowym. Nawrotu cierpienia nie było po upływie sześciu miesięcy.

W innym przypadku rzecz miała się, jak następuje. Od czasu wykrycia działania promieni RÖNTGEN'a chory odnośny pracował przy wyrobie rurek do prześwietlania. Po upływie pewnego przeciągu czasu chory spostrzegł zmiany na skórze rąk pod postacią szorstkości, pęknięć i złogów barwnika. W krótko takie same zmiany powstały na szyi i twarzy, a włosy zaczęły szybko wypadać. Od kilku lat chory zauważył, że na grzbiecie dłoni prawej tworzy się owrzodzenie, które, bez względu na troskliwe leczenie, nie tylko że nie goi się, lecz stale się powiększa.

Obecnie owrzodzenie zajmuje przestrzeń około 3 ctm. i wznosi się w postaci grzyba nad poziom skóry. Ponieważ gruczoly w przegubie łokciowym nie były zajęte, więc wycięto owrzodzenie, ranę zeszyto, a skóra zagoiła się przez rychłozrost. Badanie mikroskopowe wyciętego

owrzodzenia dowiodło, że i w tym przypadku był rak skóry. Obydwaj chorzy nie przerywali swego zajęcia pomimo rozwiniętego już w pełni cierpienia, lecz korzystali z pewnej ochrony, mianowicie używali szkieł i płytek ołowianych w celu osłabienia działania szkodliwego promieni X.

Nowy przyczynek do rozpoznawania dwoinek tryprowych dał odczyt, wygłoszony przez d-ra CZAPLEWSKIEGO na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Kolonii. Pomimo że badanie wydzielin narządów płciowych na zawartość dwoinek tryprowych stało się tak samo upowszechnione, jak barwienie laseczników gruźliczych w plwocinie, jednakże istnieją pewne trudności techniczne, dzięki którym odnośne drobnoustroje są częstokroć wykrywane tam, gdzie w istocie zgoła nie istnieją. Przy rozpoznawaniu więc należy ściśle uwzględniać morfologię, sposób barwienia (metoda GRAM'a odbarwia te drobnoustroje), układ ich głównie wewnątrz komórek, nareszcie wygląd hodowli. Wydzielinę można zebrać albo za pomocą t. zw. uszka platynowego (jeżeli chodzi o założenie hodowli), albo za pomocą pipetki włosowatej PASTEUR'a, którą bardzo łatwo zatopić na końcach. Preparaty do badania pod mikroskopem najlepiej przygotowywać na szkiełkach przedmiotowych. Wziętą w tym celu wydzielinę należy ostrożnie rozmacić na szkiełku za pomocą uszka platynowego w małej kropli wody, następnie zaś delikatnie rozmasować na szkiełku. W ten sposób udaje się zachować leukocyty z zawartymi w nich drobnoustrojami, co w przypadkach wątpliwych stanowi rzecz wielkiej wagi; przy rozcieraniu za pomocą dwóch szkiełek, bardzo kruchych i łamliwych, leukocyty łatwo ulegają zniszczeniu, wskutek czego na preparacie, zamiast elementów upostaciowanych,

otrzymamy rozpad. Do barwienia zasługują na zalecenie dwie metody. W celu łatwiejszego zorientowania się, a zwłaszcza do wykrycia nawet pojedynczych drobnoustrojów w komórkach ropnych, nadaje się modyfikacja metody PICK-JACOBSONN'a, która polega na tem, że fuksynę karbolowo-glicerynową rozcieńcza się wodą destylowaną w stosunku 1 : 10; do 30 ctm. tego roztworu dodaje się 3 ctm. sz. błękitu metylenowego boraxowego i barwi się przez kilka minut. Roztwór ten psuje się już po kilku dniach, należałoby więc zawsze używać barwnika świeżego; barwi on dwoinki na czarno-niebiesko, komórki zaś i ich jądra na czerwono. Dla kontroli i odróżnienia omawianych drobnoustrojów od innych dobra jest metoda GRAM'a z następczem podbarwianiem. Postępować należy, jak następuje: preparat barwi się około minuty w gencyanie karbolowej, oplukuje się w wodzie, następnie zanurza w mocnym roztworze LUGOL'a (1 cz. jodu, 3 cz. jodku potasu i 200,0 wody) na $\frac{1}{2}$ — 1 minuty, oplukuje się znowu wodą i suszy. Teraz następuje różniczkowanie za pomocą wysoko metylenowego dopóty, dopóki preparat oddaje barwnik, po czem preparat oplukuje się wodą i podbarwia fuksyną karbolowo-glicerynową w rozcieńczeniu 1 : 10. Po zabarwieniu metodą PICK-JACOBSONN'a gonokoki są ciemno — prawie czarno-niebieskie na tle czerwonym, metodą zaś GRAM'a z podbarwianiem fuksyną barwią się one na czerwono, drobnoustroje zaś, które nie odbarwiają się za pomocą metody GRAM'a, stają się czarno-niebieskie. Jeżeli badanie mikroskopowe zawodzi, to należy uciec się do hodowli, które najlepiej udają się na płynie przesiękowym, zmieszonym z agarum w stosunku 1 : 3.

Dalszy ciąg posiedzenia wypełnił odczyt d-ra LEVY'ego o porażeniu jednostronnem z przytoczeniem odnośnej historii choroby. Młody i silny mężczyzna został pokłuty nożem, wskutek czego upadł i przy pomocy dwóch ludzi został przeniesiony do kliniki. Tam, ze względu na bardzo spóźnioną porę i ciężki stan chorego, ograniczono się tylko na opatrzeniu ran, aczkolwiek zauważono, że noga lewa ranionego opada bezwładnie ze stołu, i chory nie jest w stanie jej podnieść. Podczas badania w dniu następnym znaleziono trzy rany klute: 1) na wysokości 5-go kręgu grzbietowego; 2) w od-

stępie 2 ctm. na prawo od 7 takiegoż kręgu i następnie 3) nieco nalewo pomiędzy 10—11 kręgiem grzbietowym. Noga lewa została sparaliżowana; czucie bólu było wzmożone (*hyperalgesia*) na całej tej nodze, na lewej połowie brzucha aż do kołca górnego przedniego kości biodrowej, na lewej połowie prącia i moszny, nareszcie na błonie śluzowej kiszki prostej po stronie lewej. Po stronie prawej czucie dotyku było zupełnie zachowane, czucie zaś ciepła i bólu całkowicie zniesione z jednej strony do linii pośrodkowej, z drugiej do linii poziomej, przechodzącej przez kołec górny przedni kości biodrowej. Odruchy: rzepkowy, ze ścięgna ACHILLES'a, podeszwy i *m. cremasteris* po stronie lewej zniesione; czucie mięśniowe zachowane. W ciągu pierwszej doby istniało porażenie mięśni pęcherza i wybitny *priapismus*. Przebieg cierpienia bezgorączkowy. Czwartego dnia choroby spostrzeżono zwolnienie tętna, wskutek czego wykonano przekłucie lędźwiowe i otrzymano nieco płynu krwawego. Objawy porażenia ustępowały dosyć szybko, naprzód w mięśniach wyprostnych, następnie w zginaczach. Zaburzenia czucia trwały nieco dłużej i znikaly wolniej. Sądząc z całego obrazu choroby i z umiejscowienia ran skórnych, uszkodzenie rdzenia nastąpiło na wysokości drugiego odcinka lędźwiowego. Nie było to jednak bezpośrednio obrażenie rdzenia, a raczej ucisk tegoż, spowodowany przez wylew krwi, względnie zaś zwyrodnienie molekularne, wywołane przez uraz.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Würzburgu d-r J. RIDINGER zdawał sprawę z dwóch spostrzeganych przez siebie ciekawych przypadków zwichnięcia kręgosłupa i miednicy. Wiadomo, że wskutek urazu w lędźwiowej części kręgosłupa najczęściej spotykamy złamania, przeciwnie zaś w części grzbietowej zwichnienia, połączone ze złamaniem, w szyjowej zaś zwykle zwichnienia. KOCHER, WAGNER i STOLPER zaznaczają, że wogóle nie są im znane przypadki zwichnienia w części lędźwiowej, które powstały wskutek nie bezpośredniego działania urazu. Dla zwichnień, wywołanych nadmiernem pochyleniem się osobnika ku przodowi lub tyłowi, wydaje się to zrozumiałem, mniej natomiast, jeżeli chodzi o zwichnienia wskutek skręcenia, zwłaszcza dla zwichnień jednego ze stawów bocznych. Jeden właśnie przypadek nie

wątpliwie takiego zwichnięcia spostrzegł prelegent, a mianowicie: 25-letnia robotnica wiejska spadła w stodole z sásieka na klepisko. Gdy ją podniesiono, spostrzeżono bezwład nogi prawej, chora zaś skarżyła się na dojmujące bóle w jednym, ściśle ograniczonym miejscu lędźwi. Po czterech tygodniach bezwład ustąpił, chora podniosła się z łózka i spostrzegła, że noga prawa stała się dłuższą. Mówca badał chorą po upływie pół roku od dnia wypadku i znalazł wygięcie kręgosłupa w stronę lewą (*scoliosis dorsalis* z wypukłością w lewo), wysokie ustawienie lewej połowy miednicy i skręcenie jej naokoło osi pionowej ciała ku przodowi, wydłużenie rzekome nogi prawej, diastazę pomiędzy 4--5 kręgiem lędźwiowym, odchylenie wyrostka ciernistego 4-go kręgu lędźwiowego na prawo, ściśle umiejscowienie bólu w okolicy zniekształcenia, wreszcie znaczne ograniczenie ruchów w części lędźwiowej kręgosłupa. W celu nastawienia zwichnięcia wykonano na przyrządzie ZANDER'a C. 2 mocne nagięcia kręgosłupa ku przodowi z następczem odchyleniem tegoż ku tyłowi; dał się słyszeć trzask charakterystyczny, i nastawienie odbyło się samo przez się. Po zabiegu natychmiast zginęły zniekształcenie i wszelkie dolegliwości.

Drugi przypadek dotyczył całkowitego zwichnięcia połowy miednicy. Według LINSEK'a zwichnięcie miednicy może być dwojakiego rodzaju: zwichnięcie jednej połowy z rozerwaniem *symphysis pubis* i stawu krzyżowo-biodrowego, albo zwichnięcie kości krzyżowej z rozerwaniem *symphysis pubis* lub bez tego. Dotąd opisano tylko 15 przypadków obudwu rodzajów zwichnięcia. Mówca miał sposobność stwierdzenia ciężkiego powikłania uszkodzenia miednicy u żyjącego, aczkolwiek umierającego dziecka, i uszkodzenie to zalicza do zwichnięć całkowitych. Dziecko dwuletnie zostało przejechane przez ciężki wóz w ten sposób, że ciało dostało się pomiędzy ziemię i nieckowaty spód wozu, wskutek czego nastąpiło gwałtowne przechylenie tułowia ku tyłowi po stronie prawej. Połowa prawa miednicy została wyrwana i była zupełnie obdarta z pokrywających ją części miękkich. Złamań kości nie można było stwierdzić. Wkrótce po wypadku było niezbyt wielkie krwawienie. Dziecko zmarło po dwóch godzinach wśród objawów wstrząsu. Pomimo że części miękkie, a więc mięśnie, nerwy i naczynia krwionośne, leżące

przed miednicą, zostały rozerwane, a jama otrzewny otwarta, kiszka i pęcherz nie uległy uszkodzeniu.

Sprawie pochodzenia białkomoczu w okresie dojrzewania, poświęcił swój wykład d-r HOMMEL w towarzystwie przyrodniczo - lekarskiem w Jenie. Białkomocz, spostrzegany w okresie dojrzewania, a znikający po dojściu do dojrzałości pleiowej, LEUBE zalicza do chorób rozwojowych i nazywa go białkomoczem fizyologicznym dla odróżnienia od białkomoczu ustrojowego, który stanowi zjawisko patologiczne. Białkomocz pierwszego rodzaju bywa zwykle okresowy. Cały szereg spostrzeżeń odnośnych mówca przeprowadził nad uczniami zakładów optycznych ZEISS'a i fabryki szkła SCHOTT i SKA. Młodzi ludzie w wieku od 14 do 18 lat bywają tam poddawani oględzinom lekarskim stale dwa razy na rok i znajdują się wciąż pod opieką lekarską. Białkomocz stwierdzono w 111 przypadkach na 587 badań, a więc w 19%. Naturalnie, że do powyższych liczb nie zostały włączone te przypadki, w których białkomocz zależał od cierpienia nerek. W 20 przypadkach znaleziono w moczu globulinę i albuminę. Osadu moczu zwykle nie dawał, czasami tylko znajdowano skąpą ilość stłuszczonej nabłonków i wałeczków szklistych. U niektórych osobników białkomocz posiadał typ ortostatyczny (badani przepędzali większą część dnia w postawie stojącej) i okresowy. Natomiast nie zauważono wyraźnej różnicy w częstości białkomoczu zależnie od tego, czy moczu badano przed, czy po pracy, zarówno jak po pracy dziennej i nocej. Jednocześnie dosyć często białkomoczowi towarzyszyły pewne nieprawidłowości ze strony serca. U szóstej części młodych ludzi zanotowano przerost serca młodzieńczy rozwojowy, zbadany i opisany już dawniej przez KREHL'a. W znacznej liczbie przypadków istniały zaburzenia ze strony serca nieco innego rodzaju. A więc dosyć często spostrzegano miękki szmer skurezowy, który bez wątpienia zależy od niewydolności mięśni zastawki dwudzielnej; w innych razach notowano wzmoczenie uderzenia wierzchołkowego lub wzmocnienie drugiego tonu tętnicy głównej, co też, zdaje się, przemawia za przerostem serca; nareszcie względnie często spostrzegano tachikardię. Cały szereg tych objawów przemawia za przypuszczeniem LEUBE'go, że w pewnych razach istnieje

je niedostateczne przystosowanie się serca do warunków rozwijającego się i rosnącego ustroju, a względna niewydolność serca gra zapewne rolę wybitną w występowaniu białkomoczu u osobników dojrzewających. Z drugiej znowu strony ten stwierdzony przerost serca i wzmożone napięcie naczyń nie mogą być pożytywane za czynnik rozpoznawczy, jeżeli chodzi o stwierdzenie organicznego cierpienia nerek w omawianym okresie rozwoju osobnika. Wogóle rozpo-

znawanie cierpienia nerek przewlekłego jest w tych warunkach bardzo utrudnione i tylko dłuższe i baczne spostrzeganie chorego może przyczynić się do rozwikłania tego zagadnienia, zwłaszcza, jeżeli istnieje białkomocz okresowy; jedynie tylko obecność w osadzie wałeczków ziarnistych lub nabłonkowych, poparta przez badanie dna oka, może dostarczyć wskazówek rozstrzygających.

K. Z.

Wiadomości bieżące.

— Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w roku przyszłym odbędzie się we Wrocławiu.

— Minister spraw wewnętrznych węgierski ogłosił Konkurs na najlepszą pracę p. t. „Patologia i terapia jaglicy”. Nagroda wynosi 2000 koron. Termin nadsyłania prac kończy się w dniu 13 grudnia 1904. Prace mogą być nadsyłane i w języku polskim.

— Odczytów klinicznych, wydawanych przez Redakcję gazety lekarskiej N. 173, 174 i 175 zawiera w tłumaczeniu części I pracy prof. B. RIEDEL'a p. t. „Powstawanie, rozpoznawanie i leczenie kamicy żółciowej”.

— W Paryżu ma zacząć wychodzić nowe czasopismo w języku Esperanto p. t. „Internacia medicina rerao”

— W Instytucie PASTEUR'a w Paryżu w r. 1902 z 1106 szczepionych przeciwko wścieklicznie zmarło tylko 2. Stanowi to 0,18% śmiertelności. Jest to najniższa odsetka, jaką otrzymano w Instytucie od roku 1896.

— Okazuje się, że pierwszym, któremu udało się zaszczerpić przymiot małpie, był d-r HAMONIC. A mianowicie, HAMONIC wraz d-rem MARTINEAU jeszcze w 1882 r. zakomunikował ten fakt Akademii medycznej i w Societé médicale des hôpitaux.

Od Administracji.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracji o każdym niedoręczonym numerze.