

GAZETA LEKARSKA.

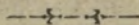
I. KILKA UWAG O OBECNYM STANIE NAUKI O TĘŻCU Z POWODU PRZYPADKU TEJ CHOROBY, leczonego surowicą.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Tow. Lek. w Warszawie d. 28. XII. 1897 r.]

Podał

Wacław Męczkowski,

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.



Przez długie wieki wiedza lekarska o istocie i leczeniu tężca pozostawała na jednym stopniu. Od kilkunastu zaledwie lat pojęcia nasze o tężcu uległy radykalnym przeobrażeniom w duchu nowoczesnej nauki. Istotnie, porównyując prace najdawniejszych autorów z badaniami z przed kilkunastu jeszcze lat, niewielkie zdobycze spostrzedz możemy. Wprawdzie wykład nowoczesny nie zawiera naiwnych, przynajmniej dla czytelnika współczesnego, wywodów i uwag, cechujących często prace dawne, lecz poglądy na istotę sprawy w gruncie rzeczy pozostawały niezmienione.

Od najdawniejszych czasów rozróżniano tężec urazowy (*traumaticus*), tężec z przeziębienia (*rheumaticus*), wreszcie tężec samoistny (*idiopathicus*)¹⁾. Jako czynniki przyczynowe przytaczano robaki [LAURENT, FOURNIER, PESCAR, CHAUSSIER (1)], uporczywe zaparcie stolca, nadużycie wysokości (2), działanie piorunu (3) i t. p., nie mówiąc już o takich czynnikach, jak uraz i przeziębienie, których znaczenie uznaje i nauka współczesna. Do ostatnich czasów, zwłaszcza we Francji, panowała teoria, poparta powagą VERNEUIL'a²⁾, jakoby koń był stałym pośrednikiem w przenoszeniu tężca na ludzi. I w naszej literaturze znajdujemy oddźwięki tej teorii: SCIBOROWSKI (4) przytacza przypadek tężca po ranie z ukąszenia przez konia; LE BRUN zaś (6) wiązał swój przypadek tężca z pławieniem koni. Teoria ta w świetle nowoczesnej nauki o zakaźnym pochodzeniu tężca znajduje właściwe uzasadnienie, mianowicie, lasecznik tężca, jak to wykazały prace KITASATO, SORMANI'ego (5), znajduje się bardzo często w kale zwierzęcym, a przedewszystkiem końskim. Nadto

¹⁾ Ostatnie dwie kategorie niektórzy autorowie łączyli w jedną.

²⁾ „Si le cheval n'est pas souvent tétanique, il est constamment tétanifère. Cyt. według *Traité de Chirurgie*. Prof. A. LE DENTU. Paris. 1896.

konie, jak to wykazały liczne spostrzeżenia i prace doświadczalne, najczęściej z pośród innych zwierząt zapadają na tężec.

Wspomnieć także należy o teorii, utożsamiającej tężec z wścieklizną, wodowstrętem. Wzmiankę o tem znajdujemy w naszej literaturze w pracy PLACERA (7). Autor ten występuje gorąco przeciwko teorii powyższej, bronionej przez LORINSER'a, dowodząc, że tężca po zranieniu (*tetanus traumaticus*, *hyperkinesis reflectoria traumatica*) nie należy utożsamiać z wodowstrętem, czyli tężcem wodowstrętowym (*tetanus hydrophobicus*, *hydrophobia*, *hyperkinesis reflectoria hydrophobica*)¹⁾.

Dopiero w r. 1884 NICOLAIER (8) dowiódł zakaźnego pochodzenia tężca, otrzymując z ziemi [z okolic Gettynge, Berlina, Wiesbadenu] lasecznika tężca, a wreszcie w 1889 r. KITASATO (9) otrzymał czyste hodowle tężca. Sprawiedliwość nakazuje zaznaczyć, że na krótko przed odkryciem NICOLAIER'a, dwaj autorowie, jeden Polak i jeden Włoch [a właściwie dwaj Włosi, którzy ogłosili wspólną pracę], niezależnie jeden od drugiego, uznali w tężcu chorobę zakaźną, mianowicie NAWROCZYŃSKI (10) na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu wyraził zdanie, że tężec jest chorobą zakaźną. W przypadku tężca po amputacji, który spostrzegał w 1883 r., wstrzyknął on pod skórę królikowi ropę zebraną od chorego. Królik w parę dni zginął wśród drgawek tężcowych. Ztąd N. wyprowadził wniosek, że tężec jest chorobą zakaźną. Zdania tego jednak członkowie zjazdu nie podzielili. W tymże samym 1884 r. CARLE i RATONE (11) stwierdzili, że tężec od jednego osobnika można przenosić na inne i że przeto tężec posiada naturę zakaźną.

Odkrycie lasecznika swoistego dla tężca pociągnęło za sobą cały szereg badań. Pod wpływem nauki PASTEUR'a o rozpuszczalnych wytworach hodowli drobnoustrojów [toksyn], BRIEGER dowiódł, że nie sam lasecznik, lecz jadowite produkty przemiany [tetanina, tetanotoksyna, spasmotoksyna, a zwłaszcza inna jeszcze bardzo jadowita toksalbumina] wywołują objawy tężca. Toksyny te zdołano wyosobnić, zbadać ich naturę chemiczną. Pomimo to pytanie, w jaki sposób one działają, dotąd pozostało nierozstrzygnięte. Największą popularnością, zwłaszcza we Francji, cieszy się hipoteza o fermentacyjnym działaniu toksyn. Rzecznikami hipotezy tej są głównie COURMONT i DORON, ENRIQUEZ i HALLION, TIZZONI i CATTANI i wielu innych. Na uzasadnienie swej teorii wyżej wymienieni autorowie przytaczają²⁾: 1) pokrewieństwo toksyn tężca pod względem chemicznym i fizycznym ze znanymi fermentami [toksyna strąca się za pomocą alkoholu; staje się nieczynna przez ogrzewanie do 65° C., przez dłuższe działanie powietrza i światła; wprowadzona do żołądka nie działa nawet w większych ilościach i t. d. (12)]; 2) istnienie w tężcu okresu wylęgania; 3) niezależność tego okresu, jako też natężenia objawów tężca od ilości wstrzykniętej toksyny [toksyny tężca, podobnie jak fermenty, mogą jakoby działać w ilościach nieskończenie małych]³⁾.

¹⁾ Na podobieństwo między tężcem a wodowstrętem zwracał u nas także uwagę KAROL MEYER jeszcze w r. 1818. Pam. Tow. Lek. Wileńskiego. T. II. str. 92.

²⁾ Twierdzenie to z wielu stron uległo zaprzeczeniu. Zwiększona dawka toksyny może wpłynąć na skrócenie okresu wylęgania, jakkolwiek pewnej granicy nigdy przekroczyć nie można.

³⁾ Porówn. pracę JERZEGO BRUNNERA (12).

Okres wylęgania w tężcu tłómaczono początkowo w ten sposób, że działa tu nie jad, lecz jego przetwory, że więc koniecznym jest pewien czas na wytworzenie toksyn tężca. Okazało się jednak, że i wstrzykiwanie gotowych toksyn wywołuje objawy nie zaraz, lecz po pewnym okresie wylęgania. Wówczas musiano wyprowadzić wniosek, że w hodowlach tężca istnieje nie jad gotowy, lecz ferment rozpuszczalny, który dopiero w żywym ustroju jest w stanie wytworzyć swoiście działający jad, niezależnie od ilości wprowadzonych do ustroju toksyn. Teorię tę przyjęła i szkoła włoska [TIZZONI, CATTANI].

Teorya, upatrująca w toksynach pewien ferment, spotkała się z krytyką, w ostatnich czasach coraz silniejszą. BRIEGER, BEHRING, FERMI, CONRAD BRUNNER (13), a w naszej literaturze JERZY BRUNNER (12) przytaczają wiele dowodów przeciwko fermentacyjnemu działaniu toksyn w żywym ustroju. Nie wchodząc w szczegóły, zaznaczymy, że przeczą tej teorii i najnowsze odkrycia z zakresu anatomii patologicznej, wykazujące zmiany anatomiczne w ośrodkach nerwowych w utajonym jeszcze okresie tężca. Nowy dowód stopniowego działania jadu tężcowego [a więc dowód przeciwko fermentacyjnemu jego działaniu] podaje doświadczalna praca JERZ. BRUNNERA (12), w której autor zbija doświadczenia, na jakich opierała się teorya fermentacyjna. Nadto na zasadzie swych badań nad przemianą gazową J. BR. dochodzi do wniosku, iż „w okresie utajonym, kiedy najściślejsze spostrzeganie żadnych objawów chorobowych nie wykrywa, zachodzą w ustroju bardzo wybitne zmiany chemiczne, występujące pod postacią wzmózonej przemiany gazowej“.

Nasuwa się dalej pytanie, w jaki sposób działa jad tężca na ustrój. Lecz odpowiedź i na to pytanie nie wyszła dotąd z krainy przypuszczeń. Według SAHLI'ego (14) [a zdanie to podziela CONRAD BRUNNER i GOLDSCHIEDER (15)], i zmiany czynnościowe i anatomiczne w ośrodkach nerwowych w tężcu powstają stopniowo, wskutek sumowania się podrażnień obwodowego i ośrodkowego, wywołanych przez jad. Według GOLDSCHIEDER'a, jad wprowadza istotę nerwową w stan nadmiernej pobudliwości. Stan ten ma powstawać po części skutkiem przenikania jadu za pośrednictwem krwi do ośrodków nerwowych, głównie zaś skutkiem działania na nerwy czuciowe i ruchowe w miejscu zaszczepienia jadu. Inni autorowie (16) twierdzą, że tężec zależy od czysto ośrodkowego działania jadu, a że przenoszenie jadu odbywa się za pomocą limfatycznych naczyń nerwowych.

Bądź co bądź, przyznać należy, że w sprawie istoty działania jadu tężca na ustrój posiadamy dotąd zaledwie mniej lub więcej udatne teorye. Jednakże najnowsze krytyczne prace doświadczalne, nadewszystko zaś zdobycze na polu techniki mikroskopowej pozwalają żywić nadzieję, iż badania są na dobrej drodze.

Wracając jeszcze do etyologii tężca, zaznaczyć należy wyniki badań VAILLARD'a i ROUGER'a (17), a także HEYSE'go (18). Autorowie ci twierdzą, że tężec wywołują nie laseczniki NICOLAIER'a same przez się, lecz wespół z innymi drobnoustrojami, mianowicie z ropotwórczymi: tężec więc byłby zakażeniem mieszanem (*Mischinfection*). Wskazują na to także doświadczenia VAILLAR-

d'a i VINCENT'a (19), które wykazują bezskuteczność szczepień czystych hodowli, uwolnionych od rozpuszczonych jądów chemicznych przez przemywanie. Hodowle te bez współdziałania innych czynników w prawidłowym ustroju nie rozwijają się. Czynnikiem takim może być uszkodzenie miejsca szczepienia przez uraz, albo działanie kwasu mlecznego, trymetylaminy lub hodowli *bac. prodigiosi*. Przy zwykłym zakażeniu tężcowem, prócz właściwego zarazka, zawsze wchodzi w grę i inne zarazki z kurzem, ziemią i t. p., które sprzyjają rozwojowi zarazka tężcowego.

Istniejące niewątpliwie przypadki tężca gościcowego [reumatycznego lub z przeziębienia] nie przemawiają bynajmniej przeciwko teorii zakaźnej. Przeziębienie w tym razie stanowi tylko czynnik sprzyjający: czynnikiem przyczynowym pozostaje zawsze lasecznik swoisty tężca. Dowodzą tego najnowsze badania kliniczne i doświadczalne (20).

Taka sama jest patogeneza tężca t. zw. połogowego (*tet. puerperalis*) i tężca noworodków (*tet. neonatorum*).

Oddawna już jest wiadomem, że na częstość przypadków tężca wywierają wpływ takie czynniki, jak: klimat, rasa, płeć, wiek i t. p.. Twierdzą mianowicie, iż w krajach gorących tężec występuje daleko częściej [zwłaszcza tężec noworodków], że mężczyźni wogóle ulegają temu cierpieniu częściej, niż kobiety i że szczególniejszą skłonność okazują murzyni, malajczycy, indusi i t. p.. Lecz, nie mówiąc już o tak znacznych różnicach geograficznych, można zauważyć analogiczne zjawisko i przy rozpatrywaniu mniej odległych krajów. Przeglądając całkowitą literaturę polską o tężcu, nie mogłem nie zwrócić uwagi, o ile częściej tężec występuje w Królestwie, aniżeli w Galicyi. Z liczby przypadków tężca, ogłoszonych drukiem, 63 przypada na Królestwo Polskie, a 12 tylko na Galicyę. Nie sądzę, aby różnicę tę można było złożyć jedynie na karb rzadszego ogłaszania przypadków tężca przez lekarzy galicyjskich. Zresztą i nie całe Królestwo zachowuje się pod tym względem jednako. Warszawa wraz z okolicami przedstawia tu znakomitą przewagę.

Różnicę niezmiernie trudno ująć w cyfry, ponieważ nie zawsze znajdujemy dane co do miejscowości. O ile jednak wyrazić to można w przybliżeniu, to na Warszawę wraz z bliższymi powiatami przypada około 50 przypadków, gdy na inne gubernie przypada zaledwie po 1 — 2 przypadki. Wprawdzie wpływa tu poniekąd okoliczność, iż szpitale warszawskie ściągają chorych, pomimo to jednak różnica jest wybitna. Charakterystycznym jest także fakt, iż kol. WŁAD. ŚWIĄTECKI, jak mi to komunikował, sam spostrzegł w Warszawie 10 przypadków tężca w ciągu 1½ roku. Szczególnie smutną pod tym względem sławą cieszy się Mokotów [pod Warszawą] [sposprzeżenia BORSUKA, WŁAD. ŚWIĄTECKIEGO i innych]. Następnie uderza także fakt iż MINKIEWICZ, który ogłaszał bardzo szczegółowe sprawozdanie z całej swej rozległej praktyki na Kaukazie, nie wspomina ani o jednym przypadku tężca. Z Karsu jedynie przytacza BRONIKOWSKI jeden przypadek. Jak można wytłómaczyć tę różnicę, trudno powiedzieć. W każdym razie obok warunków klimatycznych wpływ pewien muszą mieć własności gruntu.

Łatwiej już wytłómaczyć w [światle] nowoczesnej teorii zakaźnej epidemiczny charakter tężca, niejednokrotnie zaznaczany. Spostrzeżenia podobne znajdujemy w sprawozdaniach lekarzy wojskowych z pola bitwy, ze szpitali, a także z praktyki weterynarzy (22). Chyba taką epidemią możnaby sobie wytłómaczyć fakt, że SOMMER (23) w oddziale podrzutków w szpitalu Dzieciątka Jezus w ciągu jednego roku widział aż 14 przypadków tężca, wszystkie zakończone śmiercią.

Wyjątkowy natomiast przypadek tężca rodzinnego znajdujemy u DUDREWICZA (24). Z sześciorga dzieci w jednej rodzinie zmarło zaraz po urodzeniu czworo ze szczękościsku. Fakt taki objaśnić sobie można chyba tylko w ten sposób, że zarodniki tężca, wobec znanej niezwyklej swej żywotności i odporności, przez długie lata zachowywały swe własności jadowite.

Ciekawym także jest stosunek częstości zapadania na tężec u mężczyzn i u kobiet. Powszechnie znanym jest faktem, że mężczyźni zapadają znacznie częściej, niż kobiety. Bezwątpienia zależy to od tego, że mężczyźni częściej znajdują się w okolicznościach, sprzyjających uszkodzeniom, urazowi. Według tablicy FRIEDRICH'a, na 210 przypadków tężca u mężczyzn, u kobiet zdarza się tylko 42 [t. j. stosunek 5:1]. Według statystyki THAMHAYN'a, na 329 mężczyzn wypada 68 kobiet [stosunek 4,8:1]. Cyfry te nie wydają się nam zgodnymi z rzeczywistością. Zresztą oparte są one na danych ze spostrzeżeń w czasie wojen, kiedy rzecz prosta przewaga musi być po stronie mężczyzn. Inne i, może być, bliższe prawdy cyfry otrzymujemy na zasadzie danych z naszej literatury. ³² Nasza statystyka obejmuje 63 przypadki [nie licząc tężca noworodków, u których nie znajdujemy danych o płci]. Z liczby tej 39 przypada na mężczyzn, 21 na kobiety, a w 3 płeć nie była zaznaczona. Stosunek więc byłby jak 13:7 [65%—35%]. Jeżeli również pominiemy noworodków, to nasza statystyka, zresztą podobnie jak i inne, wykazuje, że tężec najczęściej zdarza się między 10 a 30 rokiem życia, a nawet między 10 a 20 rokiem. Jeżeli ująć to w cyfry, to na wiek do 30-go roku przypada 72,5%, po roku zaś 30-ym tylko 27,5% [stosunek 29:11].

Zdobyte wiedzy z zakresu zmian anatomicznych w tężcu nie są tak doniosłe, jak z zakresu etyologii tego cierpienia.

Do ostatnich czasów zmiany, znajduwane w tężcu, nie przedstawiały nic stałego, nic charakterystycznego. Od najdawniejszych czasów umiejscawiano sprawę przeważnie w rdzeniu kręgowym i przedłużonym i tam spostrzegano zmiany. Już AMBROŻY PARÉ (1) upatrywał istotę cierpienia w rdzeniu i z tego powodu zalecał nacierania i okłady ciepłe na krzyż. W naszej literaturze wyraźną wzmiankę o tem spotykamy już u WRÓBLEWSKIEGO w r. 1818. Później w 1861 ŚCIBOROWSKI (4) ogłosił przypadek tężca, w którym badanie pośmiertne wykazało: „obok nawału krwi do mózgu i jego opon osobliwe stwardnienie rdzenia przedłużonego i mostu VAROL'a, podobnie jak to widzieć można na kawałku mózgu, który jakiś czas leżał w wyskoku“. Różni autorowie znajdowali przy badaniu pośmiertnem: rozrost tkanki łącznej w rdzeniu, zwyrodnienie tylnych sznurów, wynaczynienia w mózgu i rdzeniu, *hydrops ventriculorum cerebri*, zanik komórek rogów przednich i tylnych, rozmiękczenie rogów tylnych, prze-

krwieniu w okolicy kanału środkowego rdzenia i t. p.. Również często podają zmiany w mózgu, jakkolwiek także nie stałe i nie swoiste. Bardziej stałe może są zmiany w pniach nerwowych, wychodzących z okolicy uszkodzonej [przy tężcu urazowym]: nabrzmienie i zgrubienie pochwy nerwowej, wynaczynienia w pochwie nerwowej; *neuritis ascendens*, *neuritis nodosa* i t. p..

Długi szereg zmian powyższych przytoczyliśmy w celu wykazania, o ile nauka o tężcu nie znała do ostatnich czasów istoty cierpienia pod względem anatomicznym. Nawet zastosowanie nowoczesnych metod barwienia do pożądaných wyników nie doprowadziło, co pozwoliło wnioskować, iż zmiany swoiste dla tężca muszą być niezmiernie subtelne, delikatne, skutkiem czego są niedostępne dla badacza, uzbrojonego w metody dotychczasowe. Ważnym krokiem naprzód było zastosowanie bardzo czulej metody NISSL'a. Metoda ta [stwardnianie w wysokoku 96%_o; barwienie błękitem metylenowym] w rękach NISSL'a, MARINESCO, EDWARDA FLATAUA (25), GOLDSCHIEDER'a, pozwoliła przede wszystkim poznać budowę normalnej komórki ruchowej [w rdzeniu i pniu mózgowym]: składa się ona z „charakterystycznych bryłek, ułożonych w formie siatki równolegle koncentrycznych łańcuchów i t. d.. Bryłki te zwą się ciałkami komórkowymi NISSL'a. Istota, leżąca pomiędzy niebieskimi bryłkami, pozostaje w komórce normalnej jasną lub też słabo zabarwioną“. Co się tyczy jądra komórki i wyrostka osiowego, to one przy stosowaniu metody NISSL'a występują mniej wyraźnie.

Zastosowanie metody powyższej pozwoliło wykryć wyraźne i stałe zmiany w komórkach ośrodków nerwowych przy tężcu. Stosując wstrzykiwania toksyn tężca w najrozmaitszych rozcieńczeniach, EDWARD FLATAU i GOLDSCHIEDER znaleźli, że niebieskie bryłki [ciałka NISSL'a] pęcznieją, a jąderko silnie się powiększa, bryłki tracą charakterystyczny układ i rozpadają się na cząsteczki, wreszcie istota międzybryłkowa zabarwia się również, a cała komórka wygląda jakby zamazana. Jakkolwiek autorowie z ostrożnością zastrzegają się, iż w zmianach tych nie chcą widzieć nic swoistego dla tężca, jednakże przypuszczenie takie nasuwa niezmiernie ważny fakt, iż zmiany te znikają pod wpływem wstrzykiwań surowicy przeciwzędcowej, czyli, że pod wpływem antytoksyny następuje regeneracja komórki nerwowej, powrót do stanu prawidłowego. Fakty powyższe, będące zdobyczą ostatnich dni, są pierwszorzędnej wagi, albowiem nie tylko rzucają światło na leczenie surowicą, lecz nadto rokują dalsze zdobycze w dziedzinie anatomii patologicznej tężca.

Przechodząc teraz do leczenia, zaznaczyć należy, że od najdawniejszych czasów używano najrozmaitszych środków. Przeważnie i prawie stale w użyciu były narkotyki [makowiec, morfina, belladona, *chloral. hydrat.*, chloroform], brom; poza tem jednak używano całej masy innych środków: ług potasowy [t. zw. metoda STRUETZ'a], chinina, *extr. calabar.*, *ol. croton.*, apomorfina, kalomel, pilokarpina, wcierania maści szarej w kręgosłup, upusty krwi, szczodrce i obficie stosowane ¹⁾. Zresztą z taką samą hojnością stosowano i narkotyki: chory

¹⁾ PELLETIER w ciągu paru dni upuścił 14—15 funtów krwi; LISFRANC zalecił na krzyż 8 baniek ciężych i 792 (!) pijawek.

LE BRUNA (6) w ciągu 17 dni wyżył 130 gran makoŵca niezaleźnie od innych lek6w; w przypadku DOBRZYCKIEGO (26) chora wyżyła w ciągu 58 dni 90 gran morfiny [wstrzykiwania podsk6rne]. W literaturze polskiej znajdujemy nadto dane o stosowaniu i innych metod: eteryzacja kręgosłupa [metodę tę stosowali u nas KRASZEWSKI (27), SYSAK (28) i WSZEBOR (29) — trzy przypadki, leczone tą metodą, zakończyły się wyzdrowieniem], wstrzykiwania podsk6rne kurary [WSZEBOR (30)], przyżegania kolumny kręgowej rozpalonem żelazem (27). Zaznaczyć także należy stosowanie tytoniu: środek ten zachwala CZARKOWSKI [w ławatywach] (31), a przed nim stosował go jeszcze LE BRUN, (6). Wreszcie w użyciu były i są zabiegi chirurgiczne: wycinanie rany lub bliźny, amputacje i t. p.

Przed niedawnym czasem RAUM w przypadku tężca przewlekłego zastosował parokrotne obfite upusty krwi (*venaesectio*) z jednoczesnem wlewaniem roztworu fizyologicznego soli kuchennej i forsownem odżywianiem sztucznem chorej [specyjalnie chloroformowano w celu wprowadzania pokarm6w *per os*]; chora po paru tygodniach wyzdrowiała ¹⁾.

Juź sama obfitość metod i środków leczniczych wskazuje, że nie posiadamy żadnego środka skutecznego. Najdłużej, bo do ostatnich dni utrzymały się narkotyki: stanowią one zawsze pożyteczny środek objawowy, bo niewątpliwie łagodzą napady tężca, a może i zmniejszają śmiertelność.

Inne metody lecznicze wywierają wpływ, co najwyżej, przemijający. Zresztą zwykle stosowano i stosują teraz nawet jednocześnie wiele środków, skutkiem czego często trudno sobie wyrobić zdanie o właściwem działaniu danego leku.

[C. d. n.]

II. KILKA PRZYPADK6W ZIMNICY I KILKA SŁ6W O JEJ LECZENIU.

Napisał

D-r J6zef Piotrowski [Brześć Kujawski].

— 1 —

Mieszkając w Brześciu Kujawskim, gdzie stale panuje zimnica, a podczas upałów letnich dochodzi nawet do znaczenia małej endemii, mam sposobność obserwować wiele rzadkich przejaw6w i powikłań tej choroby. Nie będę tu zajmował miejsca opisem takich form, jak: biegunka napadowa zimnicza, zapalenie płuc przemienne zimnicze, nerwob6le, zastępujące napady zimnicy, bo te, choć nie częste, są znane i opisywane; moje przypadki są o wiele radsze.

I. Pan S. W., 40-letni, zdrowy mężczyzna, pewnego zimowego wieczoru po lekkim dreszczyku dostaje gorączki 39,8^o i wpada w stan niezwykłego podniecenia: jest niezmiernie wesoły, śpiewa, radby tańczyć. Przybywszy do chorego, zastałem go juź w ł6zku zupełnie spokojnego i świadomego swego poprzedniego stanu. Ciepłota 38,0^o, śledziona nie powiększona. Badanie objek-

¹⁾ Przypadek ten, dotąd drukiem nie ogłoszony, zawdzięczam uprzejmości D-ra RAUMA i JAKIMIKA.

tywne żadnych wskazówek nie daje; dowiedziawszy się zaś, że chory ma skłonność do obstrukcji, zrobiłem przypuszczenie, iż mam do czynienia z gorączką, powstałą z samozatrucia ustroju toksynami, wytworzonymi w kiszkiach. Potów w nocy nie było, a następnego dnia pan W. czuł się zupełnie zdrowym. Trzeciego dnia wieczorem taki sam napad w obecności D-ra WATRĄSZEWSKIEGO, który przyjechał do chorego w gościnę. D-r W. na szczycie gorączki znalazł powiększenie śledziony [w okresie bezgorączkowym śledziona wracała do normy], rozpoznał *febris intermittens*, zaordynował chininę, a trzeci napad był już znacznie słabszym i ostatnim.

II. Wprost przeciwne objawy, bo depresję i śpiączkę, obserwowałem w następującym przypadku. Pan J. T., 66-letni, zdrowy mężczyzna, lubiący jeść bardzo dużo, zachorował wśród objawów niestrawności: dreszczyki, stan podgorączkowy, język mocno obłożony, brzuch wzdęty, niesmak. Po zażyciu porcji oleju rycynowego chory następnego dnia czuł się dobrze, a trzeciego dnia już najadł się przyzwoicie, więc wieczorem ponowiły się poprzednie przypadłości, przyczem ciepłota podniosła się do 39,0°, a śledziona wyraźnie była powiększona, senność wielka, nad ranem poty. Dwa dni względnego zdrowia, poczem trzeci napad jeszcze cięższy, po którym przez miesiąc już pacjent nie wstał z łóżka, tak go męczyły i osłabiały napady zimnicy, które powtarzały się najbardziej nieprawidłowo: czasem codziennie, lecz o różnych godzinach, czasem co 2-gi lub 3-ci dzień, czasem dwa razy na dobę. Czas trwania napadu bywał także różny, lecz, co najmniej, wynosił 5 godzin, typowo stałe tylko powtarzał się sam przebieg napadu: niewielki dreszcz, powolne wznoszenie się ciepłoty najwyżej do 39,2°, a tętna do 106, niezwalczona senność i apatya, z której rozbudzony chory, choć rozmawiał dorzecznie, nie za chwilę już nie pamiętał. Wśród takiej śpiączki ciepłota zaczynała się obniżać, tętno wolniało i malało, występowały poty nieobfite, lecz długotrwałe; chory choć się budził, a najczęściej musiał być obudzony, to znowu z powodu osłabienia pograżał się w apatyi i niepamięci, tak, że czasem dopiero następnego dnia ze zdziwieniem dowiadywał się o minionym upływie czasu, o tem, że przyjmował lekarstwo, że pił coś, że rozmawiał ze mną i t. p.. Czasem, jeżeli dwa napady wypadły w ciągu jednej doby, to prawie zlewały się z sobą, a wówczas pod koniec tętno chorego spadało do 56 i stawało się miękkim, ciepłota niżej 36,2° nie spadała.

III. Wezwany rano do F. Kr...owej, dowiaduję się, że kobieta ta, karmiąca 9-miesięczne dziecko, położywszy się poprzedniego dnia spać zupełnie zdrową, dostała nagle w nocy silnego, wstrząsającego dreszczu, po którym rozpoczęła się ogromna gorączka, ból głowy i zjawilo się stwardnienie bolesne w sutce prawej.

Ogledziny: chora 24-letnia, dobrej budowy i odżywiania, ciepłota ciała 39,4°, na zewnętrznej stronie prawej sutki w głębi jej mięszu guzowate stwardnienie bolesne, wielkości dużej śliwki, skóra nad niem zaróżowiona, brodawka sutki zupełnie zdrowa, gruczoły pod pachą nie powiększone. Z nalogu już badając śledzionę, znalazłem ją wyraźnie powiększoną, pomimo to w przekonaniu, że mam do czynienia z poczynającym się ropniem sutki, opuści-

łem chorą, zaleciwszy jej tylko 1 gram fenacetyny dla uśmierzenia nieznośnego bólu głowy i odłączenie dziecka od piersi.

Na czwarty dzień z myślą, czy nie czas już użyć noża dla spodziewanego ropnia, wstąpiłem do Kr...owej i jakież było moje zdziwienie, gdy w sutce znalazłem zaledwie jakiś ślad stwardnienia, a pacjentkę bardzo wdzięczną za „taki skuteczny proszek“, po którym ogromnie się spociła, a na drugi dzień już wstała zupełnie zdrowa i bez bólu w piersi. W tej chwili powstało w myśli mojej przypuszczenie zimnicy, na potwierdzenie czego nie czekałem długo, bo tylko do wieczora. Wezwany wieczorem do Kr...owej zastałem ją literalnie w takim samym napadzie gorączki zimniczej, jak poprzednio, tylko stwardnienie bolesne uformowało się teraz w lewej sutce. Przez następne 3 dni z rzędu chora w stanie zupełnie bezgorączkowym przyjmowała po 0,50 chininy i ani trzeciego napadu gorączki, ani nowego nacieczenia w sutkach nie miała.

IV. Staś B., 3-letni chłopczyk, wątły, nędznie odżywiony, ze śladami przebytej krzywicy zapadł od 3-ch dni na typową, codzienną *febris intermittens*. Napady są krótkie około południa. Wieczorem pacjent bawi się, a po kilku ławatywach z chininą napady gorączki zupełnie ustąpiły, lecz powstał bardzo częsty, suchy, męczący kaszel, który trapił malca tylko po nocach. Badanie płuc nie dało żadnych wskazówek, któreby wyjaśniły przyczynę kaszlu, a że śledziona już nie była powiększona, więc uważałem ten kaszel za następstwo zimnicy czysto nerwowego charakteru, *tussis nocturna periodica*, i przepisałem bromek potasu, który istotnie prędko i dobry skutek wywarł.

V. Pani P. S., 65-letnia, zawiędła staruszka drobnej budowy, bardzo ruchliwa i zapracowana od świtu do nocy, pomimo dostatnich warunków życia nie dbała o swoje wypróbowanej dobroci zdrowie i przez to często naraża się na niestrawność, która zresztą zawsze za pomocą oleju rybcynowego i ścisłej diety daje się usunąć bez leżenia w łóżku. Raz w życiu tylko przed 10-u laty przeszła poważną chorobę: tyfus ciężki. W połowie czerwca zeszłego roku pani S. zapadła na zwykłą swoją niestrawność, lecz z nieznacznym jeszcze dodatkiem żółtaczki. Wezwany, znalazłem, co następuje: ciepłota 38,2°, tętno 80, równe, pełne, cokolwiek twarde, białkówki oczu i skóra na całym ciele mocno żółte, język biały, bardzo obłożony, brzuch wzdęty, wątroba i śledziona nie powiększone, chora skarży się na rozwolnienie i ból w brzuchu, głównie w okolicy ślepej kiszki umiejscowiony. Po zastosowaniu kalomelu, rybcyny i ciepłych okładów stan chorej przez następne dwa dni był znacznie lepszy i ciepłota prawidłowa, lecz trzeciego dnia wieczorem, pomimo ścisłej diety i leżenia w łóżku, chora po lekkim dreszczyku wpadła w gorączkę 39,4, która nad ranem bez potów i bez użycia środków przeciwgorączkowych ustąpiła zupełnie. Następne dwa dni przeszły względnie dobrze, żółtaczka cokolwiek zmniejszyła się, lecz trzeciego dnia rano znowu napad gorączki; wówczas rozpoznałem zimnicę w połączeniu ze zwykłą żółtaczką nieżytową, gdyż brak jakichkolwiek danych ze strony wątroby [powiększenia, zmniejszenia, bólu] przeczył ciężkiemu, zapalnemu cierpieniu tego narządu.

W myśl tego rozpoznania leczona chora po dwóch tygodniach bez śladu żółtaczki powstała z łóżka, napady gorączki ustąpiły, apetyt i siły zaczęły po-

wracać szybko. Lecz po upływie dwóch tygodni p. S. znówu popełniła błąd dyetetyczny; gorączka i objawy niestrawności [tym razem bez żółtaczki] wróciły i spowodowały długą, dwumiesięczną chorobę, której przebieg w ogólnym krótkim zarysie tak się przedstawia: chora wychudzona o kachektycznym wyglądem skarży się na wielki niesmak i wstręt do jedzenia, odbijania i chęć do wymiotów; stolce bardzo cuchnące wciąż pomimo środków przeczyszczających i starannego dezynfekowania przewodu pokarmowego przeróżnymi środkami i sposobami; stolce te czasem mają wygląd popłuczyn od mięsa, czasem zawierają kłaczkę jakiejś tkanki organicznej, zbliżonej wyglądem do mięsa i pokrytej śluzem i ropą; brzuch często wzdęty; stały i niezbyt dotkliwy ból na 3 palce poniżej prawego łuku żebrowego; napady gorączki do 40° dochodzącej, najbardziej nieprawidłowo występujące, czasem 3—4 dni, czasem codziennie, czasem dwa razy na dobę bez potów, a często i bez wstępnego dreszczu; śledziona i wątroba nie powiększone; w miejscu bolesnem brzucha wymacać guza nie można. Wszelkie środki, stosowane przeciwko malarii, najzupełniej mnie zawiodły, wówczas poradziłem chorej jeszcze jeden środek przeciwmalaryczny, wyjazd z Brześcia na pewien czas, a jednocześnie w formie znaku zapytania powziąłem przypuszczenie, że mam do czynienia z jakimś nowotworem w kiszkaach, którego rozpad wywołuje wszystkie wyżej wyszczególnione objawy. Chora wyjechała do córki swej do Warszawy, gdzie wezwany lekarz w zupełności potwierdził moje przypuszczenie, dokładnej wszakże jego diagnozy nie znam. Pani S. przebyła w Warszawie miesiąc czasu, przyjmowała kwas solny z pepsyną, wróciła do Brześcia w dobrym zdrowiu i dotąd, t. j. przeszło rok czasu jest najzupełniej zdrową, czyli przeszła tylko ciężką formę brzesko-kujawskiej malarii.

VI. Kasia N., doskonałej budowy i wzrostu, 18-letnia, służąca, skarży się na dreszcze i ból gardła. Oględziny: cała gardziel mocno przekrwiona, języzek obrzmiały, migdały powiększone, dziąsło z lewej strony dolnej szczęki obrzmiałe, ciepłota 39°. Na drugi dzień po dosyć niedbałem stosowaniu płukania octanem glinu wszystkie objawy ustąpiły; w nocy były obfite poty. Trzeciego dnia cały poprzedni obraz choroby powrócił po dosyć silnym dreszczu wstępnym; zbadałem śledzionę i znalazłem ją cokolwiek powiększoną. Jeden gram chininy, wzięty przez chorą na raz, uchronił ją od trzeciego nawrotu *pharyngitidis et gingivitis malaricae*.

W leczeniu zimnicy za niezbędny warunek skutecznego działania chininy uważam dezynfekowanie przewodu pokarmowego; więc leczenie zaczynam od podania przeczyszczającej dawki oleju rycinowego, a następnie, bądź razem z chininą, bądź oddzielnie, lecz tegoż dnia, co i chininę, podaję spore dawki salolu, i przez cały czas leczenia zabraniam tak dorosłym, jak i dzieciom spożywania mleka [nie mówię tu naturalnie o dzieciach karmionych piersią], zapatrząc się na mleko jako na pokarm najbardziej sprzyjający sprawom fermentacyjnym w przewodzie pokarmowym. Takie postępowanie szczególnie dobre oddaje mi usługi w klasie ludzi biednych, żywiących się byle czem i byle jak. Stosując się do tych wskazówek, zdobytych na drodze empirycznej, załatwiam się szybko [2—3 dni] i skutecznie z każdym przypadkiem zimnicy, postługując

się prawie wyłącznie tylko chininą. Gdy mnie ta zawodzi, gdy mnie zawodzi eukaliptus i różne goryczki, gdy nie skutkują i podskórne wstrzykiwania chininy i arszeniku, to także zawiodłem się kilkakrotnie i na błękie metylenowym; w takich upartych przypadkach najchętniej, bo często z dobrym skutkiem, stosuję następującą staroświecką miksturę:

Rp. *Tinct. cort. chinæ regiae* 50,0

Tinct. cort. cinnamomi 10,0

Eliv. acidi Halleri 5,0.

MDS. Dwie lub trzy łyżeczki od kawy na dzień dla dorosłego, dla dzieci kroplami stosownie do wieku.

III. JESZCZE IO SPOSTRZEŻEŃ ZATRZYMANIA W MACICY GŁÓWKI

po umyślnej lub wypadkowej dekapitacji płodu przy ekstrakcyi za nóżki.

Podał

Franciszek Neugebauer,

ordynator oddziału chorób kobiecych szpitala Ewangelickiego w Warszawie.

— * — * —

35) Kolega JULJAN TALKO-HRYNCEWICZ w roku 1882 w Medycynie [str. 763] opisał spostrzeżenie własne: „Ośmio-dniowe zatrzymanie główki i łożyska ośmio-miesięcznego płodu bez żadnego odczynu w jamie macicznej“. Kobieta 32-letnia, od 12 lat zamężna, żona rzeźnika starozakonnego, dziesięć razy była w ciąży i za każdym prawie razem w 7 lub 8 miesiącu ciąży rodziła płód nieżywy. Ani ona, ani mąż syfilisu nie przebywali. 6 razy kolega T. był wzywany dla ukończenia porodu bądź operacyjnego, bądź przy pomocy sporyszu lub pilokarpiny. Cztery razy wydobywał główkę kleszczami, a raz dokonał ekstrakcyi za nóżki. We wszystkich pięciu razach dziecko było zupełnie zgniłe. Przy ostatnim porodzie w maju 1881, wskutek barkowego położenia po wypadnięciu prawej rączki, dokonał obrotu na nóżki. Dziecko tym razem urodziło się żywe, lecz w stanie pozornej śmierci i zmarło w pół godziny po porodzie.

W lipcu 1882 kol. T., wezwany do ponownie ciężarnej, zastał w ujściu macicy nóżki zgnitego płodu, wychodzące aż po kolanka. Przy wydobyciu płodu zgnitego, szyjka i pępowina się przerwały, główka i łoże w macicy pozostały wraz z resztką przerwanej pępowiny. Po parogodzinnych, daremnych staraniach wydobycia główki kol. T. zdecydował się na wyczekiwanie i sporysz, zalecając, aby go zawiadomiono o dalszym przebiegu sprawy. Zawiadomienia jednak żadnego kol. T. nie otrzymał i dopiero w kilka miesięcy później przypadkowo dowiedział się od chorej, że po wydobyciu płodu czuła się zupełnie dobrze, że łożysko wyszło w kawałkach wcześniej, a główka odeszła w kawałkach aż na ósmy dzień bez krwotoków lub jakichkolwiek ujemnych następstw tak długiego zatrzymania. „Wielkie było moje zdziwienie“, pisze kol. T. „kiedy

ani dnia tego, ani następnego dnia nie mnie o chorej nie powiadomiono. Następnych dni pięć nie byłem w domu, ale chora ciągle stała mi na myśli, bo nie mogłem wiedzieć, co się z nią dzieje i t. d. i t. d.“. „Takie było zakończenie pomyślnie przypadku, który mnie początkowo w błąd wprowadził, a następnie nabawił niepokoju i pomimo tak niesprzyjających okoliczności nie wyzwał u rodzącej żadnej choroby macicznej, ani posocznicy, której bardzo prawdopodobnie można było oczekiwać“.

36 i 37) W klinice położniczej warszawskiej w ciągu ostatnich lat zapisano jeszcze dwa spostrzeżenia zatrzymania w macicy urwanej główki płodu. W jednym przypadku główkę wydobył prof. JASTREBOW, a w drugim — prof. FJODOROW. Szczegółowych wiadomości na razie nie mogłem otrzymać z powodu przeprowadzki Instytutu Położniczego z dawnej siedziby na ulicę Sw. Krzyską.

38 i 39) Kolega GROMADZKI dwukrotnie był wzywany dla wydobycia po urwaniu tułowia przez akuszerkę pozostałej w macicy główki: raz w Grochowie, raz na Pradze. Oba płody były 8 miesięczne, jeden był zgniły, drugi nie, oba razy kolega G. skutecznie wydobycia ręką bez narzędzi, obie matki ocalały.

40) Szanowny kolega Sr. RADZISZEWSKI zakomunikował mi spostrzeżenie następujące. Zwężenie miednicy, *placenta praevia lateralis*, obrót i ekstrakcja nieudatnie wykonana, uwięźnięcie główki wskutek zahaczenia podbródka o spojenie łonowe, oderwanie główki od tułowia wskutek forsownych pociągów. Próba ręcznego wydobycia główki za szczękę dolną zawiodła, perforacja wysoko leżącej w jamie macicy główki po uprzednim obróceniu takowej w pozycję dogodniejszą do wykonania operacji i unieruchomienia z zewnątrz, nałożenie kranioklastu. Śmierć chorej podczas operacji wskutek ostrej niedokrwistości, spowodowanej nieustającym krwotokiem.

„O godzinie 4-ej po południu dnia 4 kwietnia 1892 roku wezwany byłem przez kolegów do rodzącej, u której z racy krwotoku wykonany był obrót. Tułów dziecka jeszcze leżał pomiędzy biodrami chorej, znajdował się jednakże w związku z główką jedynie za pomocą cienkiego paska skóry. Pochwę znalazłem obrzmiałą, rozpulchnioną, fałdzistą, w górnej części dosyć ciasną; pod palcami płaczą się strzępy skóry szyi i sznurek pępkowy. Główka wysoko nad wejściem do miednicy. Do szczęki dolnej z trudnością po kilku zaledwie próbach dojść mogłem, leży od przodu, po za spojeniem łonowym, cokolwiek zwrócona w lewo. Do oczodołów jeszcze trudniej dosięgnąć. Oczywiście wskutek wadliwego wywiązywania tułowia, mocnych i pośpiesznych trakcyi nastąpiło zahaczenie podbródka o spojenie łonowe i oderwanie główki.

Z zewnątrz główka wyczuwa się jako ciało twarde, okrągłe, ruchome. Rodząca w wysokim stopniu niedokrwista, blada, osłabiona, tętno 120, małe, słabe. Krwotok dosyć znaczny istnieje wciąż.

Najpierw spróbowałem wydobyć główkę sposobem ręcznym. W tym celu wprowadziwszy dwa palce do jamy ustnej i uchwyciwszy za szczękę dolną, nadając odpowiedni kierunek pociąganiom, wykonałem kilka prób, lecz bez żadnego dodatniego rezultatu, a to z racy dosyć znacznego zwężenia miednicy.

Nałożenie kleszczy zdawało mi się, że nie poprowadzi do zamierzonego celu, a to wskutek zwężenia miednicy, wysokiego stania i ruchomości główki; to też nie kusilem się w ten sposób ukończyć poród. Nie mówiąc już o nałożeniu kleszczy VAN-HUEVEL'a i przepiłowaniu główki na dwoje, ani też o cięciu cesarskiem, operacyach, dających się zastosować li tylko w klinikach, pozostawał jedyny środek w rękę: perforacya główki i nałożenie kranioklastu. Należało jednak wprzód obrócić główkę i ustawić ją w pozycji dogodniejszej dla wykonania przedziurawienia, ponieważ macica była mocno skurczoną i utrudniała manipulacyę, acz niechętnie musiałem się uciec do lekkiej narkozy chloroformem, poczem ręką, wprowadzoną do jamy macicznej, obróciłem główkę i wykonałem perforacyę. Chloroformowania zaprzestano, zwłaszcza, że krwotok wciąż był znaczny i tętno coraz słabsze. Po wydaleniu części mózgu za pomocą kateteru i wypłókiwania, nałożyłem kranioklast i zacząłem trakcyę, główka potrochu zaczęła się obniżać, resztki mózgu występować z czaszki przedziurawionej, ponieważ jednakże czulem, że jednocześnie kość czaszki, ujęta narzędziem zaczyna ustępować, zdjąłem kranioklast, chcąc go nałożyć pewniej. Podczas tej pauzy chora zaczęła szybko słabnąć, omdlewać, oddech stał się chrapliwym i szybko nastąpiła śmierć. Próby ręcznego wydobycia, perforacya unieruchomionej, acz tylko w pewnym stopniu z zewnątrz główki, przez ściany brzuszne, z konieczności zabrały dosyć czasu i nie mogły się odbyć z należytą, baczając na lichy stan chorej, szybkością, co w połączeniu z ustawicznym krwotokiem i niemożebnością zapobieżenia takowemu przed opróżnieniem jamy macicy stało się przyczyną fatalnego zejścia, zanim operacya ukończoną została“.

41) Szanowny kolega KAZIMIERZ DĄBROWSKI, w Mohylewskiej gubernii praktykujący, zakomunikował mi spostrzeżenie doktora KUPCZYKOWA. K. został wezwany do rodzącej w przypadku przewlekłego porodu, gdzie poprzednio wezwani lekarze dokonali dekapitacyi i ekstrakcyi tułowia, główki jednak płodu wydobyć nie zdołali. D-r KUPCZYKOW wy dobył główkę ręką bez użycia jakichkolwiek narzędzi, lecz po uśpieniu chorej chloroformem.

Dnia 24. XII. 1897 od Sz. kol. HEJDUKOWSKIEGO otrzymałem jeszcze jeden list, dotyczący № 31 kazuistyki przymownie zestawionej. Otóż kol. H. pisze: „U rodzącej w czasie operacyi namacałem w jamie macicy pętlę kiszek, z tego rozpoznałem *rupturam uteri*. Przy pierwszym śledztwie sądowem wezwany przez sędziego śledczego, jako ekspert, oświadczyłem, że śmierć rodzącej nastąpiła prawdopodobnie skutkiem pęknięcia macicy, że to pęknięcie nastąpiło prawdopodobnie do przybycia felczera, jak u rodzącej bóle zupełnie ustały, a poród nie postępował skutkiem *rupturae uteri*. Otoczenie wtędy zaniepokoilo się i wezwało felczera; że felczer ciągnąc płód zupełnie zgniły łatwo główkę urwał; że ta manipulacya felczera nie wywołała pęknięcia macicy i nie była przyczyną śmierci rodzącej“.

Otóż, jeżeli Sz. kol. H. po wezwaniu do rodzącej postawił rozpoznanie *rupturae uteri*, wypada mi cofnąć przypuszczenie, że może być pęknięcie macicy nastąpiło dopiero podczas wydobycia przez niego z macicy główki urwanej.

Z drugiej strony sam kol. H. nie przypisuje pęknięcia macicy manipulacji operacyjnej felczera X., czyli jesteśmy w zgodzie co do zapatrywania, że nie ma żadnych a żadnych danych po temu, aby felczera X. oskarżyć o wywołanie śmierci rodzącej przez nieudatną operację położniczą, przez niego dokonaną.

42) Ś. p. nieodżałowany praktyk i kolega JAWUREK [Listy z Wyskitek. Tygodnik Lekarski. 1863, p. 107] opisał również przypadek urwania główki *sub partu*:

„Pod miasteczkiem B., przywołana niby akuszerka do kobiety rodzącej, zastawszy główkę dużą, dość słabe bóle i nie mogąc doczekać się porodu, zamiast wezwać pomocy lekarza do założenia kleszczy, zrobiła [nie wiem, jakim prawem] obrót na nóżki i wydobyła płód aż po głowę tylko, która wyjść nie chciała. Podwoiła więc swoje usiłowania, a rezultat był ten, że oderwała tułów od główki, który już tylko trzymał się na skrawku skóry. Wtedy rzekła sobie: „dosyć“ i odjechała, zostawiwszy chorą własnemu losowi. Przyjechawszy do chorej wycieńczonej nazajutrz, nie miałem ochoty prawie zaczynać operacji. Wzmocniwszy ją nieco, jednak rozpocząłem, a każdy z doświadczonych kolegów ocenić potrafi, co kosztuje pracy wydobyć wolnej już w macicy główki. Perforator z koroną trepanową, w środku której wysuwalny świder [LEISRINCK'a] wyświadczył mi tym razem nieocenioną przysługę, posłużył bowiem zarazem do umocowania główki. Przynajmniej tym razem praca nie była daremną, bo chora, jak otrzymałem wiadomość, ma się lepiej“.

43) Kolega KOBYLŃSKI [Tyg. Lekarski. 1857, p. 162], w Luebbenhofie w Liffandy zamieszkały, opisał spostrzeżenie następujące: „Głowa w macicy“. Kolegę K. wezwano do rodzącej i pokazano mu tułów dziecka w szyi od główki urwany przez kobiety, które za nóżki przodujące próbowały dziecko z łona matki wyciągnąć. „Obejrzawszy kadłub płodu, nie mogłem temu wierzyć,“ pisze autor, „albowiem cięcie noża ostre tuż ponad barkami dało się dokładnie rozeznawać“. Autor, wprowadziwszy lewą rękę do macicy przez szyjkę miernie sterczącą, chwycił dwoma palcami za szczękę dolną, a prawą ręką, uciskając na brzuch, próbował główkę wycisnąć z macicy.

Kolega K. więc chwycił się innego sposobu. Ustrugał drążek mocny, w połowie przewiązał go sznurkiem i próbował go wprowadzić przez otwór zatylkowy do głowy, ale i ten sposób do niczego nie doprowadził. Po wyczerpaniu wszelkich pomysłów kol. K. nareszcie chwycił się leków i dał pigułki z wyciągu piołunu nie tyle licząc na działanie lekarstwa, ile dla robienia nadziei, a tem samem dla zapobieżenia innym środkom chłopskim, zwykle szkodliwym, jak w obecnym przypadku było widać. Trzeciego dnia dreszcze, bóle peryodyczne, gorączka silna, przy tych bólach główka *sponte* wyszła i ku zdumieniu kol. K. położnica szybko wyzdrowiała, a 11-go dnia łóżko opuściła. Kol. K. w końcu zaleca użycie piołunu dla pobudzenia skurczów macicy, przytaczając spostrzeżenie własne, w którym rodząca nie pozwoliła mu rękami wydobyć łożyska, a takowe po 24 godzinach po użyciu piołunu w pigułkach, co kwadrans po 4 grany, samo wreszcie wyszło.

44) F. NEUGEBAUER 4. I. 1898 zgłosiła się do mnie 25-letnia Mich. R., która 1½ roku temu rodziła pierwsze dziecko. Wskutek naderwania szyi macicznej w rogu lewym ust, sięgającego aż na sklepienie pochwy, powstało zapalne nacieczenie, zatem bliznowata retrakcyja szyjki *versus latus sinistrum*. Poród był ciężki, podług opowiadania pacjentki, trwał całą dobę, wody odeszły przedwcześnie, położenie płodu było poprzeczne. Jeden z lekarzy miał próbować obrotu, przyczem jedna rączka wypadła, następnie wezwano kol. STANKIEWICZA, który *sub narcosi* dokonał obrotu i wydobyl tułów dziecka, lecz ten odgłówki w szyjce podczas ekstrakcyi się oderwał. Kolega S. pozostałą w macicy główkę wydobyl narzędziami. Cała operacyja położnicza miała trwać 2 godziny.

Dodaję do tych spostrzeżeń jeszcze wzmiankę o przypadku sądowo-lekarskim: jakoby urwanie główki 8-miesięcznego płodu przez samą rodzącą, który skłonił kolegę REWOLIŃSKIEGO, a następnie THUGUTTA do krytycznego rozpatrywania ekspertyzy sądowej.

Kolega REWOLIŃSKI w roku 1854 opisał w Tygodniku Lekarskim № 31, p. 241—244. „Przypadek sądowo-lekarski oderwania główki przy porodzie“.

„17-letnia panna, włościańskiego stanu, przy rodzicach zamieszkała, po zatajonej brzmiennosci, w nocy z 27 na 28 maja, będąc podobno w 8 miesiącu ciąży, poród odbyła. Ostatniego jeszcze dnia oddawała się pracy, a na noc, jak zwykle, poszła do swej sypialnej komory. Matka spała w izbie, sienią od komory oddzielonej, ojciec nocował w stodole. Około północy porwały ją bóle i wkrótce, leżąc w łóżku, rodzić poczęła. Ze wstydu i bojaźni niczyjej pomocy nie wzywała, lecz sama, pragnąc poród jak najprędzej ukończyć, gdy główka wyszła, ujęła takową oburącz i ciągnąc z całej siły główkę urwała. Następnie gdy kałuż z członkami w przeciągu kwadransu z niej wyszedł, główkę wraz z miejscem wrzuciła do sadzawki, a kałuż z członkami zakopała w komorze. Zrana, gdy ją do wstania naglono, wymówiła się, że jest chorą i cały dzień w komorze przeleżała. Następnego dnia jednak do zwykłej wzięła się pracy.

W dniu 30 maja soltys na zasadzie krążących po wsi wieści, przybrawszy kobietę, trudniącą się odbieraniem dzieci, zaszedł do mieszkania Wiktoryi Z. w celu sprawdzenia pogłosek o ukrytym przez nią porodzie. Wiktorya Z. przyznała się zaraz, iż porodziła dziecię i sama je przyniosła z komory, utrzymując najprzód, że urodziło się nieżywe, bez głowy i że głowa w niej pozostała; później zaś, że główkę ciągnąc urwała. To ostatnie zeznanie i w sądach potwierdziła; przy poszukiwaniu w sadzawce znaleziono tylko miejsce [Akta]“.

Przy oględzinach trupa dziecka z przyczyny znacznego gucia nie sposób było rozpoznać, czy kałuż był urznięty, czy urwany.

Przy badaniu późniejszym w więzieniu w Kalwaryi, Wiktorya Z. zeznała najwyraźniej, że poród u niej odbywał się nóżkami i że ciągnąc za nóżki, główkę dziecięciu oderwała, poczem główka sama z niej wkrótce odeszła.

Kolega R. w artykule swoim rozpatruje dane ekspertyzy sądowej i podejrzewa, czy nie inna osoba, może matka, przyszła w pomoc Wiktoryi Z. w chwili porodu, czy możebnem jest oderwanie przodującej lub następującej

główki przez samą rodzącą chociażby ugniętego płodu nieczesnego oraz wiele innych kwestyi i przychodzi do wniosku, że w tym przypadku właściwie śledztwo władzy niczego nie wyjaśniło co do przebiegu samego porodu, a nawet, czy główka nie została może oderzniętą lub ukręconą w pierwszych chwilach po urodzeniu dziecka.

Kolega THUGUT na str. 289—291 tegoż tomu Tygodnika Lekarskiego zabiera głos w tejże samej kwestyi. „Co się dało wyrozumować o przypadku oderwania główki przy porodzie, opisanym w № 31 Tygodnika Lekarskiego z r. b.?”

Kol. TH. wnioskuje, że niewątpliwie pierwsze zeznanie Wiktoryi Z. było prawdziwe, że dziecko rodziło się nóżkami, że głowa urwana — a może i ucięta? [TH]—w niej pozostała i później odeszła sama. Kol. TH. przychodzi do tego wniosku, ponieważ Medycyna Sądowa uważa urwanie przodującej główki za niepodobieństwo ¹⁾, urwanie zaś główki następującej jest faktem znany. Dalej kol. TH. wnioskuje, że w chwili porodu dziecię wcale nie było nadgniłe. Piąty z wniosków kol. TH. brzmi, że główka była prawdopodobnie nie urwaną, a na równi z barkami uciętą, a szósty, że ucięcia tego musiała dokonać osoba inna i że pewne podejrzenie o współudział w dokonanym czynieniu pada na matkę Wiktoryi Z..

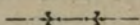
Uważałem za stosowne dodać jeszcze te kilka spostrzeżeń odnośnych do pracy mojej w r. z. ogłoszonej. Sądzę, że przypadki urwania główki następującej są o wiele częstsze, niż się to zdaje; sądząc podług podręczników położniczych,—pozorna rzadkość polega jedynie na tem, że rzadko tylko tego rodzaju fakty bywają opisywane z przyczyn łatwo zrozumiałych, chyba że wynikała z takiej dekapitacji przypadkowej sprawa sądowo-lekarska. Z kwestyą zatrzymania w macicy główki po naumyślnej lub przypadkowej dekapitacji, łączy się ważna dla praktyka kwestya postępowania dla wydobywania główki w macicy pozostałej, którą pozwolę sobie rozpatrzyć w innem miejscu.

Szanownych Kolegów uprzejmie upraszam o łaskawe zakomunikowanie mi spostrzeżeń odnośnych własnych lub przezemnie dziś pominiętych, a nie wątpię o tem, że szybko wzrośnie znacznie spis tego rodzaju zdarzeń, dotychczas mało opisywanych.

¹⁾ Go się tyczy poglądu, aby urwanie główki było nieznanym w praktyce faktem i niepodobieństwem, jest on mylny, gdyż są znane przypadki urwania główki przodującej przy stosowaniu ekstrakcji kleszczowej w przypadkach nadmiernej patologicznej objętości talłowia, brzucha płodu i t. d., patrz: P. MÜLLER'S „Handb. d. Geburtsh. II Bd. II Th. Stuttgart 1889: OTTO KÜSTNER p. 676“, który pisze: „wird dann am Kopfe gezogen, so werden schliesslich die Halswirbel zerrissen, eventuell der Kopf auch ganz abgerissen. OLSHAUSEN w takim przypadku, w którym tułów tylko jeszcze przez powłoki skórne z główką był połączony, takowe przeciął, a następnie dokonał obrotu na nóżkę i wydobył kadłuba dziecka.

J. NEUMANN: „Dystokie in Folge abnormer Vergrößerung des kindlichen Bauches“. [Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. III. 1896, p. 243] również opisał urwanie główki przodującej przy ekstrakcji kleszczowej, tak samo ESSER [Centralbl. f. Gyn. 1896. Nr. 12] urwał kleszczami główkę przodującą 6-miesięcznego, nałmierniegniętego, zniekształconego płodu i dla wydobywania kadłuba dokonał cięcia cesarskiego].

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

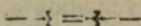


O TAK ZWANEJ CHOROBIĘ BARLOW'A.

[Synonimy: *Rhachitis acuta*, *rhachitis haemorrhagica*, *scorbutus infantilis*, choroba MOELLER'a, choroba CHEADLE-BARLOW'a, *cachexia osteo-periostalis*, *periostitis scorbutica*, „*Scorbutartige Erkrankung rhachitischer Säuglinge*“).

Opracował

Stanisław Kamiński.



W 1883 r. T. BARLOW miał w Towarzystwie Lekarskiem Londyńskim odczyt o „przypadkach opisywanych jako krzywica ostra, a będących prawdopodobnie kombinacją skorbutu i krzywicy, w których skorbut jest pierwiastkiem zasadniczym, krzywica—zmiennym“ (17). Pracę swą oparł autor na 31 spostrzeżeniach, z których 11 było jego własnych, w ich liczbie w 2 przypadkach zrobiono sekcję.

Choroba przedstawiała się w sposób następujący (17 i 37). Zjawia się ona zwykle między 9—18 miesiącem życia, choć widziano i wcześniejszy jej wybuch nawet w 4-ym miesiącu. Zwykle mamy do czynienia z dziećmi, dotkniętymi krzywicą.

Dziecko dotychczas zdrowe i dobrze wyglądające, zaczyna blednąć i objawiać pewien niepokój, bez żadnej widocznej przyczyny. Niepokój ten zjawia się z początku tylko przy poruszaniu i dotykaniu dziecka, przewijaniu go, podnoszeniu na ręce, kąpaniu i t. p.

Dzieci, które zaczęły już chodzić, przestają i oduczają się tej czynności. Pochodzi to stąd, że kończyny [początkowo tylko dolne] są bardzo bolesne przy dotykaniu, tak bolesne, że dzieci krzyczą wprost, gdy się do nich zbliżać. Dlatego to badanie takich dzieci połączone jest z wielkimi trudnościami i otoczenie dziecka bardzo niechętnie zgadza się na nie. Po paru dniach zrazu na jednej, później na drugiej kończynie dolnej zauważyć się daje obrzmienie o niewyraźnych granicach. Obrzmienie to, jeżeli dotyka obu kończyn, zwykle nie jest symetrycznym, t. j. leży wyżej na jednej kończynie niż na drugiej. Obrzmienie to zwykle zaczyna się od linii nasadowej kości długiej i przechodzi na trzon jej, rozszerzając się naokoło. Ma ono wygląd walcowaty, rzadziej stożkowaty, jest twarde i elastyczne. Skóra na niem jest napięta i błyszcząca, nie jest prawie nigdy czerwona, ani cieplejszą, niż na zdrowych członkach. Podczas tego okresu choroby dzieci trzymają zwykle nogi w zgięciu, uda zbliżone do tułowia, kolana ku górze. Stopniowo obrzmienie kończyn powiększa się, zjawia się nieraz obrzęk stóp. Położenie kończyn dolnych w tym okresie choroby zmienia się; dziecko nie zgina ich już, lecz trzyma wyprostowane i skrzyżowane na zewnątrz. Równocześnie zjawia się osłabienie w kręgosłupie, tak, że dziecko ani się podnieść, ani usiąść nie może. Mamy więc obraz bezwładu rzekomego (*pseudoparalysis*). W tym okresie daje się również zauważyć obrzmienie na łopatkach i zmiany w kończynach górnych, które jednak nie dosięgają tego stopnia, co w dolnych. Obrzmienie wystąpić może na ramieniu, lub przedramieniu i przytem bardziej symetrycznie, niż na udzie i goleni.

Końce stawowe kości są zwykle zdrowe; w cięższych jednak przypadkach na linii nasadowej wyczuwamy trzeszczenie, oddzielenie się nasady od trzonu. Ciekawe zjawisko obserwować można wtedy na klatce piersiowej: mostek, i przyczepiające się doń chrząstki i końce kości żebrowych zapadają się ku tyłowi, jakby złamane przez uderzenie i wypchnięte. Oprócz tych zmian w kościach długich, siedliskiem sprawy chorobowej mogą być i kości płaskie: zgrubienia zjawiają się na sklepieniu czaszki, na niektórych kościach twarzy.

Dość częstymi są również zmiany w gałkach ocznych, mianowicie wysadzenie na zewnątrz jednej lub obu gałek ocznych, obrzęki i krwotoki w powiekach górnych, a także na łącznicy.

Z innych objawów najbardziej wpada w oczy niedokrwistość, tem większa im więcej kości jest zajętych. Z postępem choroby skóra przyjmuje barwę ziemistą, zjawiają się obfite wynaczynienia na skórze. Tkanka tłuszczowa zanika w nieznacznym stopniu, dlatego to takie dzieci nawet w późniejszych okresach choroby nie są bardzo wychudnięte. Natomiast osłabienie jest bardzo silne, a to skutkiem zaniku mięśni. Ciepłota ciała albo jest prawidłową, co ma zwykle miejsce podczas trwania choroby, albo też podniesioną o 1—2°, gdy powstaje nowe ognisko chorobowe w kościach; w czasie przebiegu choroby ciepłota spada nieraz poniżej normy.

Bardzo ciekawem jest w tej chorobie zachowanie się dziąseł. Zależnem jest ono od tego, czy istnieją zęby, czy nie. Jeżeli zębów jest dosyć, wtedy dziąsła obrzmiewają znacznie i nieraz w jamie ustnej sterczy guz sino-czerwonej barwy. Obrzmienie to krwawi, owrzadza się i zjawia się *foetor ex ore*. Jeżeli zębów jest mało, wtedy objawy ze strony ust są mniej wybitne; jeżeli zębów niema, to dziąsła nie przyjmują udziału w chorobie. Oprócz objawów w jamie ustnej, zwykle niema innych ze strony przewodu pokarmowego, bardzo rzadkim zjawiskiem są krwawe stolce. Obserwowano również krwawienia z nosa, krwawy mocz, wylewy krwawe w opony mózgowy. Są to jednak na ogół przypadki rzadsze.

Co się tyczy przebiegu choroby, to albo wywołuje ona silne wyniszczenie i dziecko umiera wkrótce, zwłaszcza jeśli zjawi się powikłanie, np. zapalenie oskrzeli, płuc i t. p., albo też choroba ma przebieg przewlekły z nawrotami i obostrzeniami i ciągnie się przez miesiące całe. Wogóle jednak trwa ona bez leczenia 2—4 miesiący. Najprzód zmniejsza się obrzęk części miękkich. Wtedy jasno występuje na jaw zanik mięśni i wyczuć się daje naokoło trzonu kości długich obrączka, wytworzona z nowo powstałej tkanki. Obrączka taka najczęściej wytwarza się na udzie, rzadziej na goleni. Nieraz miesiący całych potrzeba, aby obrączka ta wytworzona z masy kostnej wessała się. Dopiero gdy to nastąpi, dziecko powoli zaczyna poruszać kończynami. Gdy przebieg choroby jest pomyślny, nie pozostawia ona żadnych śladów; nawet złamania nasad wytwarzają nieznaczne tylko zgrubienie. Wraz z ustąpieniem zmian patologicznych w kościach poprawia się i stan ogólny: bezkrwistość, krwawienie, osłabienie i bóle znikają.

Anatomia patologiczna. Najwybitniejszym objawem anatomo-patologicznym są krwotoki podokostne. Na sekcji znajdujemy zawsze skrzep krwi między okostną i kością; skrzep ten zajmuje nieraz całą powierzchnię trzonu kości i sięga na dolną część nasady. Złamanie zwykle ma miejsce w dolnej linii nasadowej kości długiej. Powierzchnia odłamków jest ostra i chropawa, nigdy jednak nie mamy drobnych odłamków kostnych. Nieraz zgrubienie nasad kości, a także wolne wytwarzanie się kostniny świadczą o istniejącej krzywicy kości. Niekiedy okostna oddzielona przez skrzep od kości wytwarza nową warstwę kości. Ma to miejsce zwłaszcza na kościach płaskich: łopatec i czaszce. Skrzep krwi pod okostną oprócz włókniaka zawiera czerwone i białe ciała krwi, komórki wędrujące i śródbłonkowe, cza-

sami nowowytworzone naczynia. Jama, wytworzona przez skrzep, ma zwykle formę wrzecionowatą, z największym wymiarem pośrodku trzonu kości. Skrzep z czasem rozpada się i wtedy ma on barwę czekoladową. Sama okostna jest zwykle przekrwiona, zgrubiała, lecz drobnowidz nie wykrywa w niej nacieczenia drobnokomórkowego. Niekiedy sama kość jest scieżczatą, nadzartą, zanikają nie tylko powierzchowne warstwy kości, lecz i przegródki w niej i wtedy w samej kości powstają jamy o wyzartych brzegach. Ma to miejsce zwłaszcza wtedy, gdy krwotoki powstają w samej kości, lub w przypadku złamań nasady. Krwotoki nieraz zdarzają się również w szpiku kostnym.

Mięśnie bywają także siedliskiem krwotoków, znajdujemy w nich albo drobne wynaczynienia, albo też większe skrzepy krwi. Prócz tego tkanka mięśniowa zwykle jest obrzękła i wypełniona surowiczo-galaretowatą masą.

Siedliskiem zmian powyższych bywają, jak to już mówiliśmy, przeważnie kości długie, a więc kończyny i żebra, choć nieraz mamy wylewy krwawe na łopacie, sklepieniu czaszki, kościach oczodołów i t. d..

Te zmiany patologiczne objaśniają nam objawy, spostrzegane w życiu. Brak stałej gorączki odpowiada brakowi zmian zapalnych w narządach. Niedokrwiłość pochodzi z mniej lub więcej obfitej utraty krwi. Łatwość złamań objawia się niewytwarzaniem się masy kostnej wobec oddzielenia okostnej od kości, a także krwotokami wewnątrz masy kostnej i zniszczeniem przegródek kostnych. Wyczuwane za życia twarde obrączki naokoło kości odpowiadają nowo-wytworzonej z okostnej — kości. Wypuklenie gałek ocznych jest następstwem zebrania się krwi pod okostną kości oczodołowych.

Leczenie jest przedewszystkiem dyetetycznem. Zasada się ono na odstawieniu pożywienia sztucznego [rozmaitych surogatów mleka, a także mleka wyjałowionego] i podaniu czystego mleka, *purée* z kartofli z mlekiem, soku mięsnego, a także soku owocowego z winogron lub pomarańcz. Przy tem leczeniu, zwłaszcza jeżeli dziecko będzie przeniesione na świeże powietrze, objawy choroby znikają nieraz bardzo szybko.

Z danych etyologicznych, tyjących się powyższego cierpienia, wiadomo, że zjawia się ono zwykle u dzieci, mających dobre warunki higieniczne: a więc dobre mieszkanie, obfite i wyszukane, choć nieodpowiednie pożywienie, słowem, u dzieci rodziców zamożnych. CHEADLE (8), który przed BARLOW'em opisał trzy przypadki skorbutu u dzieci, jest zdania, że jest to choroba, zdarzająca się najczęściej wśród klas zamożnych, a to dla tego, że dzieci ubogie dostają bardzo wczesnie pożywienie mieszane, a przedewszystkiem kartofle, którym autor przypisuje wysokie własności antyskorbutyczne. Tak więc przyczyną choroby jest brak świeżych pokarmów, przedewszystkiem roślinnych. BARLOW podziela to zdanie i do niego właśnie przystosował swoją terapię skorbutu dziecięcego.

Na zasadzie swoich spostrzeżeń doszedł BARLOW do następujących wniosków: 1) Charakterystyczne objawy zajmującej nas choroby: cierpienia kości, wyniszczenie i t. d., nie są następstwem krzywicy, lecz skorbutu. 2) Zmiany anatomo-patologiczne polegają na wylwach krwawych pod okostną i one to głównie powodują bezkrwiłość i inne objawy. 3) Choroba ta najczęściej się zdarza u dzieci, dotkniętych krzywicą. Stopień tej ostatniej nie gra żadnej roli pod względem usposobienia do choroby i natężenia jej objawów. 4) Choroba ta przechodzi i bez leczenia; najbardziej skutecznymi są środki antyskorbutyczne. 5) Należy porzucić nazwę „krzywica ostra“ i przyjąć „skorbut dziecięcy“. Ten ostatni tem różni się od skorbutu u dorosłych, że głównem siedliskiem wylewów krwawych są kości.

Jeżeli BARLOW wystąpił przeciwko nazywaniu opisanej przez niego choroby „ostrą krzywicą“ to pochodziło to ztąd, że przed nim opisywano nieraz przypadki, mające identyczny, albo bardzo podobny przebieg pod względem

klinicznym i opisywano je pod nazwą „krzywicy ostrej“. Pierwszy, który opisał powikłanie krzywicy przez skorbut, był PORTAL, cytowany przez MONFALCON'a (1). Spostrzeżenie to jednak ma nader odległy stosunek do zajmującej nas choroby. Dotyczyło ono dziewczynki dziesięcioletniej ze śladami przebytej krzywicy. Miała ona obrzęk kolana, wylewy krwawe na skórze, bóle w kończynach i w całym ciele, obrzęk i krwawienie z dziąseł, umarła na skutek biegunki. Że skorbut może się zjawiać u dzieci starszych, jest to rzecz znana; że nieraz może on występować u dzieci, mających krzywicę, jest to rzecz bardzo zrozumiała wobec częstości tej choroby, u dzieci; z opisu jednak wspomnianego przypadku nie widać bynajmniej nawet odległego podobieństwa do choroby BARLOW'a, ani też do tego, co przed nim nazywano krzywicą ostrą. SAM MONFALCON dał swemu opisowi, nagłówek następujący: o stosunku, jaki zachodzi między krzywicą a skorbutem; przypadek krzywicy skorbutycznej. Zupełnie więc niezrozumiałem jest, dla czego L. FUERST (33) przyznaje MONFALCON'owi pierwszeństwo w opisanu choroby BARLOW'a.

Pierwszym który użył terminu „krzywica ostra“ był SIEBEL (2). Przyjmuje on dwie formy krzywicy: ostrą i przewlekłą. Pierwsza z nich ma być chorobą całego ustroju; druga miejscową chorobą kości. Odróżnia on w ostrej krzywicy 3 okresy: 1) okres złego odżywiania (*cachrophia*): zaburzenia w trawieniu [wymioty, biegunka, wzdęcie brzucha], pragnienie, częstość tętna [140] i oddechania. Mocz reaguje kwaśno, zawiera wiele fosforanów, nieraz białko. Zjawiają się obfite poty i pod wpływem nich i biegunki dzieci chudną, mają wygląd starczy. Choroba albo dalej posuwa się, albo też po kilku tygodniach następuje polepszenie i poty znikają, odżywianie się poprawia, biegunka ustaje i dziecko wyzdrowiewa. Po wyzdrowieniu albo niema żadnych śladów choroby [zmian żadnych również możemy nie znaleźć na sekcji], albo też pozostaje pewne skrzywienie i zgrubienie kości. 2) Okres zaniku mięśniowego. Dziecko leży spokojnie z wyciągniętymi nóżkami, krzyczy przy poruszaniu i dotykaniu, przytem dziecko jest wychudzone, głównie wskutek zaniku mięśni. 3) Okres choroby kostnej: występują zwykle objawy krzywicy w kościach.

Ten opis ostrej krzywicy, nie ilustrowany żadnymi danymi kazuistycznymi, grzeszy nadmiernym szematyzmem, a przytem jest bardzo niejasnym. Okres pierwszy niczem się nie różni od przebiegu przewlekłych biegunek u dzieci; okres drugi — wychudnięcia i zaniku mięśniowego może towarzyszyć wszelkim chorobom przewlekłym, ból zaś nieraz jest objawem nie tylko ostrej, lecz i przewlekłej krzywicy, okres zaś trzeci — niczem się nie różni od przejawów zwykle spostrzeganej krzywicy przewlekłej. To też zarówno obraz kliniczny krzywicy przewlekłej, jak i podział jej na okresy, zarysowane przez SIEBEL'a, nie przyjęły się wcale.

Głównym przeciwnikiem SIEBEL'a był RITTER VON RITTERSHAIN (3). Krzywica, twierdzi on, rozwija się nieraz bardzo szybko, czasami zaś bardzo wolno, wogóle zaś mamy do czynienia z przypadkami, rozwijającymi się ze średnią szybkością. Nie widzi więc potrzeby wprowadzania nazwy „krzywicy ostrej“, jako oddzielnej formy chorobowej. Przyznaje, że krzywica powstać może na skutek zaburzeń w trawieniu, lecz uważa, że dopiero znane zmiany w kościach upoważniają nas do postawienia rozpoznania krzywicy. Jest to punkt widzenia, który dotychczas utrzymał się w nauce.

W tym samym mniej więcej czasie bo w r. 1859 i 1830 ogłosił MOELLER dwie swoje prace o ostrej krzywicy (4). Opisał on 5 przypadków choroby, którą nazwał krzywicą ostrą. Rozbiorem tych przypadków zajęć się nam wypadnie bardziej szczegółowo, gdyż prace MOELLER'a są powodem tego, że powstał spór o istotę choroby BARLOW'a i że jedni [szkoła niemiecka] chcą widzieć w niej pewną odmianę krzywicy, krzywicę ostrą, „chorobą MOELLER'a“, jak ją nazywa HIRSCHPRUNG (35); inni [szkoła angielska] — skorbut dziecięcy.

Trzy pierwsze przypadki MOELLER'a są bardzo podobne do siebie. U dzieci, mających 1—3 lat, z których dwoje karmione były sztucznie, jedno zaś miało matkę suchotnicę, nastąpiło nadzwyczaj szybko zgrubienie końców stawowych kilku naraz kości. Zgrubieniu temu towarzyszyła silna bolesność, zwiększająca się przy uciskaniu, tak, że „miało się wrażenie zapalenia kości“. Dzieci unikały wszelkich ruchów. Po zatem stan bezgorączkowy, objawy niedokrwistości, zaniku mięśni i brzuch wzdęty. Po kilku tygodniach zgrubienia na kości znikły, nie pozostawiając żadnych śladów. U jednego tylko dziecka, które umarło wskutek wycieńczenia, dolne nasady goleni i kości strzałkowej były aż do śmierci zgrubiałe i bolesne przy dotykaniu.

Czwarty przypadek był następujący: Dziecko 15-miesięczne z niezarośniętymi ciemiączkami i różańcem na żebrach stało się słabem, apatycznym, zaczęło kaszlać. Tętno było bardzo małe i szybkie [140]; ciemiączko napięte i tętniące; z nosa wyciekał płyn wodnisto krwawy; obustronne wypuklenie gałek ocznych. Śmierć nastąpiła wskutek wyczerpania. Sekcja wykazała: wynaczynienie na wewnętrznej powierzchni kości czołowej i ciemięcych; wylew krwawy w oczodołach, kości długie nie były zgrubiałe; okostna nieprzekrwiona, natomiast kości zaczerwienione, gąbczaste, naczynia w nich rozszerzone.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

22. Buttersack. O skrzepach krwi, powstających w naczyniach włosowatych.

W kwietniu 1896 r. ogłosił drukiem prof. LITTEN pracę: „O wałeczkach we krwi.“ Jako jeden rodzaj wałeczków, spotykanych we krwi, opisał kilka zlepek blaszek Bizzozero. Twory tego rodzaju zauważył był przed laty kilku jeszcze BUTTERSACK we krwi chorych na blednicę (*chlorosis*). Przy niejednokrotnem badaniu krwi u tych samych chorych miał on wrażenie, że ilość takich wałeczków zmniejsza się przy poprawie ogólnego stanu, a zwiększa się przy pogorszeniu. Uderzała go głównie forma zlepek, w postaci wałków, co nasywało myśl, że muszą one powstawać w drobniutkich rurkach, zatem w naczyniach włosowatych, bo samo zwiększenie ilości blaszek Bizzozero we krwi było niejednokrotnie przedtem opisane przy różnych cierpieniach, zwłaszcza w blednicy [HAYEM]. Jeżeli tylko wogóle ilość blaszek jest powiększona i jeżeli wzrasta w nich skłonność do wzajemnego zlepiania się, to jedynie od wielkości i trwałości tych zlepek zależy obszar, w jakim ulegną zatankaniu naczynia krwionośne. Zakrzepy żyłne w blednicy były opisywane. Ze stanowiska ogólnej patologii skrzepy, składające się z blaszek Bizzozero i powstające w naczyniach włosowatych, niczem się nie różnią od powszechnie znanych obecnie innego rodzaju skrzepów krwi. Atoli znaczenie ich dla ustroju inaczej się musi wyrażać. Ponieważ małe te skrzepy składają się z niewielu małych tworów, luźno z sobą połączonych, więc też ulegają natychmiastowemu rozproszeniu, skoro siła działająca na nie z zewnątrz większą będzie, aniżeli ich siła sklejania się. Zjawisko to zauważone było przez Bizzozero, EBERTH'a, SCHIMELBUSCH'a, gdy po zdjęciu przewiązki z naczynia, skrzep blaszek natychmiast unoszony był przez potok krwi. Nietrwałość i skłonność do rozpadaania się skrzepów z blaszek mogła być powodem, że wałeczki te uchodziły uwadze badaczy, co staje się zrozumiałem, jeżeli przytomimy sobie, jakiemu postępowaniu ulega badana krew przy robieniu preparatów. Żeby uniknąć zniszczenia delikatnych skrzepów, BUTTERSACK przenosił kropelkę krwi na szkiełko, ostrożnie ją rozmazywał, wysuszał i na sucho

oglądał przez drobnowidz. Trwały skrzep krwi, zatkawszy większe naczynie, pozbawia na dłuższy czas dowozu krwi cały obszar, przez dane naczynie odżywiany. Nie ma tego działania skrzep z blaszek, gdyż jest nietrwały i wobec szerokiego gałęzienia się naczyń włosowatych może wywoływać tylko zwolnienie krwiobiegu w naczyniach włosowatych, upośledzając najsubtelniejsze procesy odżywiania tkanek. Jeżeli jednak pomyślimy, że w drobnocielnej części krwi chorej na blednicę skrzepów takich znajduje się bardzo dużo i że liczniejsze ich występowanie wiąże się z pogorszeniem ogólnego stanu, to wywiązuje się konieczność uznania związku przyczynowego między obrazem ogólnym choroby i zjawiskami w naczyniach włosowatych. Obniżone zdolności czynnościowe pojedynczych organów bez grubszych zmian anatomicznych wskazują oczywiście na niedostateczne odżywianie ich. W ostatnich latach przyczyny niedostatecznego odżywiania szukano w braku barwnika krwi, skąd nazwa *oligochromaemia*. Trzeba również uwzględnić i zaburzenia krwiobiegu w naczyniach włosowatych, spowodowane przez tworzenie się skrzepów z blaszek. Jako przykład zastosowania tej nowej teorii do obrazu blednicy może posłużyć rozbiór stanu fizyologicznego panny z blednicą, będącej na wieczorze tanecznym i mającej duże powodzenie. Osoba, która dnia poprzedniego była apatyczna, senna, skarżyła się na ból głowy i t. p., po przetańczeniu paru walców, podniecona zabawą—wygląda ożywiona, różowa, ból głowy znikł. Cóż się stało? Oto przy wzmożonej działalności serca dużo przeszkód w krwiobiegu zostało usuniętych. Następnego dnia po balu czynność serca wraca do stanu zwykłego i poprzednie dolegliwości występują w całej pełni.

Jako częste powikłanie blednicy przytaczają wrzód okrągły żołądka. Wrzód w żołądku zdarza się również po silnych oparzeniach i po przerzutowych zatkaniach tętniczek w żołądku. Ztąd wniosek, że i przy blednicy powstawanie wrzodu można wiązać z zaburzeniami krwiobiegu w naczyniach włosowatych. COHNHEIM o wrzodzie żołądka powiada, że nietylko wymaga wytłumaczenia sposób powstawania wrzodu, ile uporeczywość jego trwania. Przyjmując teorię tworzenia się skrzepów z blaszek, możnaby poniekąd wytłumaczyć tę dziwną uporeczywość wrzodu żołądka, bo gdzie raz tkanka uległa urazowi, zniszczeniu, tam istnieją warunki do ciągłego dalszego tworzenia się drobnych skrzepów.

Zwiększenie ilości i sklejanie się blaszek Bizzozero spotyka się przy różnych stanach chorobowych i nie jest znamiennem dla blednicy. W każdym razie zjawisko to, równie jak *oligocythaemia* i *oligochromaemia*, jest częścią tych nieprawidłowości w zakładaniu podwalin układu krwionośnego i płciowego, jakie podnosi VIRCHOW. Występowanie zaburzeń i przypadłości, właściwych blednicy w okresie dojrzewania płciowego, staje się bardziej zrozumiałem.

Tadeusz Korzon.

(*Zeitschrift f. klin. Medic. Tom XXXIII, zeszyt 5 i 6, str. 456*).

23. Peiper. Przyczynek do symptomatologii pasożytów zwierzęcych.

Autor opisuje przypadek o bardzo ostrych objawach mózgowych u dziecka, które szybko wyzdrowiało po kilkakrotnem użyciu oleju rycynowego z santonią, co spowodowało wydalenie z ustroju kilkunastu glist. Z powodu przypadku opisanego autor zastanawia się nad związkiem przyczynowym między tego rodzaju objawami nerwowymi a obecnością w przewodzie pokarmowym pasożytów. Większość autorów widzi tu zjawisko odruchowe: podrażnienie mechaniczne, jakie wywołują robaki obecnością swoją w kiszkach, działanie na nerwy czuciowe, jakie wywierają swymi narządami czepnymi, oraz swoistymi ruchami w jelitach i odbytnicy mogą według tego poglądu spowodzić niezwykłą pobudliwość ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. Drgawki, zaburzenia świadomości, niepokój nocny, swędzenie ciała, ślinotok,

upadek odżywiania, niedokrwistość i inne stany podobne u chorych takich są rozpatrywane zazwyczaj jako wynik tego oddziaływania.

PEIPER, nie odmawiając racjonalności temu pogładowi, wypowiada nie nowy, co prawda, ale inny sposób widzenia. Przytacza on w tym celu liczne dane kliniczne przedewszystkiem dotyczące glist (*ascaris*). Powodowały one wybitny teżec tylny (*opisthotonus*); w innym przypadku niepokój ogólny, sny trwożące, drgawki płasawicze, rozszerzenie źrenic, zapadnięcie gałek ocznych, znaczne wychudzenie; 13-letni chłopiec zmarł przy objawach wodogłowa ostrego, jednocześnie młodszy brat zachorował przy podobnych objawach, ale powikłanych nadto całkowitem porażeniem lewostronnem, pozostali członkowie rodziny tej mieswali bóle w brzuchu; u starszego chłopca badanie zwłok wykazało wodogłowie wewnętrzne, a w kiszce biodrowej kolosalny pęk splecionych ze sobą glist; młodszy wyzdrowiał z chwilą, gdy kilkanaście askaryd opuściło organizm po odpowiedniej dawce santoniny. Innym razem silne napady drgawek z utratą przytomności, szczękościsk, nieruchomość źrenic ustąpiły po wydaleniu 7 wnetrzaków. EMINGHAUS opisuje przypadek melancholii i ostrego obłądu, uleczonego po wypędzeniu z ustroju glist.

Tak wybitne zaburzenia najprawdopodobniej powstają wskutek działania toksyn lub leukomain, wytworzonych przez wspomniane pasożyty. Inny szereg spostrzeżeń bezpośrednio zdaje się dowodzić słuszności tego zapatrywania. Nieraz notowano u osób, zajmujących się badaniami glist ludzkich, ostry nieżyt nosa, obrzmienie mięska łzawego, zapalenie łącznicy, silne łzawienie, swędzenie ciała, obrzęk palców i t. p. Przy rozcinaniu świeżych osobników czuć gryzącą, swoistą o właściwościach pieprzu woń, a płyn wyciśnięty z nich i zastrzyknięty królikowi sprowadza ciężkie objawy chorobowe, przyczem 2 cm. jego mają wystarczać do zabicia królika.

Podobne, aczkolwiek mniej wybitne zaburzenia, sprowadza tasiemiec, a dotyczy to w mniejszym stopniu *taenia solium*, w większym—*taenia nana*.

Niedokrwistość złośliwa, jaką często obserwujemy u ludzi z brózdogłówcem, prawdopodobnie wynika z tych samych powodów: jakaś substancja, której bliżej nie znamy, działa niszcząco na krew, albo na narządy krwiotwórcze. Ciężkie stany anemiczne przy chorobie noszącej miano *ankylostomiasis*, też trudno sobie wytłumaczyć bezpośrednio działanością krwiossącą tych wnetrzaków wobec znacznych zdolności odtwórczych, jakie krew posiada i stosunkowo nieznacznym jej utrat. Mocz tego rodzaju chorych ma nawet zawierać jakąś ptomainę, wywołującą u królików daleko idącą niedokrwistość.

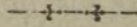
Bąblowiec zawiera też prawdopodobnie jakąś substancję jadowitą. Po pęknięciu guza takiego lub nawet tylko po próbnym przekłuciu występują nieraz objawy ogólne: pokrzywka swoista, duszność, sinica, wyprysk, bóle w stawach i t. p., czasem widzimy utratę przytomności, napady zbliżone do padaczkowych, nawet śmierć. A zdarzało się to nieraz w tych przypadkach, w których nie było żadnego ropienia, a pęknięcie tylko bardzo nieznaczny wylew krwi powodowało, tak, iż objawy wspomniane można było tylko przypisać wessaniu płynu, zawartego w guzie. Doświadczenia, nad psami, nawet nad ludźmi czynione, zdają się też wprost przemawiać na korzyść tego poglądu.

Przebieg kliniczny cierpienia przy glistnicy (*oxyuris*), włóseniu krętym (*trichina spiralis*) i innych wnetrzakach też dostarcza autorowi dowodów dla uzasadnienia wygłoszonego zapatrywania, że jest rzeczą bardzo prawdopodobną, iż pasożyty zwierzęce zawierają, albo wskutek swoistej przemiany materii wydzielają substancje jadowite, które mogą oddziaływać szkodliwie na układ nerwowy i tworzenie krwi; jednakże tylko u pewnej ilości osobników, dotkniętych takim cierpieniem, objawy te klinicznie zatrucia dają się stwierdzić; warunków tego zjawiska bliżej nie znamy.

A. Lande.

(Deut. med. Wochen. № 48. 1897).

Przegląd bibliograficzny.



Odpowiedź na krytykę mego dzieła p. t.: „Zagadnienia ogólne z teoryi nauk lekarskich“, podaną przez prof. J. NUSSBAUMA w № 3 Gazety Lekarskiej.

„Il y a assez de lumière pour ceux, qui ne désirent que de voir, et assez d'obscurité pour ceux, qui ont une disposition contraire“.

Pascal.

Lubię często stawiać sobie pytanie, jakim w tej lub innej okoliczności postąpił, lub jakim taką lub inną kwestyę rozwiązał. Otóż zadawałem sobie także pytanie, jakim też postąpił, gdyby kto inny napisał „Zagadnienia“, a redakcja któregokolwiek pisma prosiła mnie o napisanie o książce tej recenzji. W takim razie starałbym się przedewszystkiem odnaleźć w tej książce myśl przewodnią, szukałbym idei, które stanowią kwintessencję całego dzieła. Odnalazłszy takie zagadnienia i myśli, rozbieierałbym je szczegółowo, gromadząc możliwie wszystkie fakty, przemawiające za lub przeciw; rozpatrywałbym je z każdej strony i taką tylko analizę podałbym czytelnikowi do osądzenia, unikając wszelkimi siłami subiektywnych uwag. Autor nie usłyszałby odemnie ani pochwały, ani nagany; ale, sądzę, byłby mi bardzo wdzięczny za szczegółowy rozbiór swej pracy. Możebym ja źle tę pracę zrozumiał, możebym to i owo nie tak, jak należy, przedstawił; to też posłuchałbym uważnie, co autor na moją analizę odpowie, czy sprostowania jego będą dla mnie przekonujące. Wynikłaby ztąd poważna wymiana myśli, bardzo pouczająca i dla autora, i dla recenzenta i, co najważniejsze, dla czytelników. Nauka ma inne zadania, aniżeli sztuki piękne: dla krytyki artystycznej dzieło stanowi utwór sztuki, w którym być mogą pewne zalety i pewne braki, zadaniem więc krytyki jest wyszukiwanie tych braków i zalet; dla nauki zaś autor i jego dzieło są rzeczą obojętną, ciekawą jest tylko idea, jaką dzieło to wyraża, lub korzyść, jaką dzieło to przedstawia. Czy idea ta ma rację bytu, czy ma podstawy faktyczne—oto główne pytanie, które krytyka naukowa rozwiązać powinna.

Wydając „Zagadnienia“, podałem, jak sam tytuł wskazuje, wiązanek myśli, może nie zawsze nowych i oryginalnych, ale oświetlonych z jednego punktu widzenia. Dla krytyki naukowej recenzja tej książki była zadaniem wdzięcznym, każda myśl bowiem, w niej zawarta, to zagadka, która rozmaicie i zawsze zasadniczo może być rozstrzyganą. Gdzie należy umieścić punkt ciężkości: czy na sile, czy na materji, czy na funkcji, czy na narzędziu, czy na zaburzeniach funkcji, czy na zmianach narządu? Są to pytania nie tylko ciekawe, ale niesłychanie ważne w swem zastosowaniu praktycznym. Myślałem, że dosyć będzie rzucić te zagadnienia na stół nauki, aby wywołać żywą wymianę myśli, zaprzeczenia i dowody przeciwne. Myślałem tak i pomyliłem się. Zamiast szczegółowego rozbioru zasadniczych myśli mej pracy otrzymałem w darze bukiet „rażących błędów naukowych“, uszczekniętych na niwie mej książki i przewiązanych niteczką uznania.

Lecz stało się, rachować się trzeba z tem, co jest, a nie z tem, co być mógł! Prof. N. postawił sobie na celu wyszukanie w mojem dziele błędów naukowych, no i zebrał ich sporą garść. Nie roszczyć bynajmniej pretensyi

do gruntownej wiedzy biologicznej, ale, przeglądając usterki, zebrane przez mojego recenzenta, muszę przyznać, że większość ich polega na nieporozumieniu, tem dziwniejszem dla mnie, że znam prof. N., jako autora, któremu nie obce są: szeroki polot myśli i wykształcenie filozoficzne. Chyba tylko pośpiechowi i niedokładnemu wycytaniu się w me dzieło przypisać mogę to, co recenzent zaraz na początku mówi o celowości, karcąc mnie jako zwolennika teleologii i pouczając o tem, co należy pojmować pod nazwą celowości. Ja w prostocie swej spodziewałem się, że na mnie zewsząd spadną gromy za to, że śmiem zaprzeczać celowości w patologii, że choroba dla mnie to nie walka celowa, że natura nie leczy chorób, lecz one same ustają tak, jak ustaje ruch maszyny parowej, jeżeli ogień pod kotłem wygaśnie i pary zabraknie. W całym dość długim rozdziale [III] dowodzę uporczywie, że celowości musi ustąpić kiedyś z biologii tak, jak ustąpiła już z fizyki, jeżeli tylko postęp naszej nauki dojdzie do tego, że będziemy mogli wymierzać zjawiska życiowe. Tymczasem wszystko to przez recenzenta nie zostało uwzględnione, lecz na zasadzie małego ustępu, w którym twierdzę, że i teoria ewolucji DARWIN'a nie jest pozbawiona pewnego pierwiastku teleologicznego, muszę wysłuchać zarzutu, że nie pojmuję, co to jest teleologia.

W całym wykładzie, jaki recenzent podaje następnie o celowości, widzę znowu nieporozumienie. Recenzent zna tylko jeden rodzaj celowości antropomorficznej. Nie przeczę, lecz nawet dowodzę sam, że ten rodzaj celowości był źródłem całego pojęcia, lecz później został z nauki stanowczo wyłączonym i tuła się tylko w jednej metafizyce. W nauce miejsce jego już oddawna zajęła inna obstrukcyjna, że tak powiem, celowość, stanowiąca dopełnienie przyczynowości i wynikająca z odwrotnego rozpatrywania zjawisk. Rozważając skutek jako zjawisko oderwane, skończone, możemy ten skutek uważać za cel osiągnięty, przyczynę za środek, do tego celu prowadzący. Niewątpliwie jest to punkt zapatrywania się, który da się pogodzić z przyczynowością, a nawet w pewnym stopniu może ją dopełniać, jeżeli przyczynowość nie jest ściśle ustanowiona. To też w fizjologii, a częściej jeszcze w patologii z taką obstrukcyjną, lub, jak recenzent chce, z pozorną celomością często się spotykamy. Nie jestem ja zwolennikiem podobnego tłumaczenia zjawisk życia, ale przyznaję, bo przyznać muszę, że ten punkt zapatrywania się może być zasadniczo broniący¹⁾. Są w nauce zagadnienia, w których człowiek tem więcej trudności znajduje, im więcej je zgłębia.

Takie zagadnienia z pozoru tylko są błahe i łatwe do rozwiązania; są one jak gładka powierzchnia wody, co jednakowo kryje i płytkie mielizny i niezmierzone głębie oceanu. Trzeba dopiero pracować nad niemi, aby przekonać się, co one w głębi zawierają. Otóż do takich niezmiernie trudnych problemów teorii poznania należy niewątpliwie i problemat celowości. Gdyby recenzent mój uważnie się nad tą kwestyą zastanowił, z pewnością nie rozstrzygałby jej jednym zamachem, a mnieby oszczędził niesłusznej wymówki. Miecz ALEKSANDRA rozcina węzeł gordyjski tylko w życiu praktycznym, w sferze zaś myśli i nauki wikła go jeszcze więcej.

Lecz wróćmy jeszcze do kwestyi: czy rzeczywiście teoria DARWIN'a usunęła celowość z biologii? Otóż, mojem zdaniem, DARWIN ze swoją teorią doboru naturalnego usunął z biologii [co podnoszę w rozdziale 1-ym części

¹⁾ Brak miejsca nie pozwala mi tu uzasadnić szczegółowo powyższego poglądu. Uczyniłem to w rozdziale III, Części 1-jej mojego dzieła. Mogę również wskazać na następne źródła, gdzie recenzent znajdzie mniej więcej podobne zdanie: SIGWART—Logik T. II wydanie z r. 1878. str. 213 i następne WUNDT—Logik T. I. wyd. z roku 1893. str. 631 i dalsze, LANGE, Historia materializmu T. II-gi, a z prac przyrodniczych: VIRCHOW, Vier Reden über Leben und Kranksein 1862 i PFLÜGK Die teleologische Mechanik der lebendiger Substanz. 1877 r..

II-ej] celowość antropomorficzną, ale nie mógł usunąć celowości obstrukcyjnej, gdyż tego nie dokona żadna teoria. Teleologiczny pogląd na świat jest następstwem braków w faktycznym materiale nauki i dopóki w biologii nie będziemy mogli dowodzić, że na zjawisko A., rozważane jako skutek, składa się taka a taka ilość przyczyny a, taka a taka ilość przyczyny b, i przyczyny c i t. d., dopóty spóldziałania tych różnych przyczyn dla wywołania jednego skutku nie będziemy mogli dokładnie na zasadzie samej przyczynowości zrozumieć. Przy takim braku celowość zawsze będzie uzasadnioną, gdyż ona, bądź co bądź, tłumaczy nam to, czego determinizm mechaniczny dziś jeszcze nie jest w stanie wytłumaczyć.

Niech mi recenzent tego za złe nie bierze, ale wbrew temu, co on dowodzi, ja wciąż twierdzić będę, że w teorii ewolucji DARWIN'a istnieje pierwiastek teleologiczny. Taka walka o byt jest w pewnym stopniu pojęciem celem: byt jest celem, a walka środkiem, dążącym do tego celu. W tym względzie zgadzam się w zupełności z WUNDER'em, który tak o tej kwestyi mówi: *Wenn viele Anhänger der Darwin'schen Theorie behaupten, durch dieselbe sei auch für das Gebiet der Entwicklungserscheinungen die teleologische Betrachtung widerlegt, so ist dies irrig. Gerade der wesentlichste Bestandtheil dieser Theorie, der Hypothese des Kampfes ums Dasein, ist durchaus teleologischer Art, ja es ist ein grosses Verdienst Darwins gezeigt zu haben, wie Zweckvorstellungen als causale Momente in den Verlauf der thierischen Entwicklung einzugreifen vermögen*“.

Przechodzę obecnie do drugiego zarzutu, jaki mi prof. N. czyni. Twierdzi on, że w rozdziale VI-ym, omawiając przystosowanie i teorię DARWIN'a, popełniłem błąd, przyjmując skutek za przyczynę, błąd, znany w logice pod nazwą *petitio principii*. Ja zaś, przegląając uważnie odpowiedni ustęp recenzji, sądzę, że właściwie recenzent sam popełnił tutaj błąd, który logika nazywa pomieszaniem terminów. Termin przystosowanie może być pojętym w znaczeniu obszernem tego wyrazu i w znaczeniu szczegółowem. W znaczeniu szczegółowem możemy mówić o przystosowaniu bezpośrednim i przystosowaniu pośrednim. Pod nazwą bezpośredniego przystosowania pojmiemy przystosowanie, dokonane za pośrednictwem doboru naturalnego i doboru płciowego. Otóż ja w rozdziale VI-ym mojego dzieła mówię tylko o przystosowaniu bezpośrednim i dopiero w końcu tego rozdziału rozbiegam przystosowanie pośrednie w tej postaci, jak ono było podane w teorii DARWIN'a. Poczynając od pojęcia przystosowania, jako zasadniczego przejawu życia, przechodzę do przystosowania, jako czynnika kształtującego życie, jako czynnika ewolucyi. W całym jednak rozdziale ani na jotę nie odstępuję od pojęcia przystosowania bezpośredniego. Aby uniknąć możliwego tu zamieszania terminów, wyraźnie zaraz na początku rozdziału określam przystosowanie jako „zdolność jestestw żyjących odpowiadania zmianami na zmiany, zachodzące w otoczeniu“, i innemi słowy, jako „zdolność reagowania na przyplływ energii czynnej z otoczenia“. Określenie to podałem wyraźnie; wydrukowano je nawet rozstawionemi czcionkami.

Tymczasem recenzent przeoczył widocznie moje określenie i mówi o przystosowaniu w znaczeniu obszernem tego wyrazu, o przystosowaniu, jako skutku bez względu na przyczynę tej sprawy. Ztąd wynika nieporozumienie: ja twierdzę, że przystosowanie w tem znaczeniu, jak je określiłem, mianowicie bezpośrednio, było tylko częściowo przyznawane przez DARWIN'a, a odrzucone przez WALLACE'a i WEISSMANN'a i powiedziałem prawdę; recenzent zaś twierdzi, że „idei przystosowania nie odrzuca żaden darwinista“ i też ma rację, ale tylko w zastosowaniu do tego znaczenia, jakie sam nadaje terminowi przystosowania. Nie moja w tem wina, że recenzent mnie nie rozumie, ja zrobiłem to, co powinienem był uczynić: określiłem ściśle używany przezemnie termin, obowiązkiem recenzenta było przede wszystkim wniknąć w myśl au-

tora i nie mieszać terminów o różnym znaczeniu, a tem bardziej nie budować na takim zamieszaniu poważnego, mojem zdaniem, zarzutu, bo dotyczącego braku logicznego wyrobienia umysłu.

Kolejno przechodzę do trzeciego zarzutu, mianowicie do teoryi epigenezy WOLFF'a. I tu znajduję dziwne dla mnie nieporozumienie. Prof. N., przytaczając całe zdanie z mojego dzieła o teoryi WOLFF'a, podkreśla słowa moje, wyrażające myśl, że teorya ta opierała się na pewnego rodzaju samorodztwie i mówi następnie z całą stanowczością, że to jest błąd, że „teorya epigenezy WOLFF'a nie polegała na żadnego rodzaju samorodztwie. Otóż niech mi wybaczy recenzent, ale ja przy mojem zdaniu zostaję. Nie czytałem, co prawda, dzieła WOLFF'a (*Theoria generationis*, wyd. 1759), ale, bądź co bądź, zdania swego nie wysnułem dowolnie, lecz opieram go na poważnem źródle. W *Historii Medycyny HAESER'a* w tomie drugim jest dość obszerne streszczenie poglądów WOLFF'a, poparte cytatami z jego dzieł. Otóż na str. 54 dzieła HAESER'a znajdujemy następującą cytata z *Theoria generationis*: „*Omnis pars organica animalium primum excernitur inorganica, sive supperdilatur talis, atque deinceps, reliquias, quibus componitur organica, partes, tum quo ad figuram ipsam, nutritione consequenti conformatur*“. W powyższej cytacie zawarta jest kwintessencya teoryi WOLFF'a, z której widzimy, że początkowe wytwarzanie się istoty żywej autor ten tłumaczy sobie przez samorództwo z materyi nieorganicznej, jeżeli ta ostatnia znajduje się w obfitości i dopiero następnie przez odżywianie rozwijają się inne jej części i cała jej postać. Poczęcie więc, podług WOLFF'a, jest następstwem pewnego rodzaju samorództwa, jakby krystalizacyi z materyi bezpostaciowej, za jaką prawdopodobnie autor ten uważał nasienie.

Druga praca WOLFF'a „o przewodzie jelitowym“, wydana w roku 1768, która rzeczywiście opartą jest na szczegółowych spostrzeżeniach, a nie na spekulacyi, minęła, zdaniem HAESER'a, dla współczesnych niepostrzeżenie. O pracy tej świat naukowy dowiedział się dopiero od czasu, kiedy MECKEL przetłumaczył ją w 1812 r.. Wtedy już jednak zaczął się ogólny ruch doświadczalny w embryologii, zapoczątkowany przez PANDER'a i BAER'a. Miałem więc słusność, jeżeli twierdziłem, że okres zbierania faktów w embryologii zaczął się po śmierci WOLFF'a, na początku bieżącego wieku.

Tutaj nadmienić jeszcze muszę, że prof. N., zarzucając mi brak źródłowego opracowania rozdziału o dziedziczności, niesprawiedliwie krytykuje dzieło DELAGE'a, jako pracę nieudolną. Duże to dzieło, jakkolwiek trochę chaotyczne w układzie, zawiera, oprócz dziwacznych może teoryi samego autora, niezmiernie bogaty materiał erudycyjny, bądź co bądź krytycznie rozebrany. Teoretyczna i faktyczna strona dziedziczności opracowana jest w tem dziele znakomicie. Nie wiem, czy w całej literaturze znalazłoby się drugie dzieło, w któremby ten przedmiot był tak obszernie i nadewszystko wszechstronnie, jak w dziele DELAGE'a, rozebrany.

Do innych moich „rażących błędów naukowych“ recenzent zalicza następujący ustęp: „CIENKOWSKI zauważył, że gatunek ameby, vampyrella spirogyra napastuje tylko komórkę wodorostową; (*sic*) spirogyra przyczepia się do niej i wysysa jej zawartość“. I do tej cytaty załącza złośliwy docinek o żarłoczności komórki wodorostowej, o której nie słyszał jeszcze żaden biolog. Przedewszystkiem ustęp ten jest mylnie przytoczony; w tekście przed spirogyra niema średnika, lecz jest dwukropek. Dwukropek tu ma oznaczać, że komórka wodorostowa, do której ameba się przyczepia, nazywa się spirogyra. Cały błąd w tym ustępie polega na tem, że po spirogyra niema przecinka; został on podczas korekty przeoczony. Jeżeli postawimy przecinek, to ustęp inkryminowany brzmi, jak następuje: „CIENKOWSKI zauważył, że gatunek ameby, vampyrella spirogyra napastuje tylko komórkę wodorostową: spirogyra, przyczepia się do niej i wysysa jej zawartość“. No i ten marny przecinek nie

pozwoił recenzentowi zrozumieć całego ustępu i dał powód do naigrwania się z autora. Nie wiem, czemu to mam przypisać, widocznie wielkiemu pośpiechowi recenzenta i nieuwadze w czytaniu, bo przecież złej woli w tej sprawie ani na chwilę przypuścić nie chcę. Mimowoli przychodzi mi na myśl aforyzm PASCAL'a: *Il y a assez d'obscurité pour ceux qui ne désirent pas voir.*

Na szczęście dla recenzenta nie wszystkie błędy, podane w recenzji są tak „rażące“, jak wyżej przytoczony. Są tam i błędy rzeczywiste, dotyczą one luźnych faktów biologicznych. W rzeczy samej, dziwi się bardzo, jak mogłem tak błędnie opisać budowę protoplazmy, podaną przez BUETSCHLI'ego, tembardziej, że wiedziałem dobrze o jego doświadczeniach z mieszaniną oliwy i wody. Widocznie, zapędziwszy się w wykładzie i chcąc naocześnie przedstawić komorową, plastrową budowę protoplazmy podług nauki BUETSCHLI'ego, mimowoli wpadłem w błąd. Przyznaję również, iż źle zrobiłem, nie nadmienając w mem dziele o zmianach w poglądach WEISSMANN'a, jakie zaszły w ostatnim czasie. Nakonieć szczerze przyznaję się do winy, że w nomenklaturze gatunków pierwotniaków nie jeden błąd popełniłem; wina moja tutaj jest tem większa, iż w rzeczy samej systematyki pierwotniaków dobrze nie znam. Zapewne nie jeden podobny błąd w dziele mojem znaleźć się może. Jestem lekarzem, a nie specjalistą biologiem; pisałem teorię choroby, opartą na biologii, a nie podręcznik biologii: to więc niech mnie z tych błędów tłómaczy.

Na zakończenie tej odpowiedzi muszę wspomnieć, że mam żal do recenzenta, nie dlatego, iż mi wytknął błędy, gdyż nie jestem tak zarozumiałym, abym przypuszczał, że praca moja jest bez błędów, nie dlatego także, że w wielu rzuchach niesłuszne czyni mi zarzuty, gdyż nikt nie jest nieomylnym. Mam tylko żal do prof. N. za to, że przy swojej rozległej wiedzy i wobec ważności kwestyi, w Zagadnieniach poruszanych, nie uwzględnił wcale zasadniczych myśli i zbył recenzję szablonowym sposobem.

Wł. Biegański.

Wiadomości drobne.

— Do ogólnie znanych i niezbyt rzadko spostrzeganych objawów przy wiaździe rdzeniowym należą t. zw. przez francuzów „*crises*“. Owe *crises* dotycząć mogą narządów trawienia, oddechania, krwiobiegu i moczopłciowego. Prof. PEL w Amsterdamie miał sposobność spostrzegać napady, które proponuje nazwać *crises ophthalmiques*. Przypadek dotyczył 41-letniego mężczyzny, który choruje na wiaź rdzenia od 7 lat. W ostatnich tygodniach wystąpił u chorego następujący niebywały dotychczas zbiór objawów, mianowicie: nagle, silne bóle w obu oczach (*neuralgia ciliaris*), z bardzo krótko trwającymi przerwami, wkrótce potem silne łzawienie wraz ze światłowstrętem, patrzenie prawie zupełnie uniemożliwione z powodu skurczu powiek. Napad ten trwał 2½ godziny i skończył się nagle. Po 5 dniach nowy taki sam napad, trwający 1½ dnia; w kilkanaście dni potem 3-ci napad. Po napadzie wzrok dobry, jak przed napadem. 4-ty napad wystąpił w obecności PEL'a. Podczas napadu stwierdzono, prócz powyżej opisanych zjawisk, zaczerwienienie i obrzmienie białkówek i znaczną nadczulość oka i okolicy jego. Ostatni napad trwał około 3 godzin, poczem chory czuł się bardzo wyczerpanym. W godzinę po napadzie wzrok prawidłowy, pozostała tylko nieznaczna nadczulość oka i jego okolicy.

(Berl. kl. W. Nr. 2. 1898).

K. S.