

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 26.

Warszawa d. 1 Lipca (18 Czerwca) 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Geną numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.
Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Zapobieganie sprawom parasyfilitycznym. Podał T. Trzeciński. — Przyczynę do leczenia operacyjnego nowotworów rdzenia. Podał dr med. L. Bregman. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i Wyciągi. 39. Objaw Kernig'a. 40. Karłowatość właściwa. 41. Przyczynę do etiologii zaburzeń jednostronnych w wydzielaniu potu (Hyper-et-anhidrosis unilateralis). O znaczeniu rozpoznawczem cytologicznych badań wysięków. XXXIV zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie (26—29 kwietnia r. b.). Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w czerwcu 1905 r. Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r TRZCIŃSKI — La prophylaxie des procès parasyphilitiques. 2) D-r L. BREGMAN — Contribution au traitement opératoire des néoplasmes de la moelle.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r TRZCIŃSKI — Die Prophylaxe der parasyphilitischen Prozesse. 2) D-r L. BREGMAN — Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Neubildungen des Rückenmarks.

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

PRACE ORYGINALNE.

Zapobieganie sprawom PARASYFILITYCZNYM.

Podał

T. TRZCIŃSKI

Ordynator szpitala św. Łazarza.

Rzecz wygłoszona na posiedzeniu klinicznym W. T. L.
dnia 23, III 1905r.

Sz. Panowie!

Jak we wszystkich działach medycyny, tak i w syfilografii bardzo cenne zdobycze przyniosła z sobą druga połowa zeszłego stulecia, w sy-

filografii mianowicie wykrywszy działanie zarazka przymiotowego w procesach, przez nikogo przedtem za specyficzne nie uznawanych.

Ongi przeznaceny Wojciech Oczo z właściwą pierwocinom nauki apodyktycznością w pierwszych wierszach swego dzieła lapidarnie a stanowczo załatwił się z istotą i przebiegiem przymiotu.

„Przymiot albo dworska niemoc” — powiada ojciec polskiej syfilidologii — „nie inszego nie jest, iedno zbytek iadowity w czlowieczy, wątrobę i krew' psuiający: skąd ciało od porządku

y postanowienia swego przyrodzonego odpady za rozkrzewieniem jego zaraźliwie niszczenie, żywot nędzny z przypadków dziwnych odnosząc⁷.

Dzisiejsza medycyna o istocie syfilisu wie niewiele więcej od Oczuki i współczesnych mu lekarzy w Europie, ale znacznie rozszerzyła zakres klinicznych i anatomicznych przejawów choroby, jak również ustaliła odległe jej następstwa.

Króla Imci Medyk, jak się sam Oczkomanuje, główne niebezpieczeństwo choroby widział w jej formach wrzodzących, w cierpieniach kości i wynikającym z nich marazmie, a z przymiotu ośrodków nerwowych zna jedynie specyficzną cephalę, właściwą wczesnym okresom konstytucjonalnego syfilisu. My dzisiaj — *quantum mutati ab illo!* — mniej mamy kłopotu z torpidnymi formami choroby, mniej nas o wiele straszą formy kostne, umiemy zapobiedz syfilitycznemu charłactwu, natomiast stoimy wobec istotnie groźnego niebezpieczeństwa, jakim jest syfilis mózgu i rdzenia, i wobec niebezpieczeństwa jeszcze groźniejszego, t. j. t. zw. spraw para lub metasyfilitycznych.

Albowiem, Sz. P., jeżeli się dziś mówi o zapobieganiu rozwojowi wiądu lub paraliżu u luetyków z racji tegoż właśnie luesu, nie jest to wcale *petitio principii*, jako że genetyczny związek tych spraw nie ulega już dzisiaj żadnej wątpliwości, a postawiona po raz pierwszy przez FOURNIER'a w r. 1875 teza, rozwijana następnie i broniona energicznie przez ERB'a, wywalczyła sobie ogólne wśród świata lekarskiego uznanie. Ogłoszony przed 2 laty rezultat długoletnich i sumiennych nad wyraz statystycznych badań ERB'a wykazuje w anamnezie tabetyków 90% przymiotu; dalej jeszcze idzie uczeń ERB'a MÖBIUS, który twierdzi, że nie masz wiądu bez uprzedniego syfilisu. Wśród naszych badaczy tej kwestyi GAJKIEWICZ w 400 przypadkach wiądu obliczył procent przebytego przymiotu na 90, statystyka zaś TUMPOWSKIEGO (257 przypad-

ków wiądu z polikliniki GOLDFLAMA) wykazuje 34%.

Że nieraz w anamnezie wiądu niepodobna wynaleźć przymiotu, że wskutek tego jedna statystyka wykazuje 90% przebytego syfilisu, a inna (TUMPOWSKI) tylko 34%, zgoła to nie dziwi człowieka, który przez lat dziesiątki syfilisem się parzył, nie albowiem tak łatwo przeoczyć się nie daje, jak lekkie z pozoru, abortywne, *sit venia verbo*, formy choroby, zwłaszcza, jeśli istnieją u chorych małej kultury umysłowej, u indolentnych proletaryuszów lub obojętnych niedbalców. Toż FOURNIER w połowie przypadków niewątpliwego późnego przymiotu u kobiet nie zdołał nie odszukać w anamnezie, a ostatnimi czasy HIRSCHL, badając materiał kliniki LANY'a, w 36 przypadkach na sto późnego przymiotu nie również anamnestycznie nie wykrył. Każdy z nas często spotyka chorych z owrzodzeniami gmatycznymi, którzy to chorzy klną się na wszystkie świętości, że nigdy przymiotu nie przechodzili, a zdarza się to nie tylko wśród proletaryatu, ale również często wśród warstw wysokiej kultury społecznej i umysłowej. Jeśli więc w przeważnej liczbie poszczególnych wykazów procent przebytego przymiotu wśród tabetyków waha się między 90 a 60, to wobec powyższych konsyderacji śmiało można się podpisać pod zdaniem MÖBIUS'a — że każdy tabetyk ma po za sobą syfilis.

Wogóle rzec można, że z wyjątkiem LEYDEN'a i jego uczniów wszyscy znawcy i badacze omawianej sprawy przyszli na zasadzie statystyki do wniosku następującego: Syfilis jest najważniejszą przyczyną wiądu, wobec której wszystkie inne czynniki etiologiczne schodzą na plan odległy.

Oprócz dowodów, czerpanych ze statystyki, istnieją jeszcze przesłanki rozumowane, z których genetyczny związek wiądu z przymiotem wypływa, jako wniosek logiczny; zestawił je NONNE w swej książce o syfilisie układu nerwowego, a są one następujące:

Kliniczny przebieg wiału i przymiotu ośrodków nerwowych wykazuje liczne analogie. (Przemijające porażenia mięśni ocznych, zanik nerwu wzrokowego, anomalie źrenic, brak odruchów).

2) Istnieją dość częste przypadki wiału u obojga małżonków, a we wszystkich tych przypadkach anamneza co do przymiotu jest pozytywna.

3) Jeśli wiał zjawia się u człowieka w niezwykle późnym wieku, człowiek ów również niezwykle późno zaraził się przymiotem. (Trzy takie przypadki ogłosił ERB, 2 posiadam w swojej statystyce).

4) U tabetycznych kobiet nieplodność jest prawie trzykrotnie częstsza, niż u kobiet tejże warstwy społecznej, nie dotkniętych wiałem. (Świadczą o tem: MENDEL, SIMPSON, SPENCER-WELLS, SIMS, GUTSTADT).

5) Często obserwowano współistnienie wiału i miażdżycowego aneuryzmatu aorty u ludzi względnie młodych.

6) Wiał występuje u dzieci, dziedzicznie obciążonych, jako objaw dziedzicznego przymiotu.

7) Znane są przypadki współistnienia wiału i przymiotu ośrodków nerwowych wśród rodzeństwa, którego wszyscy członkowie cierpią na przymiot.

8) Obserwacje ERB'a: Z trojga rodzeństwa po przebytych ciężkim urazie psychicznym dwie siostry — bez przymiotu w anamnezie — uległy neurastenii, brat — syfilityk — został tabetykiem. Mąż syfilityk, aby nie zarazić żony, wykonywa z nią jedynie manipulacje onanistyczne; ona zostaje histeryczką — on tabetykiem.

Po za kontrowersją statystycznym dwa istnieją główne zarzuty przeciw poglądom FOURNIER - ERB'a — po pierwsze, że anatomia patologiczna wiału nie wykazuje nie przymiotowego, a powtóre, że specyficzne leczenie nie wywiera żadnego wpływu na chorobę.

Pierwszy zarzut jest niesłuszny, bo nikt nie uważa wiału za przymiot, a raczej, za przewodem STRÜMPFEL'a, zapatrujemy się na anatomiczne zmiany rdzenia w wiału, jako na rezultat działania toksyn czy też antytoksyn syfilitycznych; upada również zarzut bezskuteczności swoistego leczenia, bo i surowica przeciwbłonicza nie działa na porażenia, wywołane przez toksyny błonicy, nie działa i chinina na neuroty pochodzenia malarycznego.

Nie ostały się również wobec gruntownej krytyki zarzuty, czerpane z geografii medycznej jako to: brak wiału pomimo wielkiej częstości przymiotu wśród Kirgizów, Bośniaków, Negrów afrykańskich, rzadkość wiału w Japonii i Abisynii. Zjawiała się bowiem w 1900 r. statystyka NOSE z Tokio, który to NOSE wśród 96 tabetyków (w tem 13 kobiet) znalazł 48% pewnego, 10,4% prawdopodobnego przymiotu, gdy tymczasem między 224 nietabetycznymi chorymi odsetka przymiotu wynosiła 16,5%.

Znalazło się również pięciu tabetycznych negrów, którzy wszyscy byli syfilitykami, a częstość wiału w stosunku do innych chorób nerwowych w Abissynii jest prawie tak sama, co gdzieindziej.

Si parvos magnis componere licet, dodam od siebie, że obserwując przez długie lata, jako chorzy, których się przed czasy widziało z objawem pierwotnym, a którzy przedwcześnie przerwali kurację, zjawiali się później z przeróżnymi dolegliwościami, podejrzewając ich specyficzną naturę, a przy badaniu okazywali się konsumowanymi tabetykami, przywykłem na każdego człowieka z pierwotną manifestacją patrzeć jako na kandydata do wiału, choć nie każdy luetyk skazany jest na wiał bez apelacji, choć celem niniejszego przemówienia jest wskanie środków zapobiegawczych wobec tak żalostnej perspektywy.

Co się tyczy paraliżu postępującego, już w 1887 r. ESMARCH i JESSEN ogłosili trzy przypadki paraliżu i przymiotu, upatrując w nich zwią-

zek przyczynowy między obiema sprawami, a później MENDEL wystąpił bardzo energicznie w obronie tego poglądu, twierdząc, że syfilis jest istotną i ważną, choć nie jedyną przyczyną paraliżu.

Jak ERB dla wiądu, tak KRAFT-EBING i BINSWANGER od lat wielu starają się wywaleczyć dla demencyi paralitycznej prawo do ścisłego związku kauzalnego z uprzednio przeżytym przymiotem.

HIRSCHL poszedł jeszcze dalej, uznając wprost demencyę paralityczną za objaw późnego przymiotu. Rezultaty zestawień statystycznych wahają się tu w granicach szerszych, niż przy wiądzie—od 11% (EICHHOLT) do 94% (RÉGIS), ale dodać trzeba, że RIEGER, zestawivszy dane statystyczne, pochodzące od 11 bardzo wiarygodnych badaczy, znalazł wśród tysiąca przypadków demencyi paralitycznej 40% przymiotu w anamnezie, a wśród tysiąca przypadków psychozy nieparalitycznej zaledwie około 4%.

Również jak wobec wiądu, wielką siłę przekonującą mają i w tym przypadku konsydera-cye rozumowe, oparte na obserwacyach kliniczno - statystycznych a zestawione przez KRAFT-EBING'a. Oto one:

W Danii stosunek przymiotu mężczyzn i kobiet jest jak 4 do 1; takiż sam jest stosunek paraliżu wśród mężczyzn i kobiet.

Prawie identyczny stosunek zachodzi między częstością przymiotu wśród mieszkańców miast i wsi, jak między częstością paraliżu wśród tychże kategorii ludności.

W krajach, gdzie przymiot jest bardzo rozpowszechniony, jak np. w Rumunii, również i paraliż spotyka się bardzo często, tymczasem w kantonie Wallis, gdzie przymiot jest wielką rzadkością, paraliż prawie że nie istnieje, a na *ultima Thule*, gdzie zgoła niema przymiotu, niema również i demencyi paralitycznej.

Sfery społeczne, najczęściej ulegające przymiotowi — marynarze, oficerowie, wojażerowie — wykazują najwięcej przypadków parali-

żu, i naodwrot, gdzie syfilis jest najrzadszy, demencya paralityczna prawie się nie spotyka, np. wśród księży. KRAFT-EBING na 3000 męskich paralityków znalazł tylko jednego katolickiego księdza, a ten właśnie przechodził syfilis.

Prawie we wszystkich przypadkach paraliżu u dzieci lub osobników młodocianych daje się wynaleźć albo przymiot u rodziców albo przymiot nabyty; FOURNIER i KRAFT-EBING procent przymiotu w anamnezie takich chorych podają jako 100.

W tych razach, kiedy chory przebywał przymiot pod wieczór żywota, demencya paralityczna występuje również niezwykle późno.

Jeśli oboje małżonkowie cierpią na przymiot, często się zdarza, że jedno staje się tabetykiem, paralitykiem drugie, lub jedno ma objawy syfilisu mózgu, drugie zaś jest paralitykiem.

Wreszcie KRAFT-EBING'owi nie udało się zaszcześcić przymiotu 9 paralitykom, u których anamneza była pod tym względem negatywna, i wogóle dotychczas nie widziano paralityka z objawem pierwotnym przymiotu.

(C. d. n.).

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra Bregmana
w szpitalu Starozakonnym w Warszawie.

Przyczynek do leczenia operacyjnego NOWOTWORÓW RDZENIA.

Podał

D-r med. L. Bregman.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 25).

Na podstawie danych powyższych mogliśmy więc rozpoznać z pewnością sprawę poprzeczną w rdzeniu, dosięgającą do 4 odcinka grzbietowego lub jeszcze nieco wyżej. Natomiast określenie rozciągłości sprawy ku dółowi, w kierunku distalnym, napotykało

wielkie trudności. Rozlane umiejscowienie bólów w bokach mogło być wskaźnikiem sprawy bardziej rozległej, nie miało jednak znaczenia decydującego, ponieważ, jak wyżej już wyluszczyłem, nawet przy ograniczonych cierpieniach poprzecznych rdzenia bóle mogą promieniować bardzo daleko poniżej ogniska.

Ogólna wrażliwość części grzbietowej i lędźwiowej kręgosłupa również w tym względzie zaważyć na szali nie mogła. Przy odżywianiu ogólnem nadzwyczaj upośledzonym, u chorej, zmuszonej dniami i nocami pozostawać w jednym położeniu — siedząco i z przykurezonymi nogami — taka rozlana wrażliwość kręgosłupa nie mogła mieć znaczenia rozpoznawczego. O wiele ważniejszą natomiast była ograniczona i wielka bolesność wyrostków ciernistych 4—5 i wyrostka poprzecznego 4 kręgów grzbietowych: odpowiadała ona 6—7 odcinkom grzbietowym rdzenia i świadczyła o tem, że sprawa w rdzeniu w każdym bądź razie tak daleko ku dołowi sięga.

Co się tyczy rodzaju sprawy chorobowej, to przypuszczenie nowotworu stawało się w dalszym przebiegu choroby co raz prawdopodobniejszym. Przymiot rdzenia, dla którego i przedtem brak było danych, po bezskutecznym leczeniu swoistem można było wyłączyć. Zapalenie kręgów było nieprawdopodobne dla tych samych powodów, które już raz wymieniłem: bolesność paru kręgów w posuniętym okresie postaci rzeczy nie zmieniła, gdyż również przez cierpienie wewnątrzkręgowie spowodowana być mogła.

Podniesiona ciepłota uważana była dawniej przy różniczkowaniu między *spondylitis* a nowotworem, jako argument na rzecz pierwszej; obecnie wiemy, że gorączka, zwłaszcza w tej postaci, jaką tu spostrzegaliśmy, t. j. ciepłota podgorączkowa z krótkimi nasileniami, jest w sprawach nowotworowych bardzo częsta, być może nawet prawidłowa. Przytem jednocześnie

jest to objaw, świadczący o nowotworze złośliwym.

Szybki postęp sprawy aż do objawów zupełnego przerwania przewodnictwa rdzeniowego, stałe, bardzo silne bóle, marny stan ogólny, wszystko to zgadzało się z rozpoznaniem nowotworu rdzenia. Jakiegokolwiek inne cierpienie było znacznie mniej prawdopodobne. Zapalenie rdzenia (*Myelitis*) przebiega inaczej, towarzyszą mu bóle mniejsze lub brak ich zupełnie. To samo powiedzieć można o stwardnieniu wieloogniskowym, które symulować może cierpienie poprzeczne.

Z tego, co powiedziałem, wynika, że nowotwór rdzenia był u chorej naszej najprawdopodobniejszy, i że górną granicę przypuszczalnego nowotworu można było z pewną dokładnością określić.

Niektóre dane mówiły za tem, że nowotwór brał punkt wyjścia zewnątrz rdzenia (*extramedullär*). Rozprzestrzenienie się jego ku dołowi nie mogło być ściśle oznaczone, w każdym bądź razie zajął on conajmniej kilka odcinków (4—7).

Szereg momentów — gorączka, zły stan ogólny, szybki rozwój cierpienia, wreszcie wiek młodociany (w którym najczęściej mięsaki spotykamy) — wskazywał na nowotwór złośliwy.

Wobec tego rozpoznania powstała kwestya leczenia operacyjnego, którą rozstrzygnąłem twierdząco. Mieliśmy dane, które pozwalały na dokładne rozpoznanie topograficzne. Niemożność oznaczenia dolnej granicy ogniska nie była przeciwskazaniem, ponieważ miała miejsce prawie we wszystkich przypadkach operowanych. Przypuszczalna złośliwość nowotworu również od operacji powstrzymać nie mogła. Kwestya stosunku nowotworu do rdzenia, t. j. czy nowotwór był zewnątrz — lub wewnątrzrdzeniowy, nie mogła być stanowczo rozstrzygnięta, jednakowoż wiele danych — początko-

wy okres bólowy, późniejsze, tak silne bóle, stopniowy rozwój porażenia, naprzód ruchowego, potem czuciowego (jak zwykle przy ucisku rdzenia), wreszcie w pewnej mierze późniejsza bolesność wyrostków ciernistych — wszystko to przemawiało raczej za nowotworem zewnątrz-rdzeniowym.

10 maja chorą przeniesiono do oddziału chirurgicznego kol. L. KRAUZEGO.

Do oznaczenia kręgów, na których laminektomię wykonać należało, służyły nam głównie 2 momenty.

1) Górna granica nowotworu według tego, co wyżej wyłuszczyłem, znajdować się musiała na wysokości 4 odcinka grzbietowego lub nieco wyżej (o 1—2 odcinki) — odpowiadało to 3 lub 2 kręgowi grzbietowemu.

2) Wyrostki cierniste 4—5 kręgów grzbietowych były przy naciskaniu najbardziej bolesne.

Na zasadzie tych danych postanowiliśmy rozpocząć operację od 4 kręgu grzbietowego i posuwać się ku górze, a ewentualnie, o ileby to okazało się potrzebnem, ku dołowi.

14 maja kol. L. KRAUZE przystąpił do wykonania laminektomii.

Po usunięciu — w uspieniu chloroformem—luków 3—4 kręgów grzbietowych, zauważyliśmy w górnej części pola operacyjnego powiększoną rezystencję. Po przecięciu opony twardej przedstawił się nam guz o nieprawidłowej powierzchni, który wraść wyżej pod luk 2 kręgu. Przy bliższem rozpatrzeniu stanu rzeczy okazało się, że nowotwór jest tak ściśle z rdzeniem zrośnięty, że wyłuszczenie go byłoby niemożliwe. Skutkiem tego kol. KRAUZE postanowił wyższych kręgów nie otwierać, nałożył kilka szwów na oponę twardą i ranę operacyjną zamknął.

O przebiegu pooperacyjnym czytamy w historii choroby, co następuje.

15. V. Ogólny stan zadawalający. Ciepłota 37,0°. Tętno 128. Bólów niema.

16. VI. Ciepłota 36,9°. Porażenie zupełne kończyn dolnych. Porażenie jest wiotkie, przykurczenie znikło. Obie stopy w położeniu końsko-szpotawem. Odruchy kolanowe zniesione. Odruch ze ścięgna Achillesa prawego żywy, z lewego nie otrzymuje się. Odruchy podeszwowe słabe, nieokreślone (raczej zgięcie w kierunku podeszwowym). Przy ukluciu w podeszwie odruchy silne. Odruchów brzusznych brak. Anestezja do 4 żebra. Chora uskarża się na palenie w prawej kończynie górnej. Przedmiotowo w kończynie tej zaburzeń nie znajdujemy.

20. V. Szwy usunięto. Rana operacyjna goi się *per primam*.

26. V. Wczoraj wieczorem ciepłota 38,9°. Wiotkie porażenie kończyn dolnych. Kończyna prawa bardzo obrzękła, lewa w mniejszym stopniu. Odruchów ścięgowych brak; podeszwowe silne, w postaci zgięcia podeszwowego. Nieprzyjęcie moczu i kału.

Chora uskarża się na bóle — klucie i palenie — w kończynie górnej prawej — samostne i przy ruchach biernych i czynnych. Bóle ciągną się wzdłuż całej kończyny, najbardziej w przedramieniu i w palcach. Codziennie zmiana opatrunku. Ord. *Morfii muriat.* 0,01, 3 prozki dziennie.

4. VI. Głęboka odleżyna w okolicy lewego skrzyżta.

8. VI. Na zewnętrznej powierzchni prawego uda i w okolicy krzyżowej powstały odleżyny.

19. VI. Pomimo zastosowania wszystkich środków odleżyny powiększają się.

22. VI. W bliźnie operacyjnej utworzyło się małe owrzodzenie.

27. VI. Blizna operacyjna całkowicie zagojona.

11. VII. Stan bez zmiany. Bóle w plecach i lewej pachwinie.

1. VIII. Utworzyły się nowe liczne odleżyny. Ogólne osłabienie. Tętno słabe, częste.

9. VIII. *Exitus letalis*, w $7\frac{1}{2}$ miesiąca po rozpoczęciu się choroby, w 3 miesiące po zabiegu operacyjnym.

W dniu 10. VIII. prosektor d-r J. STEINHAUS dokonał oględzin pośmiertnych, które, niestety, ograniczyć się musiały do samego tylko rdzenia.

Rdzeń, powyjęciu i przecięciu opony twardej, okazał się w całej swej długości bardzo



Fig. III. Środkowa część nowotworu wycięta dla zbadania drobnowidzowego.

zgrubiałym. Najbardziej zgrubiałą wydała się część dolna, lędźwiowa. Zgrubienie było wogóle dość równomierne, kształt rdzenia był zachowany. W górnej części grzbietowej, m. w. na wysokości 3 — 5 odcinka grzbietowego, znaleziono nowotwór, w postaci dużego podłużnego węzła, który przylegał ściśle do prawego bocznego i tylnego obwodu rdzenia i był z nim zrośnięty. Powierzchnia nowotworu niezupełnie gładka, konsystencja jego dość twarda. (Fig. III).

Po stwardnieniu w 10% formalinie zrobiono przekroje w różnych częściach rdzenia. Na wszystkich przekrojach okazał on się otoczonym przez pierścień cylindryczny nierównomiernej grubości; najgrubsza warstwa znajdowała na tylnej powierzchni, na przedniej zaś była ona o wiele cieńsza, lub brak było nowotworu zupełnie. W części lędźwiowej nowotwór był największy i rozciągał się wokoło całego obwodu rdzenia. W części szyjowej zgrubienie opon było najmniejsze, tu cylinder był z przodu zupełnie otwarty.

Rysunek przekroju rdzeniowego w częściach szyjowej i lędźwiowej można było gołym okiem doskonale rozpoznać.

W górnej części grzbietowej na wysokości nowotworu węzłowatego, istota rdzenia była rozmięczona. W średniej części grzbietowej na rozciągłości kilku odcinków budowa rdzenia była zupełnie zmieniona, świeży przekrój miał w tem miejscu barwę brunatną, która później znikła. W dolnej części grzbietowej powraca znowu normalna budowa rdzenia.

Badanie drobnowidzowe (kol. J. STEINHAUS) wykazało mięsak okrągło-komórkowy budowy alweolarnej. Nowotwór bierze punkt wyjścia z miękkich opon rdzeniowych. Granica rdzenia zostaje w wielu miejscach przekroczona, z nowotworu przenika do rdzenia najczęściej wraz z przegródkami łącznotkankowymi. Korzenie nerwowe są zatopione w nowotworze, który prócz tego częściowo w nie wrasta. Istota rdzeniowa w wielu miejscach uległa nekrozie.

W średniej części grzbietowej nowotwór zajął prawie cały przekrój rdzenia, ślady zaledwie istoty nerwowej pozostały w jednym pęczku bocznym.

Na przekroju przez górne odcinki grzbietowe widzimy nowotwór węzłowaty, przylegający do bocznego i tylnego obwodu rdzenia. Z boku granica rdzeniowa jest dość wyraźna, choć i tu grupy komórek nowotworowych wra-

stają wśród włókna nerwowe. Na tylnej powierzchni nowotwór o wiele głębiej do rdzenia przenika i po większej części w tem miejscu sam uległ nekrozie.

Z istoty rdzeniowej pozostały tylko pęczki przednie i boczne, cała istota szara natomiast oraz pęczki tylne po części uległy nekrozie, w części przez nowotwór zostały zamieszczone. Istota nerwowa, która ocalała, również jest bardzo zmieniona. Włókna nerwowe są nabrzmięte,

niektóre znikły całkiem, pozostawiając po sobie duże luki w substancji gęstwiejącej. Ściany naczyń zgrubiałe, drobne naczynka w niektórych miejscach wypełnione hyalinową masą. Miejscami zwłaszcza wokół większych naczyń, wchodzących do rdzenia w przegródkach opony miękkiej (*Pia septa*) znajduje się nacieczenie zapalne drobnokomórkowe.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

39. P. SAINTON i R. VOISIN. Objaw Kernig'a.

Objaw ten, jak już sama nazwa wskazuje, był poraz pierwszy (w r. 1884) opisany przez KERNIG'a, który uważał go za znamienne dla *Meningitis tubercul. i Meningit. cerebro-spinalis*. Inni badacze, jak BULL (1885 r.), HENOCH (1886), BLUMM (1889) zgodnie z KERNIG'em objaw jego w większości przypadków nadmienionych spraw chorobowych również znajdowali i również uważali dla nich za patognomiczny. Dalsze jednak badania wykazały, że daje się on spostrzegać i w innego rodzaju cierpieniach: VIDAL, HERRICK, MERKLEN, CHAUFFARD, FROIN znajdowali go przy krwotokach oponowych — inni w chorobach zakaźnych w których w oponach nie udawało się wykazać zmian patologicznych — jak w tyfusie (NETTER), — w infekcjach pneumokokowych (MARTIN, SICCARD, GEORGET, SAINTON i VOISIN) — w *Bronchopneumonia* (NOBECOURT, VOISIN), w gruźlicy.

Spostrzeżenia te są ważne ze względu na istnienie we wspomnianych chorobach tak zw. meningitizmu.

WALTER znajdował go u operowanych, u których stosowana była rachikokainizacja. W notowanych wyżej przypadkach objaw ten znajdowano wszędzie obustronnym. W następstwie na zasadzie dociekań teoretycznych poczęto go się doszukiwać i w cierpieniach jednostronnych — jak w *Ischias* (MAGRI, PIERY, ABADIE, PLESSI), w porażeniu połowicznym (*hemiplegia*) (SHULOS, SAILER). Ostatnie badania ABADIE, SABRAZÈS, THEVENET, PEHU zaznaczają istnienie objawu tego tam, gdzie go się wcale nie spodziewano, jak w *tabes, asystolia, uraemia*. Aczkolwiek więc objaw ten dużo utracił na patognomicznym znaczeniu swoim, niemniej jednak pozostaje on jedną z najbardziej charakterystycznych cech chorób, wskazanych przez jego odkrywcę. Spostrzegać się on daje na kończynach dolnych i górnych.

Dla wywołania go według metody KERNIG'a sadza się pacjenta na skraj łożka z nogami zwieszonymi, przy czem poza spotęgowaniem się sztywności karku i grzbietu zauważyć się daje znamienne kontraktura mięśni, zginających kolana, a niekiedy i stawu ramieniowoprzedramieniowego (łokcia). Jeśli probować nogi wypro-

stować (*extensio*), nie udaje się nigdy przekroczyć kąta 135° , a gdzie objaw ten jest bardzo wybitny, nawet kąta prostego. Taka jednak metoda wydaje się nieco za brutalną względem tak ciężko chorego, — dlatego też w ostatnich czasach przy badaniu tego objawu postępuje się nieco inaczej. Trzy więc są inne sposoby wykazania go: 1) Pacjent leży w łóżku. Pomocnik układa ręce swoje na uda chorego w ten sposób, że przeszkadza wszelkiemu zgięciu kolana. Jeśli przy takim ułożeniu kazać choremu się — nie może on tego dokonać. 2) Obecnie najczęściej stosuje się metodę następującą: chory siedzi w łóżku; naciska się silnie uda — dążąc do tego, aby kończyny dolne w całej swej długości jednomiernie przylegały do poziomej płaszczyzny łóżka. Jeśli objaw istnieje, niepodobna tego żadną miarą osiągnąć; noga pozostaje zgiętą w kolanie pomimo wszelkich naszych wysiłków, aby zwalczyć kontrakturę. W razie jeśli objaw jest mniej zaakcentowany, udaje się doprowadzić nogę do zupełnego wyprostowania lecz wywołuje to w początku zabiegu żywy ból w okolicy miednicy. Stanowi to t. zw. niezupełny objaw (zarys) KERNIG'a (*ébauche du signe de KERNIG*). 3) OSLER w przypadkach, w których stan skurczowy mięśni grzbietu i karku jest tak silny, że chorego niepodobna posadzić, pozostawia go w położeniu poziomem i stara się wyprostowaną kończynę zgiąć na miednicę. Jeśli przytem silnie naciskać ręką na staw kolanowy, to przy istnieniu objawu daje się w ten sposób wyraźnie stwierdzić pojawienie się skurczu fleksyjnego.

Przy wykazywaniu jednak tego objawu należy się pilnie wystrzegać możliwych tu pomyłek, zależnych od ubocznych okoliczności. Baczyc więc trzeba, żeby chory leżał na płaszczyźnie poziomej równej, nie zbyt miękkiej, żeby nie zapadał w pościel, żeby mógł być względnie wygodnie na niej posadzony, żeby przytem tułow jego nie chwiało się to w prawo, to w lewo i żeby nie był pochylony ku przodowi.

Stopień zgięcia kolana (*flexio*) bywa rozmaity. W przypadkach bardzo wybitnych nie udaje się przy wspomnianej manipulacji przekroczyć 90° , co jednak zdarza się rzadko, najczęściej bywa on rozwarty i dochodzi do 135° .

SHIELD nie uznaje istnienia objawu poniżej 120° .

Co się tyczy kończyn górnych, to CHAUFFARD objaw omawiany w przypadku *meningitidis cerebrospinalis* opisuje tak: skoro tylko chory siada na łóżku, kończyny górne sztywnieją i przyjmują układ kuczowego pół-zgięcia (*demi-flexion*), które przy użyciu nawet dość znacznej siły przemódz bardzo trudno, a w każdym razie wyprostowanie ich okazuje się wprost niemożliwym. Znamienne jednak jest tu także to, że skurcz ten — jakby pod wpływem jakiego czaru — znika odrazu, skoro chory się położy. Objaw taki widział on też w *meningitis supurat.*, BUCHANAM również spostrzegał go w czasie epidemii *meningitidis cerebrospinalis*. W dwóch przypadkach *meningitidis* AUBERTIN'a ramiona *in abductione* były poziomo ustawione względem osi tułowia, przedramiona zgięte na ramiona, ręce zaciśnięte w pięść i zwrócone ku tyłowi, ku powierzchni łóżka. W jednym z tych przypadków taki skurczowy układ pojawiał się tylko wtedy, kiedy obracał on głowę chorego dziecka na prawo albo na lewo. MERKLIN i VOISIN widzieli podobne objawy w zapaleniu płuc, któremu towarzyszyły przypadłości meningealne, a więc gdzie jednocześnie notowano objaw KERNIG'a (nóg), sztywność tułowia i t. d. Wspomniane wyżej objawy potęgowały się, skoro tylko chorego sadzano. NETTER również wspomina o dwóch takich przypadkach.

Wogóle można powiedzieć, że objaw KERNIG'a ze strony kończyn górnych polega na skurczu mięśniowym, utrzymującym staw łokciowy (*artic. cubiti*) w stanie zgięcia, wzmagającego się przy nadaniu choremu pozycji siedzącej. Tu jednak nie ma on już tak doniosłego znaczenia. CHAUFFARD tak się wyraża: objawu KERNIG'a trzeba szukać w kolanach chorego, pamiętając jednak o tem, że nie jest on objawem, tu jedynie zlokalizowanym, lecz że może on też ujawniać się i w kończynach górnych a nawet niekiedy w nich przeważać.

Semiologia objawu KERNIG'a.

W zapaleniu opon mózgodzeniowym i grzliczem objaw ten był po raz pierwszy notowany i w sprawach tych stosunkowo najlepiej zbadany. Liczne spostrzeżenia wykazały, że cho-

ciaż nie zawsze on dopisuje — spotykamy się z nim co najmniej w $\frac{3}{4}$ ogólnej liczby przypadków bądź to *meningitidis cerebro-spinalis*, bądź też *meningitidis tuberculosae*. Istnienie, wzmaganie się albo też ustępowanie jego idzie w parze z odpowiednim w danej chwili stanem samej sprawy chorobowej. Wraz z nasileniem się procesu zapalnego opon — wzmagają się on, wraz z ustąpieniem tegoż znika, wraz z nawrotem pojawia się znowu (GAILLARD, COCHEZ, LEMAIRE, LONDE). Badania jednak w tym kierunku nie można jeszcze uważać za ukończone, i są przypadki, w których pod tym względem nasuwają się niejako wątpliwości.

Z klinicznego punktu widzenia żywy budzą interes obserwacye, co do których jednak spostrzegawcy nie dosć jasno się wypowiadają, a mianowicie co do stosunku objawu KERNIG'a i odruchu rzepekowego. GACHET zaznacza, że w przypadku, w którym odruchy rzepekowe znikły, pojawiły się one znowu po przekłuciu lędźwiowym, przyczem istniejący już objaw KERNIG'a uległ zmianie — stał się mniej wyraźnym.

ACHARD i GRENET opisali przypadek, w którym zniknięcie odruchów zbiegało się z objawem KERNIG'a. CHAUFFARD notuje, że objaw zbiega się z ustąpieniem odruchu. Wogóle spostrzeżenia te budzą żywe zaciekawienie ze względów patogenetycznych.

Bądź jak bądź, do objawu KERNIG'a w razach, w których wykazać się on daje obok innych oznak zapalenia oponowego (ból głowy, wymioty, porażenia, kontraktury), przywiązywać należy wielką wagę, gdyż łącznie z temi niezmiernie ułatwia on zrobienie właściwego rozpoznania. Szczególniej doniosłe ma on znaczenie w niektórych postaciach utajonego a zwłaszcza ambulatoryjnego zapalenia opon i przypadkach *paralys. infantum*, opisanych przez SICCARD'a, gdzie niekiedy zaznaczeniem się swoim staje się dla lekarza wielce cenną wskazówką dyagnostyczną. W sprawach więc zapalnych opon objaw ten zalicza się do objawów pierwszorzędного znaczenia, lecz domaga się on często dla uzupełnienia rozpoznania — przekłucia lędźwiowego celem zbadania płynu mózgowo-rdzeniowego.

Spostrzegany on też bywa w krwotokach oponowych (meningealnych) (KERNIG, NETTER, HERRICK, MOIZARD, BACALOGU i inni). Tu jed-

nak nie stanowi on *criterium* co do istoty sprawy. Wogóle może on być w podobnych przypadkach wyrazem dwóch poszczególnych spraw, bądź to krwotocznej, bądź to zapalnej i li tylko na zasadzie obecności swojej nie pozwala stawiać między nimi należytego rozpoznania. W takich więc razach rozstrzygają inne objawy.

Z chorób infekcyjnych, w których objaw omawiany spostrzegać się daje, głównie wyróżniają się te, którym najczęściej towarzyszą objawy meningealne, a więc przedewszystkiem dur. NETTER (od r. 1898 — 1900), na 313 przypadków tyfusu mógł stwierdzić go w 44 (= 11,8%), w niektórych z tych ostatnich można było jednocześnie stwierdzić i inne klasyczne przypadłości *meningitidis*. Bądź jak bądź, twierdzi NETTER, czy te przypadłości towarzyszą objawowi KERNIG'a, czy też nie, już sama obecność jego wskazuje na współdziałanie opon mózgowych w sprawie chorobowej.

CARRIÈRE z 50 obserwowanych przez siebie przypadków duru brzuszego spostrzegając ten objaw w 29-u (= 44%), zresztą stwierdzony on został i przez wielu innych badaczy (WIDAL, DOPTER, VAQUEZ, MERQ, HIRTZ, GRENET i t. d.) Wogóle daje się on spostrzegać w ciężkich przypadkach duru; to też gdy zwykła śmiertelność w durze wynosi około 7%, w przypadkach, przebiegu których notowano objaw, równała się ona 25%. Nadto podczas gdy nawroty w tyfusie zdarzają się w 16-u przypadkach na sto, nawroty w przypadkach z objawem KERNIG'a pojawiały się w 43%.

Pneumonia stanowi drugą chorobę infekcyjną, w której objaw ten się względnie często pojawia. Tutaj występuje on w czasie pełnego rozwoju choroby, zwykle około 4 dnia, bądź to sam przez się, bądź to w związku z innymi przypadłościami nerwowymi, jak *delirium*, ból głowy, zaburzenia ze strony oka (żrenic). Wszystko to jednak nie wpływa na przebieg choroby, gorączka ustępuje w swoim czasie, a wraz z nią znika i objaw (GEORGET). Punkcja lędźwiowa nie wykazywała w takich razach żadnych nieprawidłowości w płynie mózgowo-rdzeniowym, który pozostawał przezroczystym, nie zawierał pneumokoków, ani też ciałek wielojądrowych.

SIMON stwierdził objaw KERNIG'a w przypadku ropnego zapalenia opłucny z obecnością

pneumokoków u czteroletniego dziecka, przyczem jednak w płynie mózgo-rdzeniowym wykazana słaba reakcja leukocytoza z przewagą limfocytów kazała przypuszczać, że meningealna sprawa była przyczyną tego objawu. U chorego z *pleuritis* prof. DEBOVE'a, przy obecności w wysięku diplokoków, pneumokoków, stwierdzono również objaw K., który jednak prędko ustąpił. Znajdywano go również w cierpieniach żołądko-kiszkowych we wczesnym wieku dziecięcym, także w przypadku, opisanym przez autorów pod nazwą *Tuberculose ganglionaire* z przebiegiem nader ostrym i objawami zakażenia krwi (à forme toxémique), chociaż nie można tu było wykazać żadnych zmian w oponach, a płyn mózgodrdzeniowy przedstawiał się zupełnie czystym i laseczników KOCH'a nie zawierał.

Z pomiędzy chorób, spowodowanych zatruciami, SHIELDS i THÉVENET stwierdzili obecność objawu K. w jednym przypadku mocznicy. Przypuszczają oni tu możliwość istnienia *meningitidis uraemicae*, spowodowanej szkodliwym oddziaływaniem substancji toksycznej na opony. (Chory wyzdrowiał, przekłucia łądźwiowego nie robił). CARRIÈRE pod nazwą meningizmu uremicznego u dziecka, gdzie objaw K. był spostrzegany, opisuje przypadek, w którym w płynie mózgodrdzeniowym wykazały się dały kryształki kwaśnego moczanu sodu.

Nie mniej interesujący jest fakt, że po rachikokainizacji również stwierdzono obecność objawu KERNIG'a. Nie będzie to się jednak wydawało tak dziwnem, jeśli wziąć pod uwagę, że prace RAVAUT i AUBURG'a wykazały tu odczyn leukocytozy (*reaction leucocytaire*), który bardzo wyraźnie występuje po tym zabiegu. Wskazuje to, że alkaloidy powodują go na drodze zadrażnienia opon rdzeniowych.

Tu jeszcze nadmienić wypada, że objaw K. spostrzegano w przypadłościach mózgowych, spowodowanych wessaniem niektórych przesięzków obrzękowych, a także występowanie objawów meningealnych po zastrzyknięciu soli (NaCl) w przebiegu zapalenia płuc. Przyczyna w tych ostatnich przypadkach nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona (zatrzymanie w ustroju produktów wydzielniczych, zatrzymanie chlorków, wpływ mechaniczny?).

Wreszcie ABADIE notuje przypadek — w istocie swojej również dostatecznie nie wyjaśnio-

ny — w którym u chorego z wadą zastawki dwudzielnej objaw występował w okresach osłabienia sercowego (*hyposystolia*), a znikał w okresie wyrównania.

Oprócz wyżej wymienionych chorób infekcyjnych i zatruc, objaw KERNIG'a bywa jeszcze notowany w chorobach właściwego układu nerwowego, połączonych z bólem lub przypadłościami kurczowemi. Lecz tu spostrzeżenia są jeszcze — że tak powiem — rozrzucone, nie usystematyzowane, nie pozwalają więc jeszcze na dokładną ocenę jego. Zaznaczyć tu jeszcze wypada, że w cierpieniach tej kategorii objaw K. nie zawsze występuje po obu stronach, lecz że często bywa on tu jednostronny.

THYNE notuje go przy krwotoku w lewym zrazie mózdzku i jednoczesnem przedostaniu się krwi do IV komory mózgowej poprzez *lobus occipitalis cerebri*, SAITER w przypadku krwotoku w zwoju ciemieniowym, naruszającym zarazem *centrum ovale* i *capsulam int.* (prawdopodobnie wskutek ogniska ropnicowego), oraz w przypadku *encephalitis chron.* typu NONNE'a. ABADIE w dwóch przypadkach zadawnionego porażenia połowicznego (*hemiplegia*), spowodowanych zmianami destrukcyjnymi mózgu — objaw tu był obustronny, lecz więcej zaakcentowany po stronie porażonej. KLIPPEL notował go przy ropniu mózgowym, LASEGUE w przypadku *meningo-myelitis syphiliticae*. SABRAZÈS widywał objaw KERNIG'a u tabetyków jednocześnie z pojawieniem się bólów (*dolores lancinantes*) — z chwilą jednak ustępowania ich i objaw też ustępował. Autorowie stwierdzali go w trzech nieulegających wątpliwości przypadkach lumbago, także wraz z MAGRI, PIERY, ABADIE w ischias. W histeryi objaw KERNIG'a stanowi jeden z przejawów meningizmu. VERGER, ABADIE, LAMOUREUX niejednokrotnie stwierdzali obecność jego w tem cierpieniu.

Patogeneza. Wszyscy prawie autorowie zgadzają się, że objaw KERNIG'a jest wyrazem kontraktury mięśni zginaczy kończyny dolnej (kolana). Dalsze badania starają się wykazać właściwą przyczynę takiej lokalizacji. BULL uważa więc objaw ten jako spotęgowanie normalnie już zauważyć się dającego półzgięcia kończyny dolnej przy siedzeniu na powierzchni płaskiej — gdyż zupełne wyprostowanie nogi w takiej pozycji już nawet dla zdrowego człowieka,

jako połączone ze zbytciem rozciągnięciem mięśni zginaczy, jest bardzo męczące. Tegoż zdania są CIPOLINO i MARAGLIANO. Najmniejsze więc zadrażnienie, zdolne do zmodyfikowania czynności włókien mięśniowych zginaczy pod względem napięcia (*tonus*) mięśniowego, łatwo staje się przyczyną zmiany przejściowej półfleksji na trwałą a więc patologiczną, wyrażającą się objawem KERNIG'a. SHERINGTON wypowiada przypuszczenie, że czynność ruchowych neuronów *m. tricipitis cruris* może być względnie osłabiona wskutek podrażnienia neuronów ruchowych, zawiadujących mięśniami-antagonistami, t. j. zginaczami kolana. Chociaż większość autorów zgadza się na skureczową przyrodę (*contractura*) objawu KERNIG'a, różnią się oni jednak między sobą co do właściwej przyczyny tej kontraktury. Tu zanotować wypada następujące teorie.

1) Teorya nadmiernego parcia (*hypertension*) płynu mózgo-rdzeniowego. Twórca jej BULL opiera ją na tem, że w pewnych przypadkach *meningitidis*, ropnia mózgowego, krwotoków w mózdzku, objawów uremicznych, przy przekłuciu lędźwiowem — płyn mózgordzeniowy z igły iniekcyjnej nie wycieka kroplami, lecz wytryska. NETTER zaś w *meningitis cerebro-spinalis* u dziecka — po każdorazowem wypuszczeniu pewnej ilości płynu widział ustępowanie objawu KERNIG'a. Przeczą jednak tej teorii inne fakty. Stwierdzono przez punkcję lędźwiową, że w wielu przypadkach, gdzie objaw K. istniał, wcale nie dało się wykazać zwiększonego ciśnienia płynu, i naodwrot, że parcie jego może być zwiększone przy zupełnym braku nawet śladów objawu. Toć w przypadkach nowotworów lub krwotoków mózgowych, gdzie parcie wewnątrzczaszkowe jest znaczne — objawu tego zazwyczaj spostrzegać się nie daje. Najbardziej uderzającym dowodem pod tym względem może być brak jego w *hydrocephalus* (FRIIS), ROULET zaś, zastrzykując psu serum w przestrzeń podpajęczną, objawu tego wywołać nie mógł.

2) Teorya podrażnienia opono-rdzeniowego. Tutaj też nie ma jedności poglądów. Jedni za przyczynę objawu uważają miejscowe podrażnienie rdzenia i nerwów *caudae equinae*, inni przypisują ją podrażnieniu pęczka piramidalnego — inni wreszcie szukają jej w zmianach ko-

mórek rdzeniowych, wywołanych pewnemi toksynami.

I tak, KERNIG, FRIIS, NETTER, DIEULAFOY i inni widzieli przyczynę tego objawu w zmianach patologicznych opon; dla nich więc zadrażnienie rdzenia było spowodowane wysiękiem zapalnym opon, pokrywających go. Tę też tłumaczyło do pewnego stopnia stosunkowo częstsze występowanie objawu w *meningitis cerebro-spinalis*, w którym rdzeń też bywa częściej w sprawę wciągnięty, aniżeli w *meningitis tuberculosa*, gdzie też i zmiany zapalne w mleczu rzadziej się zdarzają. Temby też można tłumaczyć nieco późniejsze jego tu występowanie — ze względu na to, że infekcyja opon rdzeniowych zwykle zaznacza się dopiero po ujawnieniu jej już w oponach mózgowych. Teorii tej jednak przeczą inne fakty: w przypadku ropnia mózgowego (KLIPPEL), w którym nie dało się stwierdzić żadnych zmian zapalnych w oponach czy to mózgowych, czy to rdzeniowych — objaw KERNIG'a jednak zaznaczał się wyraźnie; liczne też były notowane przypadki istnienia objawu tam, gdzie następnie oględziny pośmiertne stwierdzały brak wszelkich zmian patologicznych w *cauda equina*, rdzeniu i oponach. Zresztą w wielu przypadkach istnienia objawu badanie opon czy to mikroskopowe, czy chemiczne dawało wynik ujemny (t. j. brak zmian).

SAILER sądzi, że objaw KERNIG'a wskazuje na *lesio irritativa* pęczka piramidalnego, które osłabia tylko, lecz nie znosi całkowicie jego funkcji. Hipoteza ta jednak nie opiera się na faktach stwierdzonych, nasuwa ona jednak myśl poszukiwania objawu BABIŃSKIEGO w *meningitis cerebro-spinalis*.

Za teorią celularną wypowiada się GEORGET: wyraża się on ze względu na teorię SAILER'a tak: czy zamiast przypisywać objaw KERNIG'a zmianom lokalnym, nie byłoby racjonalniej mieć nieco szerszy pogląd i uważać raczej go jako wynik zaatakowania komórek nerwowych toksynami pneumokoków. Wszak objaw KERNIG'a jest tylko skureczem zginaczy, skurecz zaś ten (kontraktura) jest spotęgowaniem napięcia mięśniowego (*tonus*); zadrażnienie komórek rogów przednich jest nie tylko zależne od zadrażnienia pęczka piramidalnego, lecz może być spowodowane i wpływem zatrucia (*action toxique*).

Teoria ta jednak według autorów nie wytrzymuje krytyki z fizjologicznego punktu widzenia, gdyż, jak dotąd, nauka nie uznaje, ażeby zmiany jedynie w komórkach rogów przednich bez jednoczesnych znacznych zmian w pęczku piramidnym mogły spowodować objawy skurczowe. Badania FAURE'a, LAVASTINE'a i VOISIN'a nasuwają pytanie, czy w przebiegu niektórych infekcji — nie należałoby szukać przyczyny objawu KERNIG'a w komórkach mózgowych. Autorowie ci w podobnych przypadkach znajdowali w nich zmiany — obok braku jakiegokolwiek zmian patologicznych w komórkach rdzenia. Rozstrzygnięcie jednak tego pytania wymaga jeszcze dalszych i wytrwałych badań.

3) Według teorii czuciowej objaw KERNIG'a jest tylko odruchem, wywołanym bólem, jest to więc układ kończyny, spowodowany niejako samoobroną. Chory kurczy zginacze, ażeby uniknąć bólu, jaki narzucone mu ułożenie kończyny wywołuje ze strony *n. ischiadici*, nerwów *caudae equin.* i samego rdzenia (HENOCH, ROGLET, PARY). Tutaj więc wraz z wyprostowaniem kończyny ulegają rozciąganiu i nerwy (*ischiodicus, Plex. sacral, cauda*); jeśli więc miejsce poczęcia się nerwu znajduje się w stanie podrażnienia zapalnego, manipulacja taka wywołać musi ból, a *eo ipso* i samoobronny skurcz mięśni zginaczy. Takiemu jednak twierdzeniu przeczą doświadczenia ABADIE, który pomimo rachikokainizacji, powodującej znieczulenie, widział objaw KERNIG'a, trwający w całej swojej sile. Tutaj jednak możnaby zauważyć, że według WALTHER'a objaw ten występuje właśnie po rachikokainizacji, która powoduje zdrażnienie oponowe.

(Gazette des Hopit. N. 17. r. 1904).

F. Gr.

40. R. LERICHE. Karłactwo właściwe.

Badanie rozmaitych postaci karłactwa w ostatnich czasach znaczne bardzo zrobiło postępy, tak że na pierwszy rzut oka zdawałoby się mogło, że dla każdego poszczególnego jego przypadku łatwo będzie znaleźć ramkę w klasyfikacji omawianego zбочenia. Tak jednak nie jest, gdyż zdarzają się często takie jego postaci, stojące, że tak powiem, na skraju tego lub owego działu, że staje się wobec nich w kłopotcie, do jakiej odnieść je grupy — zwłaszcza że patogeneza zaburzeń odżywczych (dystrofii) ko-

stnych wieku dziecięcego jeszcze wiele ma stron niepewnych, niewyjaśnionych.

Wogóle rozróżnia się następujące postaci karłactwa: karłactwo istotne, czyli właściwe, karłactwo krzywice, karłactwo tyreoidalne (zależne od nieprawidłowości gruczołu tarczowego), karłactwo achondroplastyczne (*achondroplastique*) i dziecięce (*infantile*).

Karłactwo istotne obejmuje t. zw. karłów o wymiarach dostosunkowanych (*nains harmoniques*) t. j. małych ludzi, albo raczej ludzi, że tak powiem, zmniejszonych odpowiednio we wszystkich swoich wymiarach. Są to niby ludzie w miniaturze, albo, jak ich charakteryzuje MEIGE, ludzie, widziani przez szerszą stronę lornety. Niektórzy z tego rodzaju lilipucich osobników znaleźli swoje miejsce w kronikach swojego czasu. Budzą oni zaciekawienie i względną rzadkością swoją i tem, że karłactwo ich nie jest jeszcze stanowczo wyjaśnione.

Karłactwo krzywice. Tutaj krzywica nie powstrzymując właściwie wzrostu, przez zniekształcenie jednak kośćca wpływa na zmniejszenie wysokości danego osobnika; gdyby więc kościec nie był zniekształcony, materiału kostnego wystarczyłoby tu na wytworzenie człowieka wyższego. Właściwie zaś mówiąc, nie należałoby tego nazywać karłactwem. Takim mianem należałoby raczej ochrzcić te przypadki, gdzie wraz z powstrzymanym rozwojem chrząstek nasadowych (*epiphys.*) powstrzymywałby się i wzrost. Wiotkie członki w takich razach pozostają nie w odpowiednim stosunku do małego i wąskiego ciała. W przypadkach tego rodzaju krzywica wszędzie pozostawia swoje ślady: nasady kości grubieją, kończyny dolne się wykrzywają, czaszka przedstawia zniekształcenia i t. d., tak że rozpoznanie niejako samo się nasuwa.

W wielu jednak przypadkach sprawa nie przybiera tak szerokich rozmiarów, jest łagodniejsza, jakby opóźniona, dytyka jedynie chrząstki łączne (*les cartilages de conjugaison*), o-kostna i zlekka jedynie — że tak powiem — zawadza o układ kostny. Leczą w tedy przy starannem badaniu zawsze się znajdują jakieś oznaki, które pozwolą istotę zбочenia wyjaśnić.

Znaczną liczbę karłów zaliczyć wypada do t. zw. karłów tarczowców (*nains thyroïdiens*). Wpływ gruczołu tarczowego na rozwój (wzrost)

ustroju jest bardzo znaczny, tak że dla niektórych autorów gruczoł ten zawsze odgrywa pierwszorzędną rolę we wszelkiego rodzaju dystrofiach chrząstkowych (*distrophies cartilagineuses*) wieku dziecięcego. Karły tarczowcy dzielą się na dwie kategorie.

U jednych zaburzenia, spowodowane nieprawidłowością gruczołu tarczowego, ujawniają się już z chwilą urodzenia: dziecko nie rośnie albo raczej rośnie bardzo nieznacznie, staje się kretynem o twarzy wzdętej, powiekach obrzękłych, skórze sinicowatej i o przedwczesnych zmarszczkach. Jest to typ śluzobrzękowców (*myxoedémateux*) BOURNEVILLE'a.

U innych sprawa sprowadza się raczej do tyreoidyzmu nabytego. Okazują się tu jedynie ślady obrzęku śluzowego, osobnik pozostaje zwykle na stopniu niedorozwoju dzieciennego (*infantile*), tego okresu, w którym choroba się rozpoczęła (BRISSAUD). Rozumie się, że między dwiema temi krańcowościami — bywają rozmaite stopniowania — to zbliżające się bardziej do jednej, to znów do drugiej. Do ostatniej grupy wreszcie zaliczają się przypadki infantylizmu. Należący do tej kategorii nie wszyscy są karłami, zdarzają się między nimi nawet olbrzymi — lecz zazwyczaj spotykamy się tu z osobnikami drobnej postaci. Osobniki, tutaj należące, dzielą się na dwie podgrupy. Do pierwszej należy zaliczyć tych, których właściwie nie należałoby nazywać dziećmi — a raczej osobnikami młodzieńczymi — są to jakoby mali mężczyźni, małe kobiety — pod względem płciowym niedorozwinięci. Rozwój tutaj był niejako prawidłowy ku typowi dojrzałości, lecz kościec nagle powstrzymał się w swoim wzroście, chrząstki rozwojowe zanikły przedwcześnie; zauważyć się daje ogólna wątłość, wszystkie narządy są małe, choć zresztą wzajemnie dostosowane. Jest to infantylizm typu LORAIN'a.

Drugą podgrupę stanowią właściwe karły-dzieci (*infantiles*), typu BRISSAUD'a i MEIGE'a. Zewnętrzna ich charakterystyka z wyjątkiem wzrostu odpowiada okresowi wieku dziecięcego aż do dojrzałości płciowej: twarz okrągła, pucułowata, gładka, wargi wydatne, mięsiste, skóra delikatna, świeża, tułów wydłużony, walcowaty, brzuch wydatny, członki pulchne, stopniowo zwięzające się ku obwodowi, brak włosów na wżórkku łonowym i w pachach, głos piskliwy.

Ze względów patogenetycznych osobniki tej klasy dają się podprowadzić pod dwa — a nawet wbrew BRISSAUD'owi, przeciwnemu poniżej wymienionemu trzeciemu typowi — pod trzy typy: 1) typ angioplastyczny — tu się zaliczają przypadki powstrzymania w rozwoju, zależne od nieprawidłowości sercowych i tętniczych; 2) typ śluzobrzękowy — którego właściwości i powstanie przypominają właściwy obrzęk śluzowy i wreszcie 3) typ dystroficzny zależny od zatrucia, zakażeń (alkohol, przymiot dziedziczny, gruźlica). Tutaj więc zaliczają się owi mali starcy, owe istoty jakby niedonoszone, pokryte zmarszczkami.

Niektórych karłów możnaby nadto pomieścić w mało jeszcze znanej grupie mongołowców, innych, których właściwie tu zaliczaćby nie należało — w grupie diplegików, wreszcie dla innych jeszcze obecnie trudno jakkolwiek znaleźć rubrykę w klasyfikacji, a do takich chyba należy osobnik opisany przez PONCET'a (w roku 1901), którego małość postaci zależała od wrodzonego obustronnego zwichnięcia w stawach biodrowych, zaniku kończyn górnych i wyraźnej sprawy sklerotycznej. W ostatnim przypadku miało się widocznie do czynienia z karłactwem niezwykłym, rzekomem — polegającym na powstrzymaniu rozwoju dolnej połowy ciała.

Autor podaje opis karła, którego na zasadzie starannego badania i rozpoznania różniczkowego, *ex re* braku wszelkich wybitniejszych nieprawidłowości ze strony kośćca, chrząstek, gruczołu tarczowego (gruczoł normalny, bez zaniku tkanki gruczołowej), narządów płciowych (ojciec dzieci — zarost normalny) i t. d. widzi się w prawie zaliczyć jedynie do grupy karłów istotnych — właściwych (*nains simples ou essentiels*), lecz i w tem określeniu różni się nieco co do pojęcia tegoż od innych autorów.

Pod nazwą karłów istotnych rozumieją zwykle osobników, przedstawiających harmonijną proporcjonalność kształtów i zupełną prawidłowość funkcji fizjologicznych. Rzecz jednak szczególna, że z pomiędzy stosunkowo rzadko notowanych tej kategorii karłów u żadnego nie udawało się stwierdzić tej doskonałej pod każdym względem prawidłowości. Przedewszystkiem odmawia im się zdolności płodzenia. Nadto podają, że nie zdarza się prawie, ażeby nie udawało się u nich wykryć jakich zaburzeń funk-

cyonalnych, wad organicznych, obarczeń (jak np. przymiotu dziedzicznego u Bébé) i wogóle oznak wskazujących na upośledzoną czynność gruczołową. Otóż autor mniema, że tego rodzaju osobników nie należałoby zaliczać do grupy karłów istotnych, że pod tą nazwą należałoby rozumieć tylko owych małych ludzi, których wzrost jest skończony t. j. których nasady kostne są prawidłowo już uformowane, którzy zdolni są do rozplądzenia się, bądź to w stosunku z osobnikami tejże samej kategorii, bądź też z innymi o prawidłowym rozwoju; a więc że nazwę taką należałoby stosować do karłów nie patologicznych.

Do tej właśnie kategorii należy zaliczyć pigmejów w środkowej Afryce i podobne im szczepy w Azji, Ameryce. W tymże szeregu należałoby umieścić niektóre karle plemiona starożytnej Europy, których ślady wciąż od czasu do czasu się odnajdują (RUGGERI znalazł je kilka miesięcy temu przy rozkopach w okolicy Verony). Do tej to więc kategorii autor włącza też i opisowanego przezeń karła, który po za ogólną jedynie małością swych wymiarów pod każdym innym względem jest człowiekiem zupełnie prawidłowym. Dlaczegoż więc właściwie jest on taki mały? Otóż autor na zasadzie prac prof. PONCET'a oraz swoich — sądzi, że niektóre typy achondroplazji albo choćby rzekomej achondroplazji znajdują swoje objaśnienie nie w patologii, lecz w atawizmie. Europa była niegdyś zamieszkała przez plemiona małego wzrostu — z których to właśnie — o ile się zdaje — powstały i rozwinęły się następnie plemiona o wzroście wysokim. Podania ludowe, badania i odkrycia antropologiczne VACHER'a, LEPAGE'a, MANOUVRIER'a — we Francji, THILENIUS'a na Szląsku, GUTTMANN'a w Alzacji a zwłaszcza NÜESCH'a i KOLLMANN'a w Szwajcarii — czynią przypuszczenie to prawie niewątpliwem, a tem samem obok karłactwa patologicznego pozwalają postawić karłactwo atawiczne.

(Gazette des hopit. N. 107. 1904 r.).

F. Gr.

40. URBANTSCHITSCH. Przyczynek do etiologii zaburzeń jednostronnych w wydzielaniu potu (Hyper- et- anhidrosis unilateralis).

Obserwowany przez autora przypadek hyperhidrosis prawostronnej, występującej jedno-

cznie z lewostronną anhidrosis twarzy — zasługuje na uwagę choćby z punktu widzenia etiologii. Chora 14-letnia służąca podczas upalnego dnia przebiegła dość znaczną przestrzeń bez kapelusza i parasola, wystawiona na silne działanie promieni słonecznych. Przybywszy do celu, doznawała tylko uczucia silnego gorąca i, aby ostygnąć, udała się na dwie godziny do chłodnego pokoju. W powrotnej drodze chora zauważyła, że z prawej strony twarzy pot się leje, gdy tymczasem lewa pozostaje zupełnie suchą. Taki stan rzeczy pozostaje do dnia dzisiejszego, t. j. po upływie blisko 5½ roku. Przy największych wysiłkach fizycznych lewa strona twarzy pozostaje bladą. Między jedną i drugą stroną twarzy pozostaje linia demarkacyjna. Reszta ciała poci się normalnie.

W warunkach normalnych różnicy w kolorze i poceniu się zauważyć nie można, prócz nieco wyższej temperatury z prawej strony. To samo stwierdził autor przy podnieceniu chorej. Cerumen z obu stron wydziela się jednakowo.

Prócz tego zauważył autor lekkie zwężenie lewej źrenicy. Reakcyja na światło i akkomodacyę zachowana. Taki zespół danych zwrócił uwagę autora na *n. sympathicus* części szyjowej.

Wiadomo, że włókna potowe twarzy przebiegają wraz z nerwem sympatycznym i dążą do *n. trigeminus*. Włókna naczynio-ruchowe także mają związek z *n. sympathicus*.

Na tem miejscu zauważyć trzeba, że sekrecyja potu nie zależna jest od ciśnienia krwi. Przyjmując pod uwagę niezależność taką, musimy przy porażeniu jednoczesnem włókien potowych i naczynioruchowych szukać przyczyny porażenia w miejscu, gdzie włókna te przebiegają blisko siebie — a mianowicie w okolicy szyjowej.

Badając chorą po jakimś wysiłku, możemy łatwo się pomylić i przyjąć porażenie *n. sympathici* nie z lewej strony, lecz z prawej, gdyż objawy prawostronne daleko silniej biją w oczy, niż lewostronne. Jednak bez wątplenia porażona jest lewa strona, gdyż raptownie została pozbawiona swych funkeyi wydzielniczych i naczynioruchowych. Zjawisko prawostronne objaśnić można, jako kompensacyjne.

Zmiany nerwu sympatycznego mogą być dwojakie: podrażnienie albo paraliż. Przy podrażnieniu mamy bladłość twarzy (działanie kon-

stryktorów, wzmoczoną sekrecją potu i rozszerzenie źrenicy. Przy paraliżu nerwu objawy są wręcz przeciwne. NICATI jest zdania, że paraliż sympatycznego nerwu zawsze poprzedzony jest podrażnieniem, lecz doświadczenia nie potwierdzają takiego kategorięznego twierdzenia. Autor jest zdania, że różnica objawów w niektórych przypadkach daje się z łatwością objaśnić faktem, że nie zawsze wszystkie włókna nerwu zostają porażone i prócz tego niektóre sąsiednie włókna mogą przy tem być podrażnione.

Na czem polega porażenie nerwu sympatycznego, w wielu przypadkach jest zupełnie widoczne; autor ma tu na myśli różne sprawy anatomo-chirurgiczne, mieszczące się w okolicy szyjowej. Trudniejsze jest rozwiązanie w przypadkach samoistnego cierpienia nerwu sympatycznego. Mamy do czynienia w takich przypadkach z bardzo drobnymi zmianami anatomicznymi w nerwach, co dało się stwierdzić nie raz na stole sekcyjnym. KÖSTER przytacza dwa przypadki porażenia nerwu sympatycznego wskutek porażenia słonecznego. Przypadki stwierdzone były sekcją, która wykazała wylewy krwawe w *ganglion sympaticum sup.*, a pod mikroskopem zmiążdżenie niektórych włókien nerwu. Takie same zmiany przypuszcza autor i w swoim przypadku.

(Wiener klin. Wochen. N. 49. 1904 r.)

Stein.

41. Cornel PREISISCH, Hermann FLESCH. O znaczeniu rozpoznawczem cytologicznych badań wysięków.

Wyniki dawniejszych i współczesnych badań cytologicznych zachęciły autorów do przekonania się przez własne badania, o ile dane cytologiczne mogą mieć znaczenie rozpoznawcze. Szablony, podane przez niektórych autorów np. TUFFIER et MILIAN, że limfocytoza wskazuje na gruźlicę, leukocytoza na ostre zapalenia, śródbłónki na pręsięki, okazały się przy bliższem zbadaniu niedokładnymi. Autorzy postawili sobie za zadanie zbadać: 1) Czy nagromadzenie się pewnego rodzaju komórek w wysięku nie stoi w związku ze specyficzną chemotaksą czynnika chorobotwórczego, 2) czy czas trwania i 3) lokalizacja cierpienia nie odgrywa tu roli. Badania ich dotyczyły się wysięków ropnych. Pod względem lokalizacji badali wysięki móż-

gordzeniowe, z opłucny, osierdzia, otrzewny, ze stawów i produkty zapalne mięsaszowe. Preparaty były utrwalane przy 120° C. lub działaniem eter-alkoholu aa. Zabarwienie 1) EHRlich'a triacydem 3) Eosin — methylenblau 3) Sposobem ROMANOWSKY'ego. Ten ostatni sposób barwienia uznany został przez autorów za najlepszy. Przy nim barwiły się i bakterye. Wyniki badań są następujące. W *meningitis tuberculosa* nie znaleźli żadnego określonego typu komórek, limfocyty znaleziono tylko w jednym z 8 przypadków i to w ilości mniejszej, niż inne komórki. W *meningitis purulenta* znaleziono leukocytozę w płynie mózgo-rdzeniowym, ale tę samą leukocytozę znajdowali i w *meningitis tuberculosa*, czyli nie może służyć do rozpoznania różniczkowego. Już lepsze wyniki dla tego ostatniego celu daje bakteryoskopia, o ile z należytą starannością i cierpliwością zostanie wykonana.

Autorowie na zasada swych badań uważali za słusne zdanie, „że limfocytoza charakteryzuje wysięk gruźliczy, ale go nie wskazuje, tak że nie możemy przypisać cytologii żadnego absolutnego diagnostycznego znaczenia”. Ma ona tylko dodatkowe znaczenie w połączeniu z bakteryoskopią. Zauważyć trzeba, że limfocyty spotykamy przeważnie w późniejszych tej choroby stadyach. Z 16 przypadków *pleuritis purulenta* w 8-iu to zapalenie wywołały dwoinki FRÄNKEL'a, w 6-iu *streptococcus pyogenes*, w 2-ech *staphylococcus pyogenes aureus*. W 5 zaś innych przypadkach komórki uległy zwyrodnieniu o tyle, że ich rozpoznanie było niemożliwe. Tu można znaleźć pewien związek między etiologią i danymi cytologii. W zapaleniu opłucny FRÄNKEL'a komórki łatwo ulegają zwyrodnieniu i ropa przestaje już się tworzyć około 10 dni choroby, przeważają tu komórki o jąderkach polimorfnych, jak również i w pleurytach (streptokokowych) paciorkowcowych. W pleurytach FRÄNKEL'a nie znajdowano małych limfocytów. W empyemach gronkowcowych uderza wielka liczba śródbłonkowych komórek, które czasami dominują, czasami znów są w równej ilości z komórkami o jądrach polimorfnych. W początkowych stadyach chorób znajdowali inne komórki, niż w późniejszych np. w empyemie strepto i pneumokokowej występowały

w początkowych okresach w znacznych ilościach komórki śródbłonkowe, w pleurytach FRAENKEL'a limfocyty.

Wysięk otrzewny guźliczego pochodzenia dawali wielkie i małe limfocyty, w tych jednak razach, kiedy proces gruźliczy miał miejsce i w płucach lub w jelitach (*phthisis pulmonum* lub *enteritis*), zamiast limfocytów znajdowano komórki o jądrach wielokształtnych.

W produktach mięśniowego zapalenia, wywołanych przez paciorkowce, gronkowce, komórki ulegają bardzo szybko zwyrodnieniu nie do poznania.

Przy badaniu płynów zastoinowych z jam surowicznych autorowie znajdowali to śródbłonki, to małe limfocyty, to komórki z jądrami wielokształtnymi, te ostatnie w małej ilości. Te dane najlepiej dowodzą, że zbadanie cytologiczne samo nie wystarcza do zrobienia rozpoznania.

Zestawiając wyniki swych badań, autorzy przychodzą do przekonania, że lokalizacja anatomiczna nie wywiera wpływu na gatunek komórek, natomiast czynniki chorobotwórcze i trwałe choroby odgrywają tu pewną rolę. W po-

czątkowych stadyach np. w empyema pochodzenia gronkowcowego, pneumokokowego i paciorkowcowego, znajdowali wiele śródbłonków, w późniejszych zaś stadyach dominowały komórki o jądrach wielokształtnych, które bardzo szybko ulegały zwyrodnieniu, jeżeli czynnikiem chorobotwórczym były dwoinki FRAENKEL'a. Jednojądrowe komórki w chronicznym procesie gruźliczym są dość charakterystycznym zjawiskiem; w jednym przypadku, w którym nie znaleziono zupełnie limfocytów, autorowie przypisują ten objaw tej okoliczności, że chory obok *peritonitis* cierpiał na *enteritis follicularis* i *phthisis pulmonum*, których padł ofiarą.

Autorowie nie uważają za paradoksalne zdania niektórych badaczy jak BARJON, CADE, LORELL GULLAND, dowodzących, że wysięk gruźliczy w początkowych swych stadyach zawiera leukocyty w większej ilości.

W końcu autorowie zaznaczają niemożliwość odróżnienia jednojądrowych komórek, które są większe, niż normalne małe limfocyty, od komórek śródbłonkowych.

(Berliner Klinische Wochenschrift, 1904. 45).

XXXIV zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie

(26 — 29 kwietnia r. b.)

Skreślił A. J. GOLDMAN (Łódź).

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 25).

2. ISRAEL (Berlin). „Wpływ badań czynnościowych na wyniki operacyjnego leczenia gruźlicy nerek“.

Przypomniałszy słuchaczom o wygłoszonym przez siebie w swoim czasie ostrzeżeniu, że katetyzacja moczowodów nie jest w stanie informować nas w zupełności o stanie drugiej nerki, i wskutek tego należy się zwrócić do innych sposobów badania, wskazuje mówca na sprzeczne zapatrywania autorów co do wartości róż-

nych sposobów czynnościowego rozpoznawania cierpienia nerek; na zasadzie swego doświadczenia doszedł do wniosku, że kryoskopja w swych wynikach jest często niepewna, i dlatego praktyczna jej wartość dla chirurga nie jest zbyt cenna.

Pewniki, ustalone przez KÜMMEL'a, również nie są bez zarzutów: ISRAEL znajdował obustronne cierpienie nerek przy normalnym punkcie zamarzania — chorzy ginęli, i odwrotnie, ope-

rowani pomimo obniżenia punktu zamarzania wyzdrowieli. Sposób CASPER-RICHTER'a jest tak samo niepewny: pomimo zupełnie zdrowej drugiej nerki wydalanie z niej cukru często nie występuje, z drugiej zaś strony niekiedy występuje on dopiero po usunięciu chorej nerki.

Zdaniem ISRAEL'a, można się obejść bez czynnościowych metod: w 72 przypadkach gruźlicy nerki znajdował on zawsze umiejscowienie cierpienia bez tych metod badania; ani bezwzględna, ani względna ilość wydalanego cukru nie jest w stanie nas informować o rozległości cierpienia w nerce.

CAPSAMMER zmodyfikował metodę CASPER-RICHTER'a w ten sposób, że oblicza on, w jakim czasie po zastrzyknięciu występuje cukier, i z czasu tego wysnuwa wnioski o rozległości cierpienia nerki; jeżeli cukier występuje później, niż po 30 minutach, nie należy wykonywać rękoczynu na chorej nerce — wymaganie, z którym ISRAEL również się nie zgadza na zasadzie swego doświadczenia.

Ogromne znaczenie natomiast przypisuje ISRAEL różnicy w wydajności pracy dla nerek przy największym ich obciążeniu: im więcej nerka przy tem pozostaje w tyle, tem mniej jest zdolna do pracy; do tych samych wniosków doszedł ALBARRAN. Postępując w wyżej opisany sposób, miał mówca przed r. 1901 25% śmiertelnych zejść, a po r. 1901 — 10%; również najlepsze wyniki po usunięciu nerki bez kateteryzowania moczowodów mają MORRIS i BAZY. Porównując wyniki operacyjne przy zastosowaniu kateteryzacji i bez niego, ISRAEL doszedł do wniosku, że metoda ta tylko w nader nielicznych przypadkach daje lepsze wskazówki, a przeważnie zastosowanie jej nie wpływa na wynik rękoczynu. Różnicę statystyki śmiertelnych zejść własnej i KÜMMEL'a (11,0 i 6,5%) — mówca objaśnia tem, że między jego przypadkami było znacznie więcej nowotworów nerki; bez tych przypadków śmiertelność u ISRAEL'a wynosi 8%, u KÜMMEL'a 9%. Przyczyny tego należy szukać w ulepszonych metodach badania i ustaleniu odpowiednich wskazań. Dawniej operował mówca tylko bardzo posunięte przypadki, obecnie zaś przeważnie usuwa nerkę we wczesnym okresie cierpienia: im dłużej trwa gruźlica cierpienia, tem więcej odbija się to na drugiej nerce i na działalności serca — ztąd też owe przy-

padki śmierci wskutek narkozy i sercowej niedomogi nerki, składające się na zwiększenie liczby t. zw. późnych śmiertelnych zejść po usunięciu nerki.

Streszczając się — ISRAEL nie jest przeciwnikiem czynnościowych metod badania nerek, lecz sądzi, że metody te winny być ulepszone, aby otrzymane wyniki były więcej ścisłe i prowadziły do pożądanego celu.

3) CASPER (Berlin). „Rzut oka na chirurgię nerek po wprowadzeniu cewnikowania moczowodów”.

Mówca sądzi, że, pomimo ogłoszonych powyżej zdań, kateteryzacja moczowodów i czynnościowe badanie nerek pozostaną w swej sile przy rozpoznawaniu cierpienia nerek. Z nader dokładnych badań CASPER'a wynika, że przy zdrowych nerkach wyniki kateteryzacji moczowodów są zawsze prawie jednakowe, jak również prawie zawsze ma miejsce wydalanie cukru po zastrzyknięciu florydżyny (ze 100 przypadków tylko w 2 negatywny wynik dla specjalnych powodów); nie gołe cyfry są tu ważne, lecz porównawcze wyniki badań; ważnem jest również, kiedy występuje cukier, i jak długo trwa jego wydalanie; wyjątki są możliwe, jak i zawsze.

Z 44 przypadków, gdzie usunięto chorą nerkę — zmarło 6 chorych, co = 13%.

4) PELS-LEUSDEN (Berlin). „Przyczynki do doświadczonego powstawania gruźlicy nerek”.

Streściwszy wkrótce dotychczasowe sposoby wywoływania gruźlicy nerek u zwierząt, mówca przytacza wyniki swych doświadczeń na kozach. Wstrzykując jad do odpreparowanej tętnicy nerkowej, otrzymał on prawie we wszystkich przypadkach (z wyjątkiem jednego — mieszane zakażenie) pierwotną gruźlicę jednej nerki; we wszystkich tych przypadkach zachorowaniu uległy i inne narządy, jak płuca, wątroba, w żadnym — gruźlica nie rozpowszechniła się na odprowadzające mocz drogi, w jednym tylko przypadku gruźlicy uległ gruczoł krokowy, pęcherzyki nasienne i nasieniowód. Demonstracja preparatów.

Dyskusya.

KÜMMEL (Hamburg) zaprzecza, jakoby używał w swych przypadkach li tylko jednej metody, aczkolwiek jest gorącym zwolennikiem cewnikowania moczowodów: w setkach przypad-

ków nie widział on żadnej szkody, wyrządzonej wskutek tego badania, chociaż niekiedy, co łatwo pojąć, cewnikowano moczowód zdrowej nerki. Sposób jego postępowania jest następujący:

Jeżeli chore są obie nerki, i punkt zamarzania jest niski — robi on nacięcie nerki i tamponuje; po pewnym czasie, kiedy druga nerka wraca do zdrowia (punkt zamarzania podnosi się) — usuwa pierwotnie chorą nerkę. Gdzie nie można cewnikować moczowodów — obnaża on przypuszczalnie chorą nerkę i przy niskim punkcie zamarzania oraz znacznem zniszczeniu obnażonej nerki nacina ją, a po pewnym czasie, kiedy następuje poprawa stanu ogólnego, wycina nerkę; przy znacznem zniszczeniu i normalnym punkcie zamarzania KÜMMEL natychmiast usuwa nerkę. Wyniki, otrzymane przez niego (pokazuje tablicę), przemawiają tylko za oznaczaniem punktu zamarzania; zwraca on jednak uwagę, aby badania te były wykonywane jednocześnie przez kilku asystentów — gdyż o pomyłki nie trudno; przy punkcie zamarzania niżej 0,6 nie należy bezwarunkowo usuwać nerki — w 2 takich przypadkach bez jego zgody dokonano rękoczynu, i w obu nastąpiło śmiertelne zejście wskutek niedomogi.

CAPSAMMER (Wiedeń) sądzi, iż bez kryoskopii moczu można się w zupełności obejść w omawianej sprawie, wystarcza tu określenie ilości mocznika; kryskopia krwi również doprowadziła go w najróżniejszych przypadkach do błędnych wniosków, pomimo nader dokładnych badań. Zdaniem CAPSAMMER'a, znaczną wartość ma próba z błękitem metylowym przy cewnikowaniu moczowodów, a zupełnie nie zawiodła go w 130 przypadkach próba florydzyńska z określeniem czasu występowania eu-kromoczu.

VÖLCKER (Heidelberg) mniema, że wydać sąd o czynności nerek można tylko na zasadzie tej pracy wydzielniczej określonego z góry charakteru, jaką nerka może wykonać. Najlepsze usługi pod tym względem oddaje metoda z indygo-karminem w połączeniu z cewnikowaniem moczowodów lub bez niego, tembardziej że wyniki, tą drogą otrzymane, odpowiadają wynikom przy określaniu ilości mocznika.

COHN (Królewiec) przypisuje największą wagę dokładnemu określeniu punktu zamarzania; ważne są tu takie czynniki, jak otoczenie

badanego płynu otoczką powietrzną, odczytywanie skali z zegarkiem w rękę i t. p.; granice pomyłek winny być ściśle określone.

ERNST FRANK (Berlin) jest gorącym zwolennikiem segregatorów, szczególnie w tych przypadkach, gdzie nie można cewnikować moczowodów; rozumie się, nie stosuje on segregatorów w przypadkach zachowania całej błony śluzowej pęcherza. Przy określaniu wydajności czynnościowej obu nerek nader ważne jest jednocześnie badanie obu narządów. Mówca dokonał szeregu porównawczych badań za pomocą segregatorów i cewnikowania moczowodów u tych samych osobników, o tej samej godzinie i przy jednakowem odżywianiu w różne dni i doszedł do wniosku, że cewnikowanie moczowodów znacznie wpływa na pracę nerek w kierunku zwiększenia ilości moczu, niż metoda separatorów.

RUMPEL (Hamburg) twierdzi stanowczo, że najpewniejszą co do wyników jest kryskopia moczu i krwi; błędne jest natomiast twierdzenie, że normalny wynik kryoskopii świadczy o normalnym stanie nerek: normalne cyfry dowodzą tylko, że nerka posiada w dostatecznej ilości zdolny do pracy miąższ.

KOCHER (Bern) przyznaje separatorom pewną wartość w wielu przypadkach.

NICOLICH (Triest) dokonał od r. 1898 w 35 przypadkach usunięcia nerki i miał 6 śmiertelnych zejść (17,1%), z tych 18 przypadków gruźlicy — 5 śmiertelnych zejść (27,7%), 13 kamicy nerkowej — 1 śmiertelne zejście (7,7%), 4 inne cierpienia nerek; 2 chorych zmarło wskutek niedomogi nerkowej, 1 wskutek zakażenia, 2 na ogólną gruźlicę, 1 z powodu zatkania prawej tętnicy nerkowej i zatoru tętnicy podłędźwiowej (*art. iliaca*) prawej ze zgorzelą dolnej kończyny. Mówca jest zwolennikiem cewnikowania moczowodów w połączeniu z masażem nerki i jednocześnie uciskiem moczowodu drugiej strony; metoda z błękitem metylowym i florydzyną jest zbyteczna.

BARTH (Gdańsk) sądzi, że badanie czynnościowe nerek daje uczucie pewności.

STRAUSS (Frankfurt) podaje niektóre przypadki ze swej praktyki.

GÖZL (Praga) omawia doświadczalną gruźlicę nerek, wywołaną przez wstrzykiwanie ja-du do żyły usznej.

W końcowem przemówieniu polemizuje ROVSING z KÜMMEL'em i RUMPEL'em i przytacza na dowód błędności ich wniosków przykłady z ich własnych prac. Sądzi on wogóle, że wszystkie te sztuczne metody wprowadziły nas do zupełnie obcej nam dziedziny fizjologii, której przedstawiciele śmiać się będą z wniosków, jakie my wyciągamy z tych czynnościowych metod badania; jest on bezwarunkowo przeciwnikiem stosowania kryoskopii w omawianej sprawie; określanie mocznika i próba florydzynowa przy dodatnim wyniku mają pewną wartość; separowanie moczu nie powinno się nigdy odby-

wać bez cystoskopii, gdyż można w przeciwnym razie z obu stron otrzymać prątki gruźlicze i ztąd wyciągnąć fałszywy wniosek o obustronności cierpienia.

Badanie czynnościowe, zdaniem ROVSING'a, wpływa na polepszenie statystyki, gdyż nie każe wykonywać rękoczynów w przypadkach, gdzie można jeszcze uratować chorego wczesnym zabiegiem.

ISRAEL (Berlin) jeszcze raz zaznacza, że tu, jak i wszędzie, nasze zapatrywania, a więc i rękozyny muszą mieć podmiotowy charakter.

(C. d. n.).

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w czerwcu 1905 r.

Gazeta Lekarska.

N. 21. 1) Jan Pruszyński. O szczepionkach przeciwcholerycznych.

2) Roman Barącz. W sprawie chirurgicznego leczenia szczeliny odbytu (fissura ani) na podstawie własnego doświadczenia. (C. d.)

N. 22. 1) Stanisław Kopeczyński. Badania doświadczalne z zakresu anatomii i fizjologii tylnych korzeni rdzeniowych.

2) Roman Barącz. W sprawie chirurgicznego leczenia szczeliny odbytu (fissura ani) na podstawie własnego doświadczenia. (C. d.)

N. 23. 1) Tadeusz Wretowski. Przyczynek do kazuistyki kataru siennego.

2) Henryk Sadkowski. Przyrząd aseptyczny do wewnętrznych i podskórnych wlewań fizjologicznego roztworu soli.

3) Roman Barącz. W sprawie chirurgicznego leczenia szczeliny odbytu (fissura ani) na podstawie własnego doświadczenia. (Dok.)

Kronika Lekarska.

N. 11. 1) Walery Giedgowd. O ostrej rozstrzeni żołądka.

N. 12. 2) Walery Giedgowd. O ostrej rozstrzeni żołądka. (C. d.).

Krytyka Lekarska.

N. 6) 1) X. Nie wiemy.

2) Adam Wrzosek. Materiały do życiorysu Jędrzeja Śniadeckiego.

Zdrowie.

N. 6. 1) Adolf Suligowski. O instytucjach ziemskich i ich potrzebie u nas.

2) J. Polak. Administracya państwa i społeczna w sprawach zdrowia publicznego.

3) Kl. Łazarowicz. Pomoc lekarska w ziemstwach.

Lekarz.

N. 11. 1) J. Tchórznicki. Słowo do nauczycieli i nauczycielek szkół elementarnych.

2) J. Br. Zasady walki z cholera. (Dok.)

3) W. Miklaszewski. Nadużycia. (C. d.)

N. 12. 1) Adam Lande. Sen i bezsenność.

2) G. Higiena rozrywek.

3) J. Tchórznicki. Słowo do nauczycieli i nauczycielek szkół elementarnych. (C. d.).

4) W. Miklaszewski. Nadużycia. (Dok.)

5) Matylda Biehler. Kilka słów w sprawie mączki Nestle'a.

Przegląd dentystyczny.

N. 5. 1) R. Litwin. O popularyzacji higieny jamy ustnej.

2) B. Dzierżawski. Złoto aksamitne.

Przegląd Felczerski

N. 11. J. Frejlich. Tężec.

2) K. S. Narządy rodne kobiece i ich funkcyje.

3) J. Węgrzyn. Powietrze (Aër) i jego odmiany.

N. 12. 1) Radomianin. Cholera. (Cholera asiatica).

2) J. Frejlich. Tężec.

3) Radomianin. Higiena i dyetetyka kobiety karmiącej.

4) Herman Szer. Septicaemia puerperalis.

Przegląd Lekarski.

N. 20. 1) Roman Barącz. Kilka słów w sprawie leczenia krwawnie wypadniętych i zgorzelą dotkniętych.

2) R. Nitsch. Pogląd na naukę o wściekliznie. (Dok.)

N. 21. W. Jaworski i K. Flis. Badania fizykalno-chemiczne polskich wód zdrojowych i ich znaczenie w naukach lekarskich.

2) Tadeusz Żeleński. O pasteryzacji mleka dla niemowląt.

3) Stanisław Lewicki. Leczenie chorób kobiecych gorącemi kąpielami powietrznymi.

N. 22. Zdzisław Sowiński. Przypadek rzeżączki powikłanej wielorakiem zajęciem stawów i rzeżączkowym zapaleniem naczynia chłonnego z przejściem w ropienie.

2) W. Jaworski i K. Flis. Badania fizykalno-chemiczne polskich wód zdrojowych i ich znaczenie w naukach lekarskich. (C. d.)

3) Tadeusz Żeleński. O pasteryzacji mleka dla niemowląt. (C. d.)

N. 23. Wiktor Reis. O rzadkiej postaci schorzenia spojówki powiekowej: conjunctivitis Parinaudi.

2) W. Jaworski i K. Flis. Badania fizykalno-chemiczne polskich wód zdrojowych i ich znaczenie w naukach lekarskich. (Dok.)

3) Tadeusz Żeleński. O pasteryzacji mleka dla niemowląt. (C. d.)

Nowiny Lekarskie.

N. 6. 1) Stefan Gaszyński. Nowa teoria o wymierzaniu miednicy oraz opis cyrklą, służącego do zdejmowania wszelkich wymiarów miednicy w ich długości i nachyleniu do ścian miednicy.

Postęp okulistyczny.

1) K. Rumszewicz. Śródbłoniak oczodołu.

2) Bol. Wieherkiewicz. Operacye przeciw jaskrze a nagniatanie gałki następowe.

Przegląd Higieniczny.

N. 6. 1) Z. Bier. Ujemne środki higieniczne targu mlecznego w miastach większych i środki zaradcze przeciw nim.

2) Józef Barzycki. Sprawozdanie roczne o inspekcjach w r. 1902. (C. d.)

3) K. Panek. Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy. (C. d.)

Przegląd Weterynarski.

N. 6. 1) Włodzimierz Kulczycki. Pierwotniaki pasorzytne i chorobotwórcze.

2) J. Bien. Upaństwowienie czy ukrajowienie?

3) Jan Dusiński. O niektórych środkach pokarmowych dla zwierząt.

4) A. Warczewski. W kwestyi układania obornika w czasie zaraz bydłęcych.

5) A. Warczewski. Sposób postępowania przy wywichnięciu nogi u konia na Podolu.

6) Jan Fischer. Trudności przy żuciu podczas zmiany zębów trzonowych u koni.

7) Stanisław Królikowski. Złamanie kręgosłupa u sarny.

Głos Lekarzy.

N. 11. 1) Wybory do izb lekarskich galicyjskich.

2) W sprawie lekarzy kolejowych. (C. d.)

3) Stanowisko lekarzy wobec kas chorych (C. d.)

4) Z padołu nędzy lekarza prowincjonalnego.

N. 12. 1) Wybory do izb lekarskich galicyjskich.

2) W sprawie lekarzy kolejowych. (C. d.)

3) Partactwo lecznicze w Galicyi. (C. d.)

4) O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi. (C. d.)

5) Uczenie pracy i zasług.

SPROSTOWANIE. Na str. 483 zamiast 1 dzień (poniedziałek...), powinno być 1 dzień (środa...). Przed odczytem Roving'a — III posiedzenie należy w nagłówku umieścić „II dzień — (Czwartek d. 27 kwietnia).



PARKE, DAVIS & C^o



DETROIT (Ameryka), LONDYN (Anglia),
PETERSBURG, Galernaja, 20.

NAJWIĘKSZE W ŚWIECIE LABORATORYUM DO PRZYGOTOWYWANIA ŚROD-
KÓW LEKARSKICH NA PODSTAWACH NAUKOWYCH.

ADRENALIN - TAKAMINE — ŚRODEK
KREW TAMUJĄCY I PODNOSZĄCY
CIŚNIENIE KRWI. **CBLORETON** — ŚRO-
DEK NASENNY, ZNIECZULAJĄCY,
ODKAŻAJĄCY. **ACETOZON** — ŚRO-
DEK ODKAŻAJĄCY, NIETRUKĄCY.
TAKA-DIASTASE PRZECIWIW DYSPEPSYI
ZALEŻNEJ OD TRUDNEGO TRAWIE-
NIA POKARMÓW KROCHMALOWYCH.
KASKARĄ SAGRADA W PASTYLKACH
POKRYTYCH CZEKOLADĄ — ŚRO-
DEK WZMACNIAJĄCY KISZKI. **KAS-**

KARĄ-EWAKUANT, PŁYN O PRZYJEM-
NYM SMAKU — WZMACNIAJĄCY
KISZKI. **TBYROIDS** W PASTYLKACH,
PRZECIWIW MYXOEDEMATOWI I SPO-
RADYCZNEMU KRETYNIZMOWI. **ER-
GOT ASEPTIC, ERGOT EXTR. FLUID.**
KAPSULKI SANTALOWE — ZAWIERAJĄ
NAJCZYSTSZĄ OLIWĘ SANTALOWĄ.
KWAS BORNÝ W PASTYLKACH. **BIS-
MUTEM SUBNITRICUM** W PASTYL-
KACH. **BORAKS** W PASTYLKACH I
WIELE RÓŻNYCH PREPARATÓW.

KOMPLETNA LITERATURA I CENNIK WYSYŁA SIĘ NA KAŻDE ŻĄDANIE.

Creosotal

CREOSOTAL „HEYDEN“ jest najskuteczniejszym **Antipti-
sikum**; podawać naprzemian z duotalem. Bardzo wybitny środek
jako **wewnętrzne Antiskrofulosum**. W dużych dawkach (10—15
g. dziennie, dzieciom 1—6 g. w 4 częściach) pewnie i szybko działający środek we wszystkich
ostrych chorobach dróg oddechowych począwszy od najprostszych postaci w skutek zaziębienia,
aż do najbardziej powikłanych **pneumonii**. **CREOSOTAL „HEYDEN“** posiada czyste działanie
lecznicze krezotolu wolne od niszczącego żrącego działania ubocznego i przykrego zapachu i
smaku krezotolu.

Collargol

W chorobach **septycznych-septycemii**, **sprawach puerperalnych**
(również zapobiegawczo przy porodach), **endokarditis**, **czarnej**
kroście, **septycznem i rzeźączkowem reumatyzmie** etc.—w roz-
tworze do stosowania **wewnętrznego i przez odbytnicę**, jako „**unguentum Credé**“ do wcierań.
Tabletki collargolowe (0,05 i 0,25 g.) do wkładania w rany etc.

Próby i literaturę dostarcza:

Chemiczna Fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno, lub Przedstawiciel na Królestwo Polskie, Ludwik
Freider, Warszawa, Leszno 60.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy aptece

FR. KARPÍŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna Nr. 35—Telefonu Nr. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych, jak i zagranicz-
nych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco, gratis.

JENERALNA REPREZENTACYA na Królestwo Polskie wód Contrexeville
Faschingen i Selters.