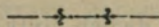


GAZETA LEKARSKA

I. O wpływie błękitu metylenowego na rozwój laseczki okrężnicy.

Podał

Aleksander Żurkowski.



Badania powyższego dokonałem na życzenie dra M. REJCHMANA, którego interesował wpływ błękitu metylenowego *in vitro* na *bact. coli* wobec tego, że w przypadkach zakażenia pęcherzyka i przewodów żółciowych otrzymał on wyniki pomyślne po leczniczym zastosowaniu błękitu.

Do badania użyłem trzech hodowli laseczki okrężnicy: A) utrzymywanej przez cały szereg lat w pracowni kol. PALMIRSKIEGO, jedynie na pożywkach sztucznych, B) wyhodowanej świeżo z prawidłowego kału zdrowego człowieka i C) wyhodowanej z ropy w przypadku ropnia okołowyrostkowego.

Przygotowałem przedewszystkiem w próbkach szereg jałowych roztworów błękitu metylenowego w bulionie zwyczajnym. Roztwory owe miały rozmaite stężenie, jak to widać z przytoczonej niżej tabliczki; we wszystkich próbkach ilość płynu była zawsze jednakowa; wszystkie próbki szczepiłem zawsze jednakową ilością 22-godzinnej hodowli bulionowej powyżej wymienionych trzech szczepów, poczem po upływie 24-ch godzin zasiałem drobne ilości roztworów na płytki żelatynowe. Wreszcie wykonałem to badanie dwukrotnie.

Wynik otrzymałem następujący:

Roztwór błękitu	1: 1000	1: 2000	1: 2500	1: 3333	1: 4000	1: 5000	1: 10000	1: 20000	1: 40000	1: 50000	1: 100000
<i>B. coli</i> A {	—	—	—	—	—	20	+	+	+	+	+
	—	—	—	—	—	30	+	+	+	+	+
<i>B. coli</i> B {	—	—	—	—	—	40	59400	+	+	+	+
	—	—	—	—	—	45	55840	+	+	+	+
<i>B. coli</i> C {	—	—	—	—	—	35	38760	+	+	+	+
	—	—	—	—	25	30	45520	+	+	+	+

— oznacza, że się w zaszczepionym roztworze błękitu nie rozwinęło,
+ oznacza, że rozwój w zaszczepionym roztworze błękitu nie różnił się
wrażnie od rozwoju w zwyczajnym bulionie,

liczby oznaczają liczbę laseczek w jednym ctm. sz. płynu hodowlanego.

Jak widać z powyższego, roztwór błękitu 1 : 5000 hamuje już zupełnie rozwój wprowadzonych doń laseczek, drobne bowiem liczby w tabliczce oznaczają niewątpliwie tylko laseczki wprowadzone do roztworu; roztwór 1 : 10000 opóźnia rozwój bardzo znacznie, co widać zwłaszcza na szczepach nie przyzwyczajonych do sztucznych pożywek; roztwory błękitu słabsze wyraźnego wpływu na rozwój *b. coli in vitro* nie wywierają.

Wynik powyższego badania, dokonanego w warunkach sztucznych, zgadza się z wynikami prób leczniczych u człowieka. Gdyby nawet okazało się, że cała ilość błękitu, który przeszedł do żółci, stanowiłaby roztwór słabszy niż 1 : 10000, że więc roztwór ten nie powinienby wywierać wpływu hamującego na rozwój laseczki okrężnicy, to zapominać nie należy, że w ustroju żywym walczy z zakażeniem sam ustrój. Słabszy roztwór błękitu może stanowić poważną broń w walce z napastnikami.

Zauważyć winienem, że na dwóch płytkach, zasianych roztworem błękitu 1 : 1000, acz nie rozwinęła się ani jedna kolonia laseczki okrężnicy, wszakże wyrosły dwie kolonie, jako zanieczyszczenia. Jedną tworzył *m. candidans*, bardzo pospolity w powietrzu, drugą — *b. mycoides*, pospolity w ziemi i w wodzie. Obie kolonie wyrosły normalnie, były jedynie zupełnie niebieskie. Ponieważ po dodaniu wymienionego roztworu do żelatyny utworzyło się rozcieńczenie błękitu mniej więcej 1 : 6000—8000, stąd wniosek, że błękit w takim stężeniu działa hamująco na rozwój nie wszystkich bakteryi.

II. O znaczeniu okładów ochładzających w przebiegu zapalenia płuc u dzieci.

Odczytał na posiedzeniu Tow. Lek. Łódzkiego d. 22-go października 1902 roku

Leon Szayerowicz.

— + + —

Sz. Pp.

Celem dzisiejszej pogadanki mojej jest zwrócenie uwagi Sz. Panów na jeden z najprostszych, dotychczas zbyt mało rozpowszechniony u nas zabieg hydropatyczny w przebiegu zapalenia płuc u dzieci. Zabiegiem tym jest hydropatyczny okład ochładzający. Wielu z nas daleko chętniej korzysta z wewnętrznych środków przeciwgorączkowych, po macoszemu traktując ten prosty,

a bardzo pożyteczny zabieg terapeutyczny. Jedni robią to w obawie stracenia pacyenta, gdyż, jak twierdzą, publiczność boi się zimnej wody, inni wprost dlatego, iż nigdy nie próbowali działania tych okładów. Że pierwszy powód krytyki nie wytrzymuje, o tem rozwodzić się chyba nie trzeba. Publiczność przyzwyczajają się stopniowo do wszystkiego, trzeba tylko dobrej woli naszej, ażeby ją o skuteczności danego środka chcieć przekonać. Ja bardzo obszernie stosuję w praktyce swej okłady ochładzające i jakkolwiek mam do czynienia przeważnie z ludźmi mało inteligentnymi, rzadko kiedy straciłem z tego powodu pacyenta.

Okład ochładzający robimy w ten sposób, iż klatkę piersiową dziecka owijamy ręcznikiem, poczwórnice złożonym, zmoczonym w zimnej wodzie o ciepłocie pokojowej [10 — 15° R.] i następnie dobrze wyżętym, ręcznik zaś przykrywamy chustką wełnianą lub flanelą. W pierwszej chwili wskutek zwężenia naczyń skórnych ciepłota ciała zwykle podnosi się o kilka dziesiątych, lecz wkrótce następuje reakcyjne rozszerzenie, okład ogrzewa się do ciepłoty krwi i wyżej, a do rozszerzonych naczyń skórnych przyplywa w zwiększonej ilości krew z narządów wewnętrznych, traci pewną ilość ciepła na ogrzanie zimnego ręcznika i wraca napowrót ochłodzona. Gdyby jednak tym ograniczało się przeciwgorączkowe działanie okładu, nie warto byłoby o nim wspominać. Jak niewielką jest otrzymana tą drogą strata ciepła, możemy wnioskować z tego, iż dla ogrzania całego prześcieradła, zmoczonego w wodzie, mającej 10° C. do ciepłoty krwi potrzeba zaledwie 27 ciepłostek. Znacznie więcej ciepła traci organizm przez to, iż woda, zawarta w ręczniku, dzięki podwyższonej ciepłocie ciała ulega energicznemu parowaniu, a ponieważ chustka, pokrywająca ręcznik, parę przepuszcza, parowanie odbywa się bez przerwy, pochłaniając pewną ilość ciepła, którą dostarcza krew, przyplywająca do rozszerzonych naczyń skórnych. Dla dopięcia więc pożądanego celu pomiędzy ręcznikiem a chustką wełnianą nie należy kłaść ceratki, nie przepuszczającej pary, gdyż w takim razie uniemożliwiamy parowanie i zamieniamy ochładzający okład na gorący. Tymczasem niejednokrotnie przekonywałem się, iż okład źle był zaordynowany. Wielu lekarzy zamiast ochładzających stosuje przy zapaleniu płuc ogrzewające okłady, dlatego też i publiczność przyzwyczała się do tych ostatnich, do pierwszych zaś odnosi się z pewnym niedowierzaniem. Wprawdzie efekt przeciwgorączkowy ochładzającego okładu nie jest zbyt duży—ciepłota ciała obniża się o kilka dziesiątych,—ale zastosowane od samego początku i zmieniane odpowiednio do gorączki co $\frac{1}{2}$ —1—2—3 godziny w ciągu tygodnia i dłużej, okłady ochładzające pochłaniają stale pewną ilość ciepła i nie pozwalają ciepłocie prześcignąć pewnych jej dozwolonych granic. Naturalnie, iż w przypadkach ciężkich, w których działalność serca jest już znacznie osłabiona i sensoryum jest zajęte, zabieg ten nie wystarcza. W tych razach są niezbędne energiczniejsze zabiegi hydropatyczne, jakimi są zawijania, kąpiele. Najczęściej jednak zabieg ten, w porę zastosowany, zupełnie wystarcza.

Ustrój dziecięcy posiada dużo warunków, sprzyjających przeciwgorączkowemu działaniu ochładzających okładów. Po pierwsze powierzchnia ciała u dzieci jest prawie cztery razy większa w stosunku do objętości, niż u dorosłych, po drugie skóra dziecka przedstawia delikatniejszą budowę tkanek,

zwłaszcza naskórek jest cieńszy niż u dorosłych, wreszcie skóra dziecka bogatsza jest w naczynia. Wszystkie te warunki znacznie ułatwiają odpływ ciepła.

Znaczenie okładów ochładzających nie ogranicza się działaniem ich przeciwgorączkowym. Bezpośrednio po przyłożeniu okładu dziecko oddycha głęboko, dzięki czemu powietrze energiczniej wchodzi do pęcherzyków płucnych i nie dopuszcza do utworzenia się niedodmy. Powtarza się to przy każdej zmianie okładu. Następnie dzięki stałemu parowaniu wody, zawartej w ręczniku, tworzy się wokoło płuc prawie jednostajna wilgotna atmosfera, która kojąco działa na zboląły organizm, zmniejsza ból i łagodzi duszność. To uspokajające działanie na system nerwowy dziecka występuje prawdopodobnie odruchowo dzięki uśmierzającemu działaniu okładów na nerwy obwodowe.

Tyle więc dodatnich stron posiada ten najniewinniejszy zabieg hydropatyczny. Tymczasem, jak to już wspomniałem, znacznie większą sympatią cieszą się u nas dotychczas środki wewnętrzne przeciwgorączkowe, które ustępują okładom ochładzającym już chociażby dlatego, iż wszystkie bez wyjątku pogarszają strawność, która i bez nich cierpi z powodu zapalenia płuc, a co najważniejsze wszystkie w większym lub mniejszym stopniu zabójczo działają na mięsień sercowy. Wreszcie środki wewnętrzne mają jeszcze jedną złą stronę, mianowicie obniżają ciepłotę ciała tylko na krótki przeciąg czasu, a dla podtrzymania tego efektu wypadałoby podawać je co kilka godzin. Nie wyliczając wszystkich środków przeciwgorączkowych, wspomnę o jednym z bardziej ulubionych przez wielu lekarzy środków, mianowicie o *natrum salicylicum*. Dzięki bakteryobójczemu działaniu tego środka przy reumatyzmie stawowym, sława jego urosła zbyt wysoko: sądzono, iż ułęknią się go nie tylko bakterye reumatyzmu, lecz i inne bakterye. Stąd szerokie rozpowszechnienie tego środka we wszelkich sprawach infekcyjnych. Tymczasem użycie jego przy zapaleniu płuc pociąga niekiedy fatalne następstwa. Przypominam sobie kilku pacjentów, których zastałem po zażyciu tego środka w takim stanie zapaści, iż tylko dzięki środkom pobudzającym udało się ich uratować. O podobnych wypadkach wspominają i inni autorowie (BAGINSKY. *Die Antipyrese im Kindesalter*). Oddajmy więc, Panowie, środkowi temu zasłużoną jego wartość, lecz nie przeceniajmy jej, a również bądźmy oględniejsi w stosowaniu innych środków przeciwgorączkowych, nie zapominając, iż mamy do czynienia z mniej odpornym dziecięcym organizmem. O innych środkach nie wspomnam, gdyż żaden z nich, moim zdaniem, nie przynosi tyle szkody, wiele *natrum salicylicum*, dotychczas z zamiłowaniem przez wielu lekarzy przy zapaleniu płuc stosowane. Ja w zapaleniu płuc nigdy prawie nie stosuję środków wewnętrznych przeciwgorączkowych i śmiało powiedzieć mogę, iż pacjentom moim wyszło to na dobre. Okłady ochładzające dzieci znoszą znakomicie we wszelkiej postaci zapalenia płuc, głównym jednak terenem stosowania ich jest zapalenie płuc nieżytowe, czy to samoistne, czy też powstałe w przebiegu odry lub koklusu, które nie stanowią przeciwwskazania do użycia tych okładów.

O OŚRODKACH KOROWYCH MIĘŚNI OCZNYCH.

Podał

Władysław Sterling.

[Odczyt, wygłoszony w Tow. Lek. Warsz. dnia 26-go maja r. b.].



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 28].

Istnienie ośrodka dla ruchów ocznych w tylnej części zrazu czołowego stwierdziły także u orangutana badania BEEVOR'a i HORSLEY'a; autorowie ci znaleźli przytem, że drażnienie środkowego odcinka *gyri centralis anterioris* wywołuje skojarzone ruchy głowy i oczu ku stronie naprzeciwległej drażnionej półkuli. Badania BECHTEREWA, dokonywane na małpach, wykazały, że kontralateralne ruchy głowy i oczu oraz otwarcie powiek dają się wywołać z dość znacznego terytorium powierzchni zrazu czołowego, lecz z niektórych miejsc można otrzymać jedno, z innych—inne efekty ruchowe. Tak np. z najbardziej wewnętrznych odcinków tego terytorium kory można czasem otrzymać odchylenie głowy ku stronie naprzeciwległej, gdy przeciwnie drażnienie części, położonych bardziej ku dołowi, *resp.* na zewnątrz wywołuje izolowane ruchy gałek ocznych ku stronie naprzeciwległej. Części środkowe zaś terytorium tego dają zazwyczaj ruch głowy i oczu ku stronie naprzeciwległej.

SCHAEFER w schemacie swoim, sporządzonym według doświadczeń, dokonywanych na małpach, podaje miejsce 8 B w zrazie czołowym, z którego przy drażnieniu prądem otrzymywał skojarzone ruchy głowy i oczu w kierunku strony naprzeciwległej.

* * *

Doświadczenia moje dokonane były wyłącznie na psach i dotyczyły obustronnie operowanych zwierząt, a ograniczały się prawie wyłącznie do drażnienia ośrodka w tylnej części zrazu czołowego, zarządzającego mięśniami karku. Terytorium to, t. zw. „*Nackenregion*“ leży w zewnętrznym odcinku *gyri praefrontalis*, w tem miejscu, gdzie powierzchnia płata tego spuszcza się nieco stromo ku dołowi: z przodu od *fissura cruciata*, bezpośrednio poza *fissura praecrucata*, mniej więcej w odległości 1 ctm. od *fissura sagittalis*. Od tyłu graniczy ono z *gyrus sigmoideus* (*Vorderbeinregion*).

Dla zorientowania się w topografii, posługiwałem się następującym schematem. Pole drażnienia prądem indukcyjnym obejmowało terytorium, ograniczone od tyłu przez *fissura cruciata* od wewnątrz przez *fissura sagittalis*, od przodu przez *fissura praesylvia* oraz jej przedłużeniem myślowem w kierunku

linii środkowej. Brzoźdy powyższe pokryte są przez żyły dość grube, które stanowią wyborne punkty orientacyjne; z nich żyła, pokrywająca *fissuram cruciatam*, przebiega niemal prostopadle do szwu strzałkowego, żyła zaś, pokrywająca *fissuram praesylviam*, nie przebiega zupełnie równolegle do pierwszej, lecz w myślowem przecięciu z nią tworzy kąt bardzo ostry; nie dochodzi ona do linii środkowej, lecz na pewnej odległości od niej rozgałęzia się widłowo na dwie odnogi. Temi to brzoźdami i naczyniami ograniczony nieprawidłowy czworobok stanowił pole drażnienia. Podzieliwszy go w myśli na 9 równych części, oznaczam punkt środkowy każdej części odpowiednią cyfrą (1-9).

Doświadczenie I-sze.

Prawa półkula.

- 6 (60) Otwarcie powiek.
- 6 (50) Ruch gałek na lewo.
- 6 (40) Ruch gałek na lewo. Skurecz mięśni karku.
- 2 (60) Ruch dolnej szczęki.

Lewa półkula.

Prądy od 90 mm do 30 mm nie wywołują żadnych skurezów.

Doświadczenie II-gie.

Prawa półkula.

- 6 (80) Otwarcie powiek.
- 6 (70) Ruch obu gałek ocznych w lewą stronę, przyczem ekskursya prawej gałki jest znacznie większa, aniżeli lewej.
- 6 (60) Wyraźne odchylenie się obu gałek w lewą stronę. Mięśnie karku nie kureczą się.
- 6 (50) Wybitne ruchy gałek. Skurecz mięśni karku.
- 1 (80) Żaden efekt ruchowy.
- 1 (60) Kureczą się tylko mięśnie karku.
- 7 (80) Żaden efekt ruchowy.
- 7 (70; 60) Skurecz mięśni karku bez ruchów gałek ocznych.

Lewa półkula.

- 5-6 (80) Odchylenie się gałek ocznych w prawą stronę.
- 6 (70) Ruch oczu ten sam. Skurecz mięśni karku.

Doświadczenie III-cie.

Prawa półkula.

- 6-5 (90) Otwarcie powiek.
- 6-5 (80) Otwarcie powiek. Obie gałki nieruchome.
- 6-5 (70) Brak wyraźnych ruchów oczu w lewo. Zdaje się jednak, jakoby gałki zwracały się w kierunku pionowym ku górze.
- 5a (70) Ruchy gałek ocznych w lewą stronę.
- 6-5-9 (60) Wyraźny ruch gałek w lewo.
- 6-5-9 (55) Ruchy gałek te same. Nieznaczny skurecz mięśni karku.

6—5—9 (50) Ruchy oczu. Silny skurecz mięśni karku.

1 (90) Kurczą się tylko mięśnie karku.

7 (90) Skurecz mięśni karku. Ekstensya kończyny przedniej.

4 (90—80) Ten sam efekt.

L e w a p ó ł k u l a .

6 (70) Otwarcie powiek. Nieznaczný ślad ruchów oczu, przyczem prawa gałka odchyła się nieco ku górze, lewa zaś ku dołowi.

5 (70) Silne ruchy gałek na prawo. Mięśnie karku nie kurczą się.

5 (60) Ruchy oczu. Skurecz mięśni karku.

1 (70) Silny skurecz mięśni karku, mięśni szyi, kończyny przedniej.

7—8 (80) Skurecz mięśni karku, kończyny przedniej.

Doświadczenie IV-te.

P r a w a p ó ł k u l a

6a (90) Otwarcie powiek.

6a (80) Otwarcie powiek. Gałki jeszcze nieruchome.

6a (75) Ruch gałek w stronę lewą. Skurecz mięśni karku niewidoczny.

6a (70) Ten sam efekt ruchowy.

6a (65) Gałki odchylają się w lewą stronę. Ślad skurczu mięśni karku [skurecz mięśni oddechowych].

6a (60) Ruch oczu na lewo. Wyraźny skurecz mięśni karku.

3—2 (90) Skurecz mięśni unoszących kąt ust.

2—1 (80, 70) Skurecz mięśni kończyny przedniej, krtani.

4 (90) Skurecz mięśni karku (?).

L e w a p ó ł k u l a nie była drażniona.

Doświadczenie V-te.

P r a w a p ó ł k u l a .

6 (90) Nieznaczne otwarcie powiek.

6 (80) Nieznaczný ruch gałek w stronę lewą.

6 (70) Silne odchylenie się oczu na lewo. Mięśnie karku nie kurczą się.

6 (60) Silny ruch oczu na lewo. Mięśnie karku nieruchome.

6 (50) Ten sam ruch gałek ocznych. Silny skurecz mięśni karku i kończyny przedniej.

2 (80) Ruch szczęki dolnej.

8, 9 (80) Skurecz mięśni krtani.

4 (80) Skurecz mięśni karku (?).

5 (70) Silny skurecz mięśni karku.

6—5 (80) Otwarcie powiek.

L e w a p ó ł k u ł a.

- 6 (80) Otwarcie powiek.
- 6 (70) Ruch oka na lewo.
- 6 (60) Ruch oczu. Skurcz mięśni karku.

Doświadczenie VI-te.

L e w a p ó ł k u ł a.

- 6 (100) Otwarcie powiek.
- 6 (90) Ten sam efekt.
- 6 (80) Nieznaczne odchylenie się gałek ku prawej stronie.
- 6 (70) Wyraźny ruch gałek na prawo.
- 6 (60) Silny ruch oczu. Skurcz mięśni karku.
- 6a (80) Otwarcie powiek.
- 6a (75) Odchylenie się gałek na prawo. Drgawki epileptyczne.
- 4 (75) Skurcz mięśni karku. Gałki nieruchome.
- 4a (75) Skurcz mięśni twarzy.
- O ś r o d e k H i r z i g ' a (115). Ruch oczu: mruganie powiek.

P r a w a p ó ł k u ł a.

- 6 (65) Ruch gałek w lewą stronę.
- 6 (60—45) Odchylają się tylko gałki oczne.
- 6 (40) Ten sam ruch oczu. Silny skurcz mięśni karku.
- 5—4 (60) Skurcz mięśni karku, grzbietu, kończyny przedniej. Ten sam ruch oczu.

O ś r o d e k H i r z i g ' a (100). Ruch oczu.

Po przecięciu, dokonaniem, jak w poprzednim doświadczeniu przy prądzie 50 mm, kurczą się mięśnie karku z jednoczesnem odchyleniem się gałek ocznych.

Doświadczenie VII-me.

P r a w a p ó ł k u ł a.

- 6 (80) Otwarcie powiek.
- 6 (75) Nieznaczne odchylenie się gałek na lewo.
- 6 (70) Wyraźny ruch oczu na lewo. Mięśnie karku nieruchome.
- 6 (60) Ten sam ruch oczu. Mięśnie karku nieruchome.
- 6 (55) Silny ruch oczu. Skurcz mięśni karku.
- 4 (90) Żaden efekt.
- 4 (80) To samo.
- 4 (70) Skurcz mięśni karku. Gałki nieruchome.
- 2 (80—70) Skurcz mięśni krtani, kończyny przedniej.

L e w a p ó ł k u ł a.

Zupełnie niepobudliwa.

Doświadczenie VIII-me.

Prawa półkula.

- 6b (100) Brak efektu ruchowego.
6b (90) To samo.
6b (80) Otwarcie powiek.
6b (75) Otwarcie powiek. Gałki nieruchome.
6b (70) Ruch oczu na lewo.
6b (65) Ten sam efekt.
6b (60) Ten sam ruch oczu. Skurcz mięśni karku.
4 (80) Skurcz mięśni karku, kończyny przedniej.
7 (80) Skurcz mięśni karku.
1 (70) Skurcz mięśni karku, szyi, kończyny przedniej.

Lewa półkula.

- 6—5 (90) Otwarcie powiek.
6—5 (80) Ruch oczu na prawo.
6—5 (75) To samo.
6—5 (70) To samo.
6—5 (65) Ruch oczu. Skurcz mięśni karku.

[C. d. n.]

IV. SYFILIS NEREK.

Opracował

Wacław Sterling.

— + — — + —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 28].

Widzimy więc, że zmiany w nerkach przy otruciu sublimatem dwojakiej są natury. Z jednej strony wytwarzają się złogi soli wapiennych, przeważnie w kanalikach prostych,—z drugiej zaś występują zmiany w nieznacznym stopniu w nabłonku kanalików skręconych, takie same, jakie widzujemy przy zapaleniu nerek. Dla sprawdzenia hipotezy, o ile rtęć, wydzielająca się z moczem, drażni miąższ nerek, powodując tem pewne zmiany, E. przedsięwziął cały szereg doświadczeń na zwierzętach, które truł sublimatem. Z wyników pracy tej autor dochodzi do wniosku, że niekiedy zmiany nerek — jeżeli pominiemy charakterystyczne dla otrucia rtęcią, lecz mniej nas tu zajmujące odkładanie się soli wapiennych w kanalikach prostych istoty korowej — noszą piętno natury zapalnej i wyrażają się zmętnieniem nabłonka kanalików skręconych, nieraz nacieczeniem drobnokomórkowem tkanki śródmiąższowej, a rzadziej i bujaniem lub zwyrodnieniem nabłonka kanalików skręconych. Zmiany te są niestałe,

często brak ich zupełnie, a zawsze prawie są w tak niewielkim stopniu, że ich nawet za cierpienie poważne przyjąć nie można, a tem samem szkody żadnej ustrojowi nie są w stanie przynieść. Wywołuje je prawdopodobnie rtęć, która, w pewnej tylko części wydzielając się przez nerki, drażni nabłonek kanalików. W końcu autor wyraża zdanie, że zwykle dawki rtęci nie drażnią nerek, nie powodują w nich zapalenia; u chorych jednak, którzy już są dotknięci cierpieniem BRIGHT'a, należy środek ten stosować oględnie; ostrożność tę zaleca autor nie ze względu na obawę pogorszenia sprawy nerkowej, lecz dlatego jedynie, że w tych przypadkach rtęć wpływa na upadek odżywiania i zubożenie krwi. Powikłania ze strony nerek, występujące u syfilityków podczas leczenia swoistego, uważa autor za czysto przypadkowe, za wynik charłactwa, spowodowanego tymi objawami przymiotu, które właśnie są wskazaniem do stosowania rtęci.

SCHWIMMER (12) w badaniach swych stwierdził białkomocz u syfilityków podczas leczenia swoistego w 9,2% przypadków, białkomocz ten jednak znikał wraz z objawami syfilisu podczas dalszego przebiegu leczenia. W jednym zaledwie przypadku pomimo leczenia białkomocz wzrastał. Autor dochodzi do wniosku, że rtęci nie można uważać za przyczynę białkomoczu.

WELANDER (13) w jednej ze swych prac wykazuje, że eliminacja rtęci, przyjmowanej w celach leczniczych i dawkach leczniczych, może powodować białkomocz i wałeczkomocz. Nienormalne te składniki moczu cechuje niezależność pojawiania się ich od objawów ogólnych. Zaznaczyć należy, że zjawiskiem pierwotnym są wałeczki, których liczba stopniowo wzrasta, następnie zaś występuje białkomocz. Z początku ilość białka tak jest nieznaczna, że daje się ono wykryć zaledwie przy pomocy tak czułego odczynnika, jak kwas trójchlorooctowy, z biegiem czasu jednak dla wykrycia białka dostatecznym staje kwas azotny. Zwiększanie się ilości białka idzie w parze z zwiększaniem się liczby wałeczek; oba te postępy nie idą jednak równolegle i właśnie ta różnica pomiędzy nieznaczną ilością białka w moczu i dużą zawartością wałeczek jest cechą charakterystyczną omawianej tu sprawy. Obecność białka w moczu daje się wykryć jeszcze przez pewien czas po skończonej kuracji, dopóki przez nerki wydzielają się większe ilości rtęci, poczem ilość białka stopniowo staje się coraz mniejsza, aż wreszcie po 2 — 4 tygodniach znika ono zupełnie. Opiswane przez siebie zjawisko autor stwierdził w 70% z górą przypadków.

W pracy swej W. przytacza przypadki, w których powstanie cierpienia nerkowego li tylko działaniu rtęci przypisać było można. Zwraca on uwagę na niejednakowe reagowanie rozmaitych ustrojów na rtęć, wskutek czego jeden chory, z niezupełnie zdrowymi nerkami, może bezkarnie przyjąć więcej rtęci niż inny, którego nerki są bez zarzutu. To samo zjawisko zresztą widzimy przy występowaniu *stomatit. mercurialis*, a obie te sprawy dają się objaśnić jedynie przez indywidualne usposobienie chorych, aczkolwiek klinicznie są one sobie zupełnie nawzajem obce. W końcu powiada W., że wałeczkomocz i białkomocz, wywołany przez leczenie rtęcią, mija dość szybko, nie pozostawiając żadnego usposobienia do następujących cierpień nerek.

Podobnie jak WELANDER, i KARVONEN występuje w roli gorącej obrony nerek przed szkodliwym wpływem rtęci. Na mocy doświadczeń na zwierzętach,

które to doświadczenia całkowicie stwierdzają dane, otrzymane z badań, dokonywanych na ludzkich trupach, przedstawia on następujący obraz anatomo-patologiczny nerek po ostrem otruciu rtęcią: z początku widzimy przekrwienie kory, przechodzenie czerwonych krążków krwi przez niektóre kłębki, lub małe wynacynienia w istocie korowej, czasami przesiąknięcie istoty tej barwnikiem krwi, przedewszystkiem zaś — i to już przy otruciach lżejszych — zmiany nekrotyczne i degeneracyjne w nabłonku kanalików. Nekroza ta dotyka w początkach tylko niektórych, obok siebie leżących kanalików, pomiędzy którymi dość duże części kory pozostają względnie normalne. Prócz tego spotykamy złogi wapienne, znane nam już z pracy ELZENBERGA. Przy otruciach podostrych, lub lżejszych powtórnych, kanaliki korowe dotknięte są względnie równomiernie. Wygląd makroskopowy wtedy może łatwo symulować sprawę o wiele starszą w nerkach, gdyż są one znacznie powiększone, kora ich bywa szara lub szarozółtawa, czerwono lub biało nakrapiana, istota zaś mózgowa brunatno-czerwona. Należy jednak zauważyć, że podług K. rtęć może powodować i śródmiąższowe zmiany w nerkach. W przypadkach otrucia, kończących się pomyślnie, i przy więcej długotrwałych otruciach śmiertelnych, już po kilku dniach widzimy nacieczenia drobnokomórkowe wokoło naczyń międzyzrazikowych i nekrotyzowanych kanalików moczowych. W ogniskach tych widzimy komórki większe z jądrem podługowatym, później zaś fibroplasty i gotowe już komórki łącznotkankowe. Wreszcie po kilku tygodniach możemy znaleźć wokołokłębkowe i międzyzrazikowe ogniska komórkowe, później zaś ogniska łącznotkankowe w korze. Wszystko to składa się na obraz lekkiego śródmiąższowego zapalenia nerek. Nie mniej godnym jest uwagi, że w przypadkach otrucia, które przeszły w jawne wyzdrowienie, możemy znaleźć czasami ogniska śródmiąższowe, bez zmian w nabłonku. Ogniska te leżą w tych miejscach, w których kanaliki moczowe uległy całkowitemu zniszczeniu; w innych miejscach kanaliki te powstają na nowo dzięki obfitemu rozrostowi komórek nabłonkowych. Dane te, zdobyte drogą doświadczeń na zwierzętach, znalazły potwierdzenia w spostrzeżeniach, dokonanych przez wielu autorów na trupach ludzkich.

Uwagi swe, dotyczące się wpływu rtęci na nerki, autor kończy słowami: powstawanie rtęciowego cierpienia nerek podczas leczenia rtęcią nie uznawane jest lub niedoceniane przez niektóre powagi...; niektóre przypadki, ogłoszone jako „syfilityczne cierpienie nerek“, według mego zdania powinny nosić imię: „rtęciowe cierpienie nerek“.

Ciekawe [ze względu na poruszaną tu sprawę] dane znajdujemy w pracy BURŻAŁOWA. Autor sprawdzał wartość metody leczenia syfilisu dużemi dawkami rtęci, stosowanemi do wagi chorego [metoda PROCHOROWA] i w tym celu używał 3% roztworu dwujodku rtęci, rozpuszczonej z podwójną ilością jodku potasu, i z roztworu tego wstrzykiwał chorem 1 cm. sz. na każdy kilogram wagi. Tym więc sposobem, chory, ważący 60 kilo, otrzymywał naraz $0,03 \times 6 = 0,18$ (!) środka leczniczego, przyczem zastrzykiwania robione były co 10 dni. Przed rozpoczęciem leczenia mocz był badany na białko, tak samo jak i przez trzy dni przed i po każdym zastrzyknięciu. Jakkolwiek dawka, stosowana przez B., przekracza 7—10 razy maksymalną jednorazową dawkę, dozwoloną

przez obowiązującą u nas farmakopeę, żadnych ujemnych skutków nie zauważył autor, białka zaś nie udało mu się wykryć ani razu.

Widzimy więc, do jakich wręcz sprzecznych wniosków dochodzą rozmaici autorowie, wskutek czego sprawa działania rtęci na nerki dziś jeszcze waśni pomiędzy sobą przedstawiciele nauki.

III. Rozbiór krytyczny danych rozpoznawczych.

Rozpatrzmy teraz te dane, na których oprzeć moglibyśmy rozpoznanie syfilitycznego cierpienia nerek, jako takie. Przedewszystkiem mamy dane czysto teoretycznej natury. Jeżeli syfilis porażać może mózg, czy wątrobę — analogicznie może on dotykać i nerek. Niektórzy tak daleko analogię [słuszną zresztą, zupełnie] posuwają, że w dociekaniach swych teoretycznych zadają sobie pytanie: jakich postaci klinicznych cierpień nerek możemy się spodziewać *a priori* przy danych objawach zewnętrznych syfilisu? Ponieważ przeważnie pierwsze objawy ogólne syfilisu na ogół względnie łagodnie się przedstawiają, należy przypuszczać, że odpowiednie przejawy syfilisu na nerkach — o ile ten narząd w danym przypadku dotkniętym będzie — również względnie łagodnie będzie wyrażony — w postaci naprz. rozsianych plam, powstałych z przekrwienia miejscowego. Oczywiście, tak nieznaczne zmiany w nieznaczny zaledwie sposób mogą wpływać na czynność nerek, niewielką też domieszkę składników nieprawidłowych będziemy mogli wykryć w moczu. Jeżeli jednak w charakterze wysypki wystąpi postać, zajmująca wyższą godność w hierarchii wykwitów syfilitycznych (np. *exanth. papulo-pustulosum*), oczywiście jesteśmy w prawie sądzić, że ewentualne zmiany w nerkach będą głębsze i trwalsze, co się odpowiednio zaznaczy i na domieszkach w moczu. Rzecz prosta, że zmiany syfilityczne w nerkach są jedynie możliwe, lecz nie muszą one wystąpić.

Pozostawmy jednak na stronie dociekania teoretyczne i przejdźmy do danych konkretnych. Wyodrębnienie jednak tych danych przedstawia bardzo poważne trudności, które nie obce były już RAYER'owi. Z dostępnej mi literatury późniejszej jeden MAURIAK szczegółowo sprawę tę rozberra. Wprawdzie zadanie to dla M. o tyle jest ułatwionem, że nie przyjmuje on pod uwagę zupełnie ujemnego wpływu rtęci na nerki, dzięki czemu sprawa syfilitycznych cierpień nerek mniej zakłócanie mu się przedstawia. W rozdziale, tej sprawie poświęconym, autor przyznaje, że ani w samych zmianach, ani w objawach nie znajdziemy żadnych cech, znamionujących swoistość sprawy nerkowej. Również ani przebieg, ani skutki cierpienia nie dadzą nam żadnego punktu, na którym moglibyśmy oprzeć nasze rozpoznanie. Autor przyznaje, jak trudno jest dowieść syfilitycznej natury danego cierpienia nerek. Wszak jeżeli pewien osobnik cierpi na syfilis, bynajmniej nie idzie za tem, żeby wszelkie cierpienia, jakie go dotykają, miały wspólną patogenezę. Otóż pierwszym zadaniem lekarza jest przedewszystkiem wykrycie przyczyny, której cierpienie nerek przypisać byłoby można. Dopiero jeżeli najstaranniejsze poszukiwania do żadnego wniosku nas nie doprowadzą, wtedy jedynie mamy nie tylko prawo, lecz wprost

obowiązek uważać dane cierpienie nerek za syfilityczne. Prócz tego punktu negatywnej, że tak powiem, natury, M. podaje następujące punkty pozytywne:

- 1) białkomocz i obrzęk;
- 2) współczesne istnienie objawów syfilitycznych, dawnych lub świeżych, zwłaszcza zaś ze strony wątroby i śledziony;
- 3) wyjątkowo leczniczy wpływ terapii swoistej, a zwłaszcza jodku potasu.

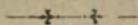
[C. d. n.]

V. DRGAWKI OGÓLNE U DZIECI.

(*Eclampsia infantum. Convulsiones*).

Napisal

F. Arnstein [Kutno-Ciechocinek].



[Dokończenie. — Patrz Nr. 28].

Z innych przyczyn drgawek tak u młodszych, jak i starszych dzieci na pierwszym miejscu postawić należy mocznicę. W większości przypadków łatwo ją poznajemy na mocy danych, osiągniętych z wywiadów [przebyta płonica] i istniejących obrzęków. W rzadkich jednak przypadkach tak płonica, jak i następnie zapalenie nerek przebiegają skrycie tak, że drgawki objawiają się jakby nagle niespodziewanie; w tego rodzaju przypadkach brak gorączki, uderzająca bledność twarzy, panująca w tym czasie epidemia płonicy i wynik badania moczu szybko nas objaśnia, od czego zależą drgawki. Drgawki mocznicowe zresztą nie posiadają żadnych odrębnych cech, odróżniających je od drgawek innego pochodzenia, bywają jednak zwykle silnego bardzo natężenia, szybko po sobie następują i pozostawiają długotrwałą śpiączkę.

Krzywica jest uważana za częstą przyczynę drgawek u młodych dzieci; nie wchodząc w to, czy ona sama wywołuje drgawki, czy tylko do nich usposabia, zaznaczyć wypada, że rozpoznanie drgawek krzywicowych nie przedstawia prawie żadnych trudności wobec tak wyraźnych zбоcezeń w układzie kostnym jakie w każdej chwili stwierdzić można. Dość często drgawkom krzywicowym towarzyszy skurcz krtani (*laryngospasmus*), ułatwiający rozpoznanie. Na stwierdzeniu jednak krzywicy nie kończy się rozpoznanie przyczyny drgawek, gdyż niezależnie od krzywicy mogą zaburzenia żołądkowo-kiszczkowe stanowić najbliższą przyczynę drgawek u dzieci chorych na krzywicę.

Z innych przyczyn drgawek u dzieci pod względem rozpoznawczym na szczególniejszą uwagę zasługuje trudne ząbkowanie. Już wyżej zaznaczyliśmy, że poglądy co do roli ząbkowania w etyologii drgawek są do dziś dnia sprzeczne. Faktem, nie ulegającym wątpliwości, jest, że ząbkowanie nigdy nie jest bezpośrednią przyczyną drgawek; odmówić mu jednak wszelkiego wpływu na ich powstanie nie podobna; to też wielu bardzo poważnych pedyatrów zalicza ząb-

kowanie do przyczyn drgawek u dzieci; słusznie jednak przestrzegają przed zbytnią pochopnością do rozpoznania ząbkowania, jako ich przyczyny.

W zupełności chyba zgodzić się można z FILATOWEM, który uważa drgawki za zależne od ząbkowania, jeśli się pojawiają niedługo przed wyrżnięciem się zęba, jeżeli przytem zaczerwienienie i obrzmienie dziąseł jest znaczne, jeśli znikają po wyrżnięciu się zęba, jeśli się powtarzają przed każdym wyrżnięciem się zęba i jeżeli przytem nie można odnaleźć żadnej innej przyczyny drgawek. Jeżeli się trzymać tych żądań FILATOWA, w takim razie w rzeczy samej nieczęsto wypadnie powiązać drgawki z ząbkowaniem. Sądzę wogóle, że na ząbkowanie należy patrzeć jako na sprawę fizyologiczną, która jednak stawia ustrój dziecka w warunkach, sprzyjających powstaniu drgawek, zwiększając pobudliwość narządu nerwowego obwodowego i ośrodkowego; wyłącznej jednak przyczyny drgawek nie stanowi.

O rozpoznaniu innych przyczyn drgawek, jak: urazów, wpływów psychicznych [przestrach], histeryi i t. p. nie wiele da się powiedzieć; są one bowiem rzadko przyczyną drgawek; rozpoznanie ich opierać się musi głównie na danych osiągniętych z wywiadów.

Pod względem różniczkowego rozpoznania na wzmiankę zaledwie zasługują dwie choroby w wieku dziecięcym się objawiające i posiadające niejaką analogię z drgawkami. Mam tu na myśli płasawicę i tężyczkę. Obie te choroby posiadają tak odrębny obraz kliniczny, że chyba rzadko mogą być źródłem pomyłki rozpoznawczej. Już to jedno, że przy skurczach mięśniowych, towarzyszących obu tym chorobom zachowana jest przytomność, wystarcza do właściwego rozpoznania i uniknięcia pomyłki.

Rokowanie w drgawkach ogólnych u dzieci zależy od przyczyny je wywołującej, od ich natężenia i trwania, w części i od wieku dziecka.

Ponieważ jednak określenie przyczyny drgawek niezawsze jest łatwe, przeto z rokowaniem należy być ostrożnym; lekarz najlepiej uczyni, gdy wobec drgawek, których przyczyny nie zna dokładnie, zachowywać się będzie do czasu wyczekująco w wypowiedzeniu swego zdania co do niebezpieczeństwa, grożącego życiu dziecka.

Drgawki, towarzyszące cierpieniom opon mózgowych i mózgu, dają wogóle rokowanie złe, gdyż wszystkie prawie choroby narządu nerwowego ośrodkowego, którym towarzyszą drgawki, kończą się prędzej lub później śmiercią. Przy ostrych sprawach zapalnych opon i mózgu drgawki zwykle występują w późniejszym okresie choroby i są zapowiedzią zbliżającego się śmiertelnego zejścia. Przy sprawach przewlekłych mózgu drgawki w każdej chwili mogą stać się niebezpieczne dla życia, gdy są bardzo silnego natężenia, gdy się bardzo często powtarzają, gdy są obustronne i gdy pozostawiają długotrwałą głęboką śpiączkę (*sopor*).

Rokowanie w drgawkach niemózgowych jest wogóle lepsze, aniżeli w drgawkach mózgowych. I tu również zależy od przyczyny je wywołującej. Drgawki w początkowym okresie chorób zakaźnych są zwykle umiarkowanego natężenia i nie długo trwają; nie należą więc do ciężkich i nie budzą szczególnej obawy. Gdy nawet są silniejsze i dłużej trwają rzadko stają się bezpośred-

niem źródłem niebezpieczeństwa; świadczą wszelako o ciężkości zakażenia i każą się spodziewać ciężkiego przebiegu choroby; mają więc dla rokowania pewne znaczenie. W późniejszych okresach chorób zakaźnych pojawiające się drgawki, należą zwykle do ciężkich, gdyż świadczą o ciężkości zakażenia i ciężkim podrażnieniu opon mózgowych (*pseudomeningitis*) lub o powikłaniu przez prawdziwe zapalenie opon mózgowych, często ropne (*meningitis*).

Drgawki przy ostrych zaburzeniach żołądkowo-kiszkowych, jakkolwiek nieraz przez wiele godzin się powtarzają, nie są prawie nigdy bezpośrednim źródłem niebezpieczeństwa i zwykle bez śladu przechodzą. W rzadkich chyba przypadkach, dotyczących bardzo młodych dzieci, mogą one, gdy zbyt długo trwają być przyczyną śmierci.

Drgawki w mocznicy, pomimo ich ciężkości i powtarzania się nieraz w ciągu kilku dni, kończą się w większości przypadków pomyślnie.

Drgawki w krzywicy nigdy prawie nie są bezpośrednią przyczyną śmierci. Rokowanie przeto przy nich *quoad vitam* nie jest złe. Mają one jednak skłonność do powrotów, co przy rokowaniu musi być uwzględnione.

Wszelkie drgawki, powstające na drodze odruchowej, nigdy nie grożą niebezpieczeństwem i z tego powodu pozwalają na rokowanie dobre.

Przy jednakowych warunkach rokowanie będzie tem lepsze, im dziecko jest starsze, z natury silniejsze; u dzieci bardzo młodych, źle odżywianych i osłabionych skutkiem ciężkich chorób (biegunka), drgawki z jakichkolwiek powodów powstałe, dają rokowanie gorsze.

Leczenie drgawek ogólnych u dzieci winno zadosyć uczynić dwóm głównym wskazaniom. Pierwsze polega na złagodzeniu, skróceniu czasu trwania, ewentualnie przerwaniu napadu; drugie na usunięciu ich przyczyny, a tem samem przeszkodzeniu ich powrotowi.

Dla wypełnienia pierwszego wskazania musi lekarz, wezwany do dziecka, które zapadło na drgawki, usunąć przedewszystkiem wszystko, co w jakikolwiek sposób wpływa na większe natężenie i dłuższe ich trwanie. Dziecko, które zapadło na drgawki, musi być przedewszystkiem zwolnione z odzienia uciskającego szyję, klatkę piersiową i brzuch, najlepiej rozebrane do koszulki, umieszczone wygodnie w łóżeczku lub lepiej w dużym łóżku i zabezpieczone od wszelkich uszkodzeń fizycznych; współcześnie należy otoczeniu zalecić największy spokój; wszelkie bowiem krzyki wskutek grozy położenia, potrząsanie i porywanie dziecka, jako też polewanie twarzy zimną wodą w celu ocucenia go wpływają niekorzystnie na sam napad i przedłużają jego trwanie.

W celu złagodzenia, skrócenia czasu trwania i przerwania napadów drgawek zalecane były od dawna różne środki. Najwięcej w użyciu są wdychania chloroformu, środki nasenne i zmniejszające pobudliwość narządu nerwowego ośrodkowego a szczególnie chloral, przetwory bromu, rzadziej makowiec, jego alkaloidy. O nich więc przedewszystkiem słów kilka powiedzieć musimy.

Wdychania chloroformu, dawniej często dziś mniej w użyciu będące, przy leczeniu drgawek u dzieci są aż do ostatnich czasów gorąco zalecane przez HENOCH'a. Mogą one jednak w praktyce prywatnej rzadko znaleźć zastosowanie i zostały zastąpione przez lałatywy z chloralu, które według mego do-

świadczenia w większości przypadków wpływają na zmniejszenie natężenia drgawek a nawet na chwilowe ich przerwanie. Należy jednak pamiętać, że użycie chloralu nie zapobiega powstaniu drgawek, co tylko zapomocą leczenia przyczynowego osiągnąć się daje. Chcąc zapomocą chloralu osiągnąć pożądane wyniki, należy go podawać w pełnej dawce, która u dzieci stosownie do wieku wynosi 0,5 do 1,0.

Przetwory bromu posiadają mniej pewne działanie; mogą jednak z korzyścią wspierać działanie chloralu.

Użycie środków odurzających: makowca, morfiny musi być ze względu na młody wiek dzieci więcej ograniczone.

W celu złagodzenia napadów drgawek dawniej w obszernem użyciu był ucisk na tętnice szyjowe, zachwalany w swoim czasie przez TROUSSEAU'a. Wyniki, osiągnięte zapomocą niego, były zbyt niepewne; z tego powodu musiał rękoczyn ten ustąpić miejsca innym środkom pewniejszym i dziś prawie zupełnie został zapomniany.

Do innych środków, w tym celu stosowanych dawniej, należą przetwory cynkowe (*zincum oxydatum*, *zincum valerianicum*), waleriana, asafetida, piżmo i t. p. Wszystkie one słusznie zostały zarzucone, gdyż, są jak to się osobiście przekonałem, zupełnie bezskuteczne.

Do środków, dawniej w obszernem będących użyciu a i dziś jeszcze często stosowanych należą upusty krwi miejscowe w postaci pijawek za uszami, jako też upusty krwi ogólne. Tak jedne, jak i drugie wpływają niekiedy bardzo korzystnie na przebieg drgawek, zmniejszają ich natężenie i trwanie; mają jednak ograniczone wskazania. Szablonowe ich stosowanie w każdym przypadku drgawek przynosi więcej szkody, aniżeli pożytku. Jest ono niestety u nas w praktyce felczerów w obszernem użyciu z wielką dla chorych szkodą, a wśród mniej inteligentnej klasy ludności rozpowszechnione jest mniemanie o konieczności i zbawienności kilku pijawek za uszami przy drgawkach, co na każdym kroku należy zwalczać.

Upusty krwi miejscowe a niekiedy ogólne powinny znaleźć zastosowanie wszędzie tam, gdzie mamy dane do przypuszczenia, że drgawki powstały skutkiem czynnego przekrwienia opon mózgowych i mózgu, a zatem głównie w sprawach zapalnych u dzieci silnych, dotąd zdrowych, oraz w przypadkach drgawek z jakichkolwiek powodów powstałych, gdy skutkiem silnego ich natężenia i długiego trwania, powstało bierne przekrwienie opon mózgowych i mózgu, ich obrzęk wyrażający się sinicą, chrapliwym oddechem i głęboką śpiączką (*sopor*) i zagrażający bezpośrednio życiu dziecka, co najczęściej spotykamy u dzieci w drgawkach mocznicowych. W tego rodzaju przypadkach upust krwi miejscowy a jeszcze lepiej ogólny stanowi wskazanie życiowe i często uwieczniony zostaje najlepszym wynikiem, jak to między innymi świadczy następujący przypadek:

Dziecko 5-letnie w przebiegu popłonicowego zapalenia nerek nagle w nocy dostało silnych drgawek. Ławatywy wypróżniające, chlorał w ławatywach, morfina podskórnie pozostały bez skutku; drgawki z coraz większą siłą się powtórzały, dziecko zupełnie nieprzytomne, sine, oddech chrapliwy, z ust wydziela

się pienisty śluz, zabarwiony krwią. Zaleciłem ogólny upust krwi. Już podczas odpływu krwi z żyły drgawki złagodniały, a w kilkanaście minut po upuszczeniu krwi wraz z ustąpieniem sińcy zupełnie ustąpiły; nastąpił głęboki spokojny sen, z którego dziecko na drugi dzień rano obudziło się w stanie zupełnej przytomności.

Przy drgawkach, z innych przyczyn powstałych, a zatem przy zaburzeniach żołądkowo-kiszkowych przy krzywicy, przy drgawkach odruchowych upust krwi prawie zawsze będzie zbyt liczny, często nawet szkodliwy.

Szczególniej zaś wystrzegać się należy upustów krwi przy drgawkach, powstałych skutkiem długotrwałych biegunek (*cholera infantum*) i mających niewątpliwie źródło w niedokrwiistości mózgu. Upusty krwi przy tego rodzaju drgawkach mogą stać się bezpośrednią przyczyną śmierci, jak to kilkakrotnie miałem sposobność się przekonać.

W powszechnem użyciu będące środki odciągające na skórę w postaci gorczyczników, są podczas trwania drgawek wprost szkodliwe, gdyż zwiększają je na drodze odruchowej i winny też być zupełnie zarzucone.

Mówiliśmy dotychczas o środkach, mających za zadanie zadosyć uczynić pierwszemu wskazaniu, t. j. złagodzić natężenie, skrócić czas trwania, ewentualnie przerwać napady drgawek. Zapomocą tych środków, których pożyteczność jakieśmy widzieli nie ulega wątpliwości, nie jesteśmy jednak prawie w możności przeszkodzić ponawianiu się, powrotowi drgawek, co stanowi drugie wskazanie lecznicze. Ponieważ ponawianie się, powrót drgawek zależy od przyczyny je wywołującej, z której ustaniem i drgawki ustają, przeto leczenie przyczynowe drgawek należy do bardzo ważnych zadań lekarza. Współcześnie więc ze środkami wyżej wspomnianymi, a stosowanymi w czasie trwania drgawek lub po chwilowem ustaniu ich, jakoteż w okresie wolnym od drgawek, t. j. podczas krócej lub dłużej trwających przerw winniśmy zalecić środki, czyniące zadosyć wskazaniu przyczynowemu.

I tak, przy drgawkach mózgowych stosownie do przyczyny je wywołującej [zapalenie opon i mózgu, wodogłowie, guzy i t. p.] zastosujemy leczenie przeciwzapalne w postaci pijawek za uszami, lodowych okładów na głowę w połączeniu ze środkami, zmniejszającymi pobudliwość narządu nerwowego ośrodkowego lub te ostatnie same, a zatem brom, chlorał i t. p.

Przy drgawkach w początkowym okresie chorób zakaźnych nie jesteśmy w możności usunąć przyczyny; wskazaniu przeto przyczynowemu zadosyć uczynić nie możemy.

Przy drgawkach pochodzenia żołądkowo-kiszkowego środki wymiotne i czyszczące [lawatywy, kalomel, olej rycynowy] powinny być o ile można wcześniej stosowane; często już po kilku lawatywach, obfitych wypróżnieniach drgawki bezpowrotnie ustępują. Przy drgawkach, powstałych w następstwie zaburzeń żołądkowo-kiszkowych środki, czyniące zadosyć pierwszemu wskazaniu są po większej części zupełnie zbyt liczne; to też lekarz najlepiej uczyni, gdy przedewszystkiem zaleci środki opróżniające i dopiero gdy, pomimo to drgawki się ponawiają, zastosuje chlorał, brom i t. p. Na tę okoliczność szczególną

zwracam uwagę, gdyż w praktyce często dzieje się przeciwnie. To samo dotyczy drgawek, powstałych skutkiem otrucia.

Drgawki mocznicowe, jakieśmy to wyżej zaznaczyli, należą do bardzo ciężkich, często w ciągu kilku godzin się powtarzających. Ponieważ usunięcie ich przyczyny nie da się szybko dokonać, przeto przy leczeniu ich na pierwszy plan występują środki, czyniące zadość wskazaniu objawowemu, które jest tem konieczniejsze, że drgawki mocznicowe skutkiem swego silnego natężenia i długiego trwania mogą bezpośrednio zagrażać życiu. Tu więc przedewszystkiem musimy stosować chloral w ławatywach lub podskórnie, brom, ewentualnie wdychania chloroformu lub eteru, jako też miejscowy lub nawet ogólny upust krwi. Dopiero, gdy drgawki zupełnie ustały lub przynajmniej złagodniały, możemy przystąpić do leczenia przyczynowego.

Drgawki w krzywicy wymagają leczenia zasadniczej choroby. Czy fosfor, w ostatnich czasach bardzo rozpowszechniony w leczeniu krzywicy, ma jakiś swoisty wpływ na drgawki w tej chorobie, nie śmiem orzec. Jeżeli wierzyć, że wywiera szczególnie dodatni wpływ na objawy nerwowe, towarzyszące tej chorobie, w takim razie powinien znaleźć szerokie zastosowanie u dzieci, cierpiących na drgawki krzywicowe. Nie należy jednak zapominać, że w krzywicy powstają drgawki często pod wpływem zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, które przedewszystkiem należy zwalczyć.

O leczeniu drgawek, zależnych od glist nie wiele da się powiedzieć. Jeżeli drgawki powtarzają się u dziecka, u którego stwierdzono glisty, w takim razie żaden chyba lekarz nie powstrzyma się od podania leku przeciwglistnego, wszystko jedno, czy glisty stanowią istotną ich przyczynę.

Dawniej, kiedy zapatrywano się na trudne ząbkowanie jako na częstą przyczynę drgawek u dzieci, w powszechnem było użyciu nacięcie dziąseł w celu ułatwienia wyrżnięciu się zęba. Obecnie skoro się przekonano, że sprawa ząbkowania rzadko jest bezpośrednią, a tembardziej wyłączną przyczyną drgawek i że rękoczyn ten bynajmniej nie wpływał ani na natężenie, ani na częstość drgawek, żaden chyba lekarz nie chwyci się tego środka.

W końcu jeszcze dodać winienem, że u dzieci usposobionych do drgawek, u dzieci, które już miały drgawki, muszą być w celu zapobiegawczym ściśle przestrzegane wymagania higieny i dyetetyki, które w żadnym może okresie życia nie są tak ważne, jak w okresie pierwszego dzieciństwa.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Wstrzykiwania parafiny w oto-rynologii.

Podał

Maurycy Hertz.

GERSUNY w roku 1900 pierwszy wpadł na myśl stosowania wstrzykiwań podskórnych wazeliny w celu usunięcia, *respective* poprawy deformacji nosa. Młodej 16-letniej dziewczynie z zapadłym nosem zastrzyknął GERSUNY pod skórę na grzbiecie nosa sporą ilość wazeliny, następnie palcami ulepił nos i otrzymał w ten sposób bardzo dobry wynik kosmetyczny. Metoda GERSUNY'ego znalazła wkrótce bardzo wielu naśladowców. Po pewnym czasie jednak zaczęły odzywać się głosy przeciwko użyciu wazeliny do wstrzykiwań podskórnych.

ECKSTEIN na zasadzie swych badań doszedł do wniosku, że wazelina, topniejąca przy temperaturze 38—40°, nie ma dostatecznych gwarancji, jako proteza chirurgiczna i ulega po pewnym czasie wprawdzie bardzo powolnej, ale jednak stopniowej rezorbcyi. Wobec tego ECKSTEIN zamienił wazelinę parafiną twardą, topniejącą przy ciepłocie 60°. Parafina taka zupełnie nie ulega rezorbcyi i szybko bardzo zastyga, co czyni ją najwięcej odpowiednią na protezę chirurgiczną. Liczba głosów, przemawiających przeciwko wazelinie zaczęła coraz więcej wzrastać.

MATZENAUER np. na zasadzie obserwacji w klinice prof. NEUMANN'a w Wiedniu doszedł również do wniosku, że wstrzykiwania wazeliny są bardzo nietrwałe i że po upływie roku lub dwóch nos przybiera swą pierwotną formę. Metoda ECKSTEIN'a znalazła bardzo gorących zwolenników w osobie RHÖMER'a, STEIN'a, WOLFF'a, DETANGRE'a, BROECKAERT'a i wielu innych; szczególniej poleca ją BROECKAERT, który ogłosił bardzo wiele przypadków z pomyślnymi wynikami wstrzykiwań parafiny.

Ze wszystkich rodzajów parafiny najwięcej odpowiednia do wstrzykiwań jest parafina, topniejąca przy 51° — 60°. Parafina taka zupełnie nie ulega rezorbcyi; wokół zastrzykniętej parafiny tworzy się otoczka z tkanki łącznej, przez którą nie przenikają ani naczynia, ani elementy komórkowe.

Ozjęć autorów przeciwna jest użyciu parafiny o temperaturze topliwości 60°, gdyż po zastrzyknięciu z powodu zbyt wysokiej temperatury tworzy się nekroza skóry, a po odpadnięciu zmartwiałego kawałka skóry wypada i parafina. BROECKAERT jest jednak zdania, że tylko parafina, topniejąca przy ciepłocie wyższej nad 65° wywołać może wprawdzie nieciężkie oparzenie, które pozostawia jednak po sobie mniej lub więcej widoczne blizny, co psuje efekt kosmetyczny, a wszak tylko w tym jedynym celu robi się te wstrzykiwania. Użycie zaś parafiny, topniejącej przy temperaturze 56° — 60° żadnym ujemnych stron niema; tegoż zdania jest i ECKSTEIN.

Aby ułatwić zastrzykiwanie parafiny i zapobiedz szybkiemu krzepnięciu parafiny w samej szprycy i igle, co utrudnia bardzo operację, BROECKAERT skonstruował specjalną szprycę. Szprycy BROECKAERT'a jest krótka i szeroka, objętości 3 sześcien. cent. z bardzo wygodnym oparciem dla palców. Zwykłą igłę zastąpił on przez igłę stożkową, srebrną o średnicy bardzo szerokiej, zakończoną platyno-irydiowym rylcem; igła taka, zdaniem BROECKAERT'a, za-

pobiega szybkiemu krzepnięciu parafiny; naturalnie, wobec różnego zastosowania wstrzykiwania parafiny trzeba mieć kilka igieł różnej długości i różnie zaokrąglonych.

Pierwsze i zarazem najczęstsze zastosowanie miały wstrzykiwania parafiny celem usunięcia deformacji nosa z powodu większego lub mniejszego zapadnięcia. W takich razach wybieramy do wstrzykiwania takie miejsce, gdzie skóra najłatwiej da się ująć w fałdę. Lewą ręką unosimy skórę na grzbiecie nosa w fałdę a przekonawszy przez wypuszczenie kilku kropel ze szprycy, że parafina w szprycy jest w stanie płynnym, wkluwamy igłę, podczas gdy pomocnik palcami uciska skórę u podstawy nosa, aby zapobiedz rozlaniu się parafiny ku górze. Po zastrzyknięciu dostatecznej ilości parafiny wyjmujemy igłę i przystępujemy do modelowania nosa palcami.

Naturalnie, szprycy i igła powinny być wyjałowione. Jeżeli parafina zastryga w igłę, należy przez kilka sekund potrzymać igłę nad płomieniem i wtedy dopiero zastrzyknąć.

Jeżeli po wkłuciu igły pod skórę, wstrzykiwanie się nie udaje, to prawdopodobnie parafina skrzepła; należy więc igłę wyjąć, ogrzać szprycę i igłę nad lampą spirytusową i znowu w to samo miejsce wkłuć igłę.

Wstrzykiwania podskórne parafiny najczęściej stosowane były, jak wiemy, celem usunięcia deformacji nosa, powstałej czyto z powodu urazu, czy też w skutek ozeny lub syfilisu. Nie jest to jednak jedyne zastosowanie wstrzykiwań parafinowych. BRINDEL za radą prof MOURE'a zaczął stosować wstrzykiwanie parafiny pod błonę śluzową muszel nosowych przy zanikowym, cuchnącym katarze nosa (*ozaena*). BRINDEL zauważył przy badaniu chorych, dotkniętych ozeną, że jeżeli z jednej strony nosa jest skrzywienie przegrody, listwa na przegrodzie, wrodzona *synechia*, wogóle jakaś przeszkoda, zwężająca światło nosa, to po tejże stronie mniej są wyrażone objawy zanikowe muszel i błony śluzowej, niż po stronie drugiej, a często nawet wcale ich niema. Rozszerzanie się jam nosowych przez zanik muszel i błony śluzowej jest, zdaniem ZAUFAŁ'a, najpierwszą przyczyną ozeny. Nadmierna szerokość jam nosowych przyczynia się do stagnacji wydzieliny błony śluzowej nosa, jej wysychania a następnie rozkładu pod wpływem drobnoustrojów. Naturalnie, odgrywają tu pewną rolę i zmiany w gruczołach nosa, których wydzielina jest zmieniona; bez kwestyi jednak, gdyby nie stagnacja wydzieliny nosowej, nie byłoby odoru. Naturalnie, główną podstawę leczenia ozeny stanowi oczyszczenie nosa, aby nie dopuścić do zbierania się wydzieliny i jej rozkładu. Leczenie takie trwa lata całe i wyniki są bardzo nietrwałe.

Od dawna starano się znaleźć środek, zapomocą którego można byłoby wywołać przerost muszel nosowych przy zanikowym katarze nosa.

Pomiędzy innymi proponowano wbijać w muszlę gwóźdź metalowy, co miało wywołać proliferację tkanki kostnej, jak to ma miejsce w kościach długich. Sposób ten względnie mało był stosowany i BRINDEL miał właśnie przeprowadzić badania, gdy GERSUNY ogłosił swą pracę o wstrzykiwaniach waselinowych. BRINDEL wpadł wtedy na myśl stosowania wstrzykiwań parafinowych przy zanikowym katarze nosa. Przez zastrzykiwanie parafiny w miąższ muszel nosowych, znajdujących się w stanie zaniku, chciał BRINDEL zmniejszyć objętość jam nosowych, co zapobiegłoby nagromadzeniu się wydzieliny w nosie, a może wywołałoby pewne zmiany w samej błonie śluzowej i zmieniłoby charakter wydzieliny gruczołów.

Wyniki, otrzymane przez BRINDEL'a, okazały się bardzo pomyślne. BRINDEL wprawdzie zaznacza, że czas jest zbyt krótki, aby mógł mówić o zupełnem wyleczeniu ozeny zapomocą wstrzykiwań parafinowych, gdyż i inne środki dawały na pewien czas poprawę; w każdym razie żaden inny środek nie daje tak szybkiej i tak radykalnej od jednego razu poprawy. Autor wybrał przypadki

z bardzo dużym zanikiem; jednak gdzie mu się udało zastrzyknąć parafinę, tam wynik był bardzo pomyślny. Po zastrzyknięciu parafiny nie tylko chorzy łatwo wydzielają strupy (*crustae*) z nosa, ale zmniejsza się nawet wytwarzanie strupów, a u niektórych chorych zjawia się względnie pomyślna dla nich *hydrorrhoea*. Następnie chorzy przestają się skarżyć na zatkanie nosa, co tak często daje się słyszeć od chorych, dotkniętych ozeną, pomimo nadmiernej szerokości kanałów nosowych. Po wstrzykiwaniu parafinowem chorzy zaznaczają, że powietrze teraz lepiej przez nos przechodzi, pomimo że kanały są teraz węższe. Prócz wstrzykiwania BRINDEL nie stosuje żadnego innego leczenia, tak że tak wielką poprawę jedynie wstrzykiwaniu parafiny przypisać należy. Wstrzykiwania robić można zwykłą szprycą PRAVAZ'a z długą igłą lub też specjalną szprycą BROECKAERT'a. Błonę śluzową nosa należy znieczulić kokainą. Aby uniknąć zastygnięcia parafiny, można przed zastrzykiwaniem potrzymać nad lampą spirytusową igłę i szybko wkłuć w muszlę; lekkie oparzenie błony śluzowej nie pociąga za sobą żadnych komplikacji. ECKSTEIN np: zastrzykiwał nieraz w tylną ścianę gardzieli parafinę o ciepłocie 92° bez wywołania nakrozy tkanki. Wogóle wstrzykiwania parafinowe pod błonę śluzową nosa przechodzą bez komplikacji. BRINDEL miał tylko w 2-ch przypadkach *phlebitis* i *periphlebitis* w lekkim stopniu żyły twarzowej i jej rozgałęzień z znacznym obrzękiem twarzy i policzka i z następnym zgrubieniem wzdłuż żył; objawy te jednak po upływie kilku tygodni, zupełnie ustąpiły. BRINDEL powikłanie powyższe przypisuje zbyt wielkiej ilości zastrzykniętej parafiny, BROECKAERT zbyt wysokiej temperaturze parafiny i dlatego używa on parafiny, topniejącej przy ciepłocie 50°. BROECKAERT prócz tego dodaje do parafiny gwajaform [kombinacja aldehydu zgwajakolem] w celach antyseptycznych, wychodząc z tej zasady, że przy ożeniu mamy do czynienia z ogromną ilością bakterii, na które gwajaform ma zabójczo działać. [Stosunek gwajaformu do parafiny jest 5 na 100].

Po wstrzyknięciu parafinowem chorzy przez kilka dni mają lekki ból i nieznaczne obrzmienie policzka. Wstrzykiwać należy 2 do 3-ch cm. sz. parafiny, najlepiej w tylny koniec muszli dolnej; jeśli zaś to nie wystarcza do rekonstrukcji muszli, to trzeba po raz drugi zastrzyknąć. Wprawdzie zbyt krótkie są obserwacje co do wyników leczenia ozeny wstrzykiwaniami parafiny, aby na pewno twierdzić, że metoda ta jest niezawodną, BRINDEL jednak i BROECKAERT rokuja jej, na zasadzie spostrzeganych przez siebie przypadków, wielką przyszłość. Wstrzykiwania parafinowe stosowano również przy defektach twardego i miękkiego podniebienia; ECKSTEIN otrzymał bardzo dobre wyniki.

W otyatrii również znalazły zastosowanie podskórne zastrzykiwania parafiny. ALT stosował je przy zniekształceniach muszli usznej po *perichondritis* z bardzo dobrymi rezultatami. Wskazania do stosowania iniekcji tych w zniekształceniach muszli usznej są bardzo liczne czyto przy zniekształceniach wrodzonych, czyto nabytych, czy też przy zaniku pewnych części muszli usznej.

Robiono także próby zamknięcia przetok na wyrostku sutkowym, pozostawionych po trepanacji, również z dobrymi wynikami. BROECKAERT proponuje zastrzykiwać parafinę pod skórę celem wyrównania pewnych zniekształceń, pozostałych po radykalnych operacjach zatoki czołowej.

Metoda iniekcji parafinowych jest jeszcze względnie bardzo nowa; co raz więcej jednak znajduje zwolenników, gorąco polecających ją do dalszych badań.

L I T E R A T U R A .



- 1) DELIE. Application des produits paraffinés dans les déformations et les affections du nez.

- 2) BRINDEL. Nouveau mode de traitement du coryza atrophique ozénaux par les injections interstitielles de paraffine.
- 3) BROECKAERT. Des injections de paraffine en oto-rhino-laryngologie. [Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie etc.]

Wiadomości bieżące

— Z d. 1-ym sierpnia r. b. zacznie wychodzić we Lwowie dwutygodnik, czasopismo zawodowe, broniące interesów lekarzy, pod tytułem: „Głos lekarzy“, organ lekarzy Galicji, Bukowiny i Śląska, subwencyonowany przez Towarzystwo samopomocy, Izbę lekarską Krakowską, Izbę lekarską Lwowską i Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Naczelnym redaktorem wybrany został dr SZCZEPAN MIKOŁAJSKI. Prenumerata roczna 6 koron.

— Badania BALESTRE'a i GILLETTA DE SAINT-JOSEPH w 681 miastach Francji w ciągu lat 6-iu [1892—1897] dokonywane nad śmiertelnością dzieci w pierwszym roku życia, wykazały, iż więcej niż $\frac{1}{3}$ tych dzieci [10000] umiera w następstwie cierpień przewodu pokarmowego. Dla zaradzenia choć w części zlemu, z inicjatywy prof. BUDIN'a w Paryżu i dra DUFOUR'a [w Fécamp] pozakładano tak zwane „Oeuvre de la goutte de lait“, w których obok porady lekarskiej dostarczają darmo dla dzieci biednych rodziców świeżego, dobrego mleka. Z pracy doktryzacyjnej MARGORZATY MARGOULIÈS (*L'Oeuvre de la goutte de lait. Paris. 1903*) dowiadujemy się, iż podobnych zakładów istnieje już w Paryżu 20 kilka, w różnych miastach Francji 64, w różnych miastach Europy 37, w Ameryce 4, w Azji 1, w Afryce 2.

— XVI Kongres chirurgów francuskich rozpocznie się w Paryżu 19-go października r. b. Na porządku dziennym jego będą postawione dwie kwestye: 1) *tumeurs de l'encéphale* [referent DURET z Lille], 2) *exclusion de l'intestin* [ref. HARTMANN z Paryża].

— I-szy Kongres francuski antyalkoholistów odbędzie się w Paryżu od 26—29 października r. b. Program: Część I-sza: stan obecny alkoholizmu i walki przeciw niemu. Część II-ga: plan działania; I Czynność władz publicznych: 1) państwa; a) czynność prawodawcza, b) czynność administracyjna, 2) departamentów i gmin. II Czynność inicjatywy prywatnej: 1) ciała lekarskiego, 2) duchowieństwa różnych wyznań, 3) handlu, przemysłu, rolnictwa, 4) syndykatów, 5) towarzystw wstrzemięzliwości i dobroczynnych, 6) kobiet. III Zorganizowanie walki. Federacja sił przeciwalkoholowych. Komitet stały. Członkiem Kongresu może być każdy, opłacający składkę 10 franków.

— W czerwcu r. b. upłynęło 100 lat od chwili ogłoszenia przez JOHN'A DALTON'a teorii atomistycznej. *Literary and Philosophical Society* w Manchesterze, którego DALTON był przewodniczącym aż do śmierci [1817], rocznicę tę obchodziło uroczystie.

— Francuska izba deputowanych zadecydowała jednogłośnie subsydyum 10000 franków drowi J. CHARCOT'owi [synowi zmarłego znakomitego neurologa] na wyprawę do bieguna południowego.