

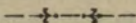
# GAZETA LEKARSKA.

## I. TĘTNICA CIAŁA SZKLISTEGO,

### ZMĘTNIE NIE U TYLNEGO BIEGUNA SOCZEWKI, JASKRA.

Napisal

**Zygmunt Kramsztyk.**



Nie chcę twierdzić, że przypadek, który opisuję, jest jedynym, że podobnych do niego nie ogłoszono, jest on jednak z pewnością bardzo rzadkim. Chorego znam od lat dziesięciu i widuję od czasu do czasu, w ostatnich latach rzadziej, gdyż mieszka obecnie daleko od Warszawy. W roku 1887 miał lat 22 i kończył wydział prawny na Uniwersytecie; zgłosił się do mnie z powodu bólów oka lewego; przed czterema laty po raz pierwszy oko zabolalo, a obecnie bóle wracają częściej, zawsze z wyraźnej przyczyny: po dłuższem czytaniu, przy zmęczeniu ogólnem, z głodu, albo zdenerwowania. Młodziem był wogóle bardzo wrażliwy, a przedewszystkiem na choroby oczu; ojciec jego bowiem cierpiał na jaskrę i wzrok zupełnie stracił. Młody pacjent był wcale nie źle oczytany w tym kierunku i objawy jaskry znał, jak okulista.

Oko prawe zdrowe, nadwzroczne [H.  $\frac{1}{24}$ ]. Po oświetleniu źrenicy oka lewego widać zmętnienie w środku tylnej torebki soczewkowej, kataraktę biegunową tylną; męt jest zupełnie okrągły, o niewielkiej średnicy, tak, że pomiędzy obwodem katarakty a brzegiem źrenicy widać pas okrągły czystej, oświetlonej, czerwonej źrenicy. Osobliwem i niezwykłym było zjawisko, jakie w tym obwodowym, czystym pasku źrenicy spostrzegłem: cienka czarna pręga, jakby czarna niteczka, mająca kierunek promienia, poruszała się w około, jak wskazówka zegara na cyferblacie, tylko że poruszała się nie w tym samym zawsze kierunku i z rozmaitymi prędkościami: raz poruszenia jej były zgodne z ruchem wskazówki zegarowej, a po chwili w przeciwną zwracała się stronę, a szybkość poruszeń zmieniała się bezustannie. Dna oka przez kataraktę i wązki pas czystej źrenicy nie dostrzegłem wyraźnie przy pierwszym obejrzeniu oka, a przynajmniej w notatce pierwszej wiadomości tych nie znajduję, siła widzenia była niewielka, ale ściśle podać jej nie mogę. Atropiny użyć nie chciałem ze względu na jaskrę, którą wreszcie raczej

pacjent podejrzewał; nie pozwoliłby on wpuścić atropiny do oka, bo wiedział dobrze, jak wrogo ten środek lekarski jest względem jaskry usposobiony.

Przyczynę bólów oka i głowy upatrywałem zrazu w cierpieniu zębów i poleciłem przede wszystkim tem się zająć; ale to leczenie nie sprowadziło pożądanego skutku, bo bóle wracały, choć niezbyt często i niezbyt gwałtownie. Gdy w tym czasie kokainę wprowadzono do praktyki, zaproponowałem choremu rozszerzenie źrenicy tym środkiem, na co się zgodził; źrenica rozszerzyła się dostatecznie, a tajemnicę czarnej ruchomej wskazówki dość łatwo rozwiązałem. Tuż po za soczewką, od samego jej środka, sterczała ku tyłowi w postaci łuku czarna cienka nitka; ze środka tarczy nerwu wzrokowego także sama nitka przebiegała ku przodowi. Przy odpowiednim nastawieniu można było dojrzeć cały środkowy przebieg tej nitki: mianowicie, umieszczając po za otworkiem wziernika wypukłe soczewki różnej łamliwości i zbliżając się, to oddalając od oka, można było dokładnie cały twór w jedno połączyć i objąć. Była to więc nitka, uczepiona jednym końcem u tylnego bieguna soczewki, drugim w środku tarczy nerwu wzrokowego i przebiegająca łukiem przez całe ciało szkliste; łuk miał krzywiznę dość znaczną, od kierunku linii prostej, cięciwy, bardzo daleką i około osi swojej bardzo łatwo i szybko poruszał się w bardzo płynnem oczywiście ciele szklistem. Nie można było już się wahać co do istoty owej nitki: była to tętnica ciała rzęskowego, która przetrwała w całym swoim przebiegu, gdy w innych, i to bardzo rzadkich, przypadkach, tylko jej ułamki pozostałe spostrzegamy. Był to więc obraz wziernikowy zarówno rzadki, jak zajmujący, bo zrazu przedstawiał się jako zagadka do rozwiązania.

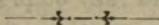
W r. 1889 nastąpiła w obrazie chorobowym wyraźna zmiana; p. J. przybył do mnie z powodu mocnego bólu głowy; komórka przednia była ciasna, gałka twarda. Napady takie od czasu do czasu powracają i podobno ustępują po kokainie. Dzięki rozszerzeniu źrenicy po kokainie mogłem dojrzeć tarczę zagłębianą. Zaleciłem ezerynę, która napad przerwała. Na irydektomię chory się nie zgadzał, wreszcie i wskazań naglących nie było: chory liczył palce zaledwie na parę stóp, a irydektomia tego stanu by nie polepszyła, już ze względu na samo zmętnienie soczewki. Męt stopniowo rozszerzał się, tak, że już wkrótce nie można było dojrzeć obrębka czystej źrenicy, a więc i tętnicy ciała szklistego. Oko lewe obecnie nie ma i uczucia światła, ale bóle nie powracają.

## II. PRZYPADEK „RUPTURAE VAGINAE SUB COITU”.

Podał

**Dr B. Finkielkraut,**

asystent oddziału.



Przypadki uszkodzeń pochwy bywają trojakiiego pochodzenia: 1) spotykamy je najczęściej przy porodach, czy to w połączeniu z pęknięciem macicy lub krocza, czy też oddzielnie; 2) jako następstwo urazu (*trauma*), mianowicie przypadkowego, lub umyślnego wprowadzenia do pochwy różnych przedmiotów i manipulacji nimi; wskutek upadku ciała na przedmioty ostrokończone, przy wprowadzaniu wzierników macicznych nieodpowiedniej wielkości i t. d.; 3) uszkodzenia pochwy mogą się zdarzyć podczas stosunków płciowych; te ostatnie należą do bardzo rzadkich zjawisk. Niektórzy autorowie, jak SŁAWIAŃSKI lub HOFFMAN, podają w wątpliwość pochodzenie tego rodzaju uszkodzeń; WINCKEL zaś twierdzi, że możliwe są tylko u dzieci lub młodych dziewcząt, i to wskutek różnych manipulacji, a nie usiłowań spółkowania.

MICHNOW w swej pracy <sup>1)</sup>, wymieniając bardzo szczegółowo i treściwie literaturę danego przedmiotu, podaje, po za własnymi dwoma, wszystkiego kilkanaście przypadków uszkodzeń pochwowych u dorosłych kobiet.

SCHAUTA wspomina o dwóch przypadkach <sup>2)</sup>; w jednym przypadku nastąpiło pęknięcie tylnej ściany pochwy u fizycznie rozwiniętej dziewczyny. Krwawienie bardzo obfite i nader groźne udało się powstrzymać przy pomocy tamponady. Drugi przypadek <sup>3)</sup>, obserwowany w klinice praskiej, dotyczy kobiety, u której podczas stosunku, dokonanego w półsiedzącej pozycji, nastąpiło pęknięcie także tylnej ściany pochwy. WARMAN <sup>4)</sup> podaje przypadek rozdarcia pochwy u kobiety 58-letniej.

Wogóle liczba przypadków nie przekracza 26. Rokowanie w przypadkach tego rodzaju jest prawie zawsze pomyślnem. Terapia nie przedstawia nic osobliwego. Przypadki te, każdy oddzielnie wzięty, mogą być pod względem etyologicznym bardzo pouczającymi.

<sup>1)</sup> Wrac. 1896 r. N-ra 24, 25

<sup>2)</sup> SCHAUTA. Lehrbuch der gesammten Gynäkologie. S. 477.

<sup>3)</sup> FRANK. Prager Medicin. Wochenschr. 1890. N-r 6.

<sup>4)</sup> WARMAN. Centralblatt für Gynäkologie. 1897. N-r 24.

Pozwalam sobie przeto przytoczyć tutaj spostrzegany przezemnie następujący przypadek.

Służąca Paulina P., lat 40, sprowadzoną została do szpitala dnia 13. X. 1896 r., wskutek nadzwyczaj obfitego krwawienia z narządów płciowych. Regularność zawsze prawidłowa, co cztery tygodnie, trzy—cztery dni trwająca. Chora kilka porodów odbywała zupełnie prawidłowo. Chora nadzwyczaj blada, prawie bez tętna. W nocy, opowiada ona, podczas snu została zgwałconą przez służącego; był to silny mężczyzna lat 26-ku. Podczas stosunku, który był bardzo burzliwym, poczuła silny ból w dole brzucha; zaraz potem zauważyła obfite krwawienie z narządów płciowych. Przy badaniu wyczuwamy pęknięcie tylnej ściany pochwy, tuż przy przejściu w lewą ścianę, pęknięcie, idące wgłąb i wzdłuż ściany aż do tylnego sklepienia, które jednak nie zostało uszkodzone. Macica mała leży od przodu, część pochwowa pośrodku. Ściany pochwy mało elastyczne, wiotkie, sklepienia płytkie. Części płciowe znajdują się wogóle w stanie zaniku starczego (*atrophia senilis*). Przy oglądaniu pochwy przez wzornik Sims'a znajdujemy błonę śluzową bardzo bladą; pęknięcie dość szerokie o równych brzegach biegnie, jakieśmy powiedzieli, wzdłuż tylnej ściany i głęboko. Po uprzedniej dezynfekcyi rany nałożono na nią szew ciągły, katgutowy, pochwę zatamponowano. Chora przebyła lekki nieżyt oskrzeli, wskutek czego nieco gorączkowała; czwartego dnia po operacyi dostała miesiączki, która trwała trzy dni. Rana zagoiła się *per primam intentionem*.

Pod względem mechanizmu przypadki uszkodzeń pochwy mogą się różnić pomiędzy sobą. Czynniki mechaniczne, działające w każdym oddzielnym przypadku, nie dają się sprowadzić do jednego mianownika. Czynniki te są:

1) Nieodpowiedni kierunek siły, wywieranej przez członek przy stosunku. Prawidłowo członek pomieszcza się wzdłuż tylnej ściany pochwy; przy tyłopochyleniu zaś macicy, lub też przy wykonaniu stosunku w półsiedzącej pozycyi macica opuszcza się w dół i ku tyłowi, pewna część ściany pochwy podlega wtedy nadmiernemu rozciąganiu, co sprowadzić może rozdarcie tylnej ściany pochwy, o którą się opiera członek *in statu erectionis*: w pierwszym przypadku w kierunku prostopadłym, w drugim—ukośnym<sup>1)</sup>. Dlatego też mamy najczęściej uszkodzenia tylnej ściany i w dodatku w górnej części.

2) Niedostateczny rozwój pochwy, lub kruchość jej ścian, jak to się zdarza przy zaniku starczym narządów płciowych.

3) Nieodpowiedni stosunek rozmiarów narządów płciowych u mężczyzny i kobiety; np. kolosalny wymiar członka w stanie naprężenia nawet przy zupełnie prawidłowej pochwie pod innymi względami może wywołać uszkodzenie pochwy [patrz przypadek Sicińskiego<sup>2)</sup>]; lub też krótka i mała pochwa, jak to bywa u dzieci lub kobiet w stanie przekwitania (*climax*), może być przyczyną tychże uszkodzeń.

4) Nader burzliwy stosunek przy nadzwyczajnem podnieceniu.

1) FRANK. Prager medicin. Wochenschrift, ibidem.

2) SICIŃSKI. Wracz. 1896. Nr. 26.

5) Podług WARMANA, ważnym czynnikiem podobnych uszkodzeń może być wzmożone, erotyczne podniecenie u kobiety przy poprzedzającej wstrzeмиęźliwości płciowej. Przy udziale tego czynnika, jako też podniecenia ze strony mężczyzny, ścianie pochwy grozi niebezpieczeństwo podwójnej siły, skierowanej przeciwko niej. Jako potwierdzenie jego orzeczenia mogą służyć, według WARMANA, następujące fakty: 1) większa część kobiet w obserwowanych przypadkach znajduje się w wieku, zbliżonym do przekwitania (*climax*) z właściwym sobie górującym podnieceniem erotycznym. 2) Uszkodzenia głębszych odcinków pochwy nie mają miejsca przy zgwałceniu kobiety, która zachowuje się w podobnym przypadku pod względem erotycznym zupełnie biernie. 3) Z pośród 26 obserwowanych przypadków żaden nie dotyczy prostytutki; podane są trzy przypadki zgwałcenia, a i do tych pod tym względem zachodzi pewna wątpliwość. Przytoczywszy poglądy kol. WARMANA, muszę nadmienić, iż po za oryginalnością widoczna jest w nich pewna przesada; wątpliwem wydaje się bowiem, aby czynnik, wyżej wzmiankowany, mógł wywołać uszkodzenie pochwy.

Analizując wogóle każdy oddzielny przypadek, musimy przyjąć, dla objaśnienia mechanizmu uszkodzeń pochwy, współdziałanie kilku czynników: tak np. w moim przypadku należy przyjąć pod uwagę głównie zanik części płciowych wraz z burzliwym wykonaniem stosunku, może nie bez udziału także erotycznego podniecenia ze strony poszkodowanej, aczkolwiek ta podaje, że gwałt uczyniono jej osobie.

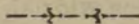
### III. KILKA UWAG O OBECNYM STANIE NAUKI O TĘŻCU Z POWODU PRZYPADKU TEJ CHOROBY, leczonoego surowicą.

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

Podał

**Wacław Męczkowski,**

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 5].

Zastanawiając się nad przypadkiem powyżej opisanym, winniśmy najprzód zwrócić uwagę na niezwykle jego przebieg, mianowicie na przewagę objawów rdzeniowych. Wprawdzie w tężcu mamy jad rdzeniowy: oddawna jako główną cechę tężca wymieniają wzmożoną pobudliwość rdzenia [z tą napady skurczów tężcowych, *opisthotonus*, *trismus*). W tym jednak razie mieliśmy nadto objaw podrażnienia korzeni tylnych [ból opasujący], a nadewszystko objawy ze strony dróg moczowych. W podręcznikach często znajdujemy wzmianki o trudnościach w oddawaniu moczu przy tężcu, mianowicie jego zatrzymaniu.

Przyczyn na to ma się składać parę. Naprzód, zdaniem ROSE'go (36), działają przyczyna mechaniczna: skutkiem skurczu tęczowego mięśni brzusznych daje się odczuwać brak udziału tłoczni brzusznej, co utrudnia oddawanie moczu. Następnie, ta sama sprawa, która ogarnia mięśnie tułowia, może objąć mięsień zwieracz pęcherza, skutkiem czego mięsień ten zostaje wprowadzony w stan skurczu [w ten sam sposób możnaby objaśnić sobie kurczowe naprężenie się prącia w naszym przypadku]. Tłómaczenie ROSE'go nie wydaje się nam dostatecznie przekonywającym, choćby ze względu na to, że wspomniane przez niego czynniki nie działają stale, lecz mogłyby grać rolę tylko w czasie napadów, a w przerwach między nimi byłoby dość czasu na oddanie moczu.

Zresztą naprężenie mięśni brzusznych, zjawiające się peryodycznie, powinno być raczej sprzyjać opróżnieniu pęcherza. Daleko prawdopodobniejszym chyba będzie przypuszczenie, że jad tęcowy, jako trucizna rdzeniowa, przy silniejszym zakażeniu może podziać na ośrodki lub drogi ruchowe pęcherza. Nadmienić wreszcie należy, że według SAHLI'ego (14) jad tęcowy wydziela się z moczem, ztąd drogi moczowe mogą być szczególnie narażone na cierpienie.

Cierpienia narządów moczowych występują w tęczu nie często. Z dość licznych przypadków z kazuistyki naszej i obcej, jakie przeglądałem, objaw ten zaznaczano bardzo rzadko. U nas wspomina o nim KORAL (43), a nadto w jednym przypadku, dotąd nie ogłoszonym, który spostrzegał kol. WŁAD. ŚWIĄTECKI, zatrzymanie moczu i rozciągnięcie pęcherza doprowadziło do pęknięcia jego.

Ostateczne zejście choroby w naszym przypadku interesującym jest i z innego względu. Śmierć nastąpiła 37-go dnia od wybuchu pierwszych objawów choroby, lecz właściwe napady tęcza ustąpiły już 26 dnia choroby, t. j. na 11 dni przed śmiercią. Pomimo więc, że przypadek pod względem przebiegu był bardzo ciężki, właściwe przypadłości tęcza zniknęły, a śmierć nastąpiła skutkiem powikłania [cierpienie dróg moczowych], pozostającego zresztą w związku genetycznym z cierpieniem zasadniczym.

W związku z tem pozostaje pytanie, co do wpływu wstrzykiwań surowicy tęcowej. Spostrzegając przypadek powyższy okiem zupełnie bezstronnem, wolni od uprzedzeń teoretycznych w jakimkolwiek kierunku, my, podobnie, jak i koledzy, którzy przypadek ten widzieli, nie mogliśmy byli nie zauważyć wyraźnej a stopniowej poprawy w następstwie wstrzykiwań. Czy w tym razie było *propter hoc*, czy też raczej tylko *post hoc* — wyrokować nie chcemy.

Tyle o naszym przypadku.

W literaturze polskiej znajdujemy tylko opis dwóch przypadków tęcza, leczonych surowicą, a ogłoszonych przez kol. L. RABKA (44) i DZIEDZIŃKIEGO (45). Nadto dzięki uprzejmości D-ra ANDERSA, JERZEGO BRUNNERA, A. CIECHOMSKIEGO, B. JAKIMIĄKA, ST. KURTZA i RAUMA jestem w możności zakomunikowania wyników leczenia w przypadkach, dotąd nieogłoszonych. Wyniki te podaję w poniżej pomieszczonej tabliczce.

Nr. porządkowy	Autor.	Krótki opis choroby do czasu stosowania surowicy przeciwężcowej [z uwzględnieniem płci, wieku chorego i okolicy kraju, w której zakażenie miało miejsce].	Okres wylegania [dni].	Którego dnia zaczęło wstrzykiwania surowicy, licząc od wybuchu pierwszych objawów tężca?	Ilość i rodzaj surowicy.	Przebieg choroby od czasu stosowania surowicy.	Działanie uboczne surowicy. Powikłania.	Zejście.	Badanie postmortalne
1	L. RABEK. [Klon. Lek. 1896. 15. XII Nr. 24].	6-letni chłopiec z Warszawy wbił sobie drzazgę pod paznokieć palca stopy. Po 7 dniach sztywność w kończynach. <i>Opisthotonus, trismus</i> , napady bardzo częste. Dziecko rachityczne. Przypadek ciężki	7	8	Ogółem 50 ctm. sz. z Instytutu PASTEUR'a: 8-go dnia 10 ctm. sześć. 9-go dnia 20 ctm. sześć. 14-go dnia 20 ctm. sześć.	Po pierwszym wstrzyknięciu bez zmiany; po 2-em ogólna wrażliwość znacznie się zmniejszyła, lecz napięcie mięśni bez zmiany Po trzecim napięcie mięśni zmniejszone, a jeszcze po 3 dniach zupełnie zniknęło.	W miejscu wstrzykiwań w ścianę brzucha powstał ropień, który należało przecinać.	Wyzdrowienie.	—
2	H. DZIEDZICKI. [Gazeta Lek. 1896. Nr 51].	13-letni chłopiec, upadając na ziemię [na wsi pod Jędrzejowem], skaleczył palec u ręki. 8-go dnia ból gardła. Nazajutrz sztywność—szczękościsk.	8	5	Ogółem 70 c. sz. z Inst. PASTEUR'a. 5 d. 20 c. sz. 6 " 10 " " 14 " 10 " " 17 " 10 " " 21 " 10 " " 26 " 10 " "	Stopniowa cięgiła poprawa Oprócz wstrzykiwań stosowano stale ławatywy z chloralu.	—	Wyzdrowienie.	—
3	Własne spektrzenie.	Gospodarz rolny, z pod Błonia gub. Warsz., lat 40 liczący, wbił sobie drzazgę w podszewę w pierwszych dniach sierpnia 1896. Pierwszo objawy 21. VIII. 1896, zaś od 23. VIII. napady niezmiernie częste. Przebieg bardzo ciężki.	przeszło 15	11	Ogółem 80 ctm. sz. z Instytutu PAST. 11 d. 10 c. sz. 13 " 20 " " 16 " 50 " "	Powolne, lecz stałe zmniejszanie się sztywności. 15-go dnia od pierwszego wstrzykn. napady zniknęły.	Bardzo wcześnie wystąpiły objawy cierpienia dróg moczowych.	†	Z mętnieniem opony miękkiej rdzenia; błądź i obrzęk opony miękkiej i samej istoty rdzenia <i>Cystitis dyphter. Nephritis ascendens.</i>
4	A. CIECHOMSKI, JERZY BRUNNER *) [przypadek nieogłoszony].	Wyrobnik z Warszawy, 34 lat liczący; w 9 dni po sparzeniu ręki III stopnia objawy tężca. Przypadek ciężki.	9	1	Ogółem 59 ctm. sz. z Instytutu PAST. 1 d. 4 c. sz. 2 d. 25 " " 3 d. 10 " " 4 d. 20 " "	Polepszenia nie zauważono.	—	†	—
5	JERZY BRUNNER *), [przypadek nieogłoszony].	Kobieta, 21 lat z Drewnicy [pod Warszawą] wbiła sobie drzazgę w stopę. Po 6 dniach napady tężca bardzo częste. Przypadek bardzo ciężki.	6	7	Ogółem 20 ctm. sześć. z Inst. PASTEUR'a.	Bez polepszenia, tego samego dnia śmierć.	—	†	—

Nr. porządkowy.	Autor.	Krótki opis choroby do czasu stosowania surowicy przeciwżółtej [z uwzględnieniem płci, wieku chorego i okolicy kraju, w której zakażenie miało miejsce.	Okres wyłączenia [dni].	Którego dnia zaczęto wstrzykiwanie surowicy, licząc od wybuchu pierwszych objawów żółci?	Ilość i rodzaj surowicy.	Przebieg choroby od czasu stosowania surowicy.	Działanie uboczne surowicy. Powikłania.	Zejście.	Badanie postmortalne.
6	RAUM [przypadek nieogłoszony].	Mężczyzna. Strzaskanie nogi. Na 7 dzień pierwsze objawy żółci.	7	1	Ogółem 40 ctm. sz. z Instytutu PAST. I d. 20 c. sz. 2 . 20 " "	Pierwszego dnia zmniejszenie trismus. Naza-jutrz napady cięższe. W nocy tegoż dnia śmierć.	—	†	—
7	St. KURTZ, [przypadek nieogłoszony].	Dziecko 5-miesięczne bez widocznej przyczyny zaczęło coraz trudniej chwycić pierś buzią z powodu niemożności otwierania ust. Po paru dniach trismus opisthotonus.	—	1	10 ctm. sześć. z Instytutu PASTEUR'a	Stopniowa, lecz stała poprawa. Po 6 dniach wyzdrowienie.	—	Wyzdrowienie.	—
8	Spostrzeżenie własne *) z oddziału niemowląt D-ra ANDEKSA w szpitalu Dz. Jezus.	U dziecka 7-dniowego bez widocznej przyczyny trismus, opisthotonus, napięcie mięśni brzucha, występujące napadowo.	—	1	10 ctm. sześć. z Instytutu PASTEUR'a.	Żadnej zmiany nie zauważono. Po 40 godzinach śmierć.	—	†	Makroskopowo zmian nieznaleziono.

Dane, przytoczone w powyższej tabeli, są, rzecz prosta, zbyt nieliczne, aby mogły w jakimkolwiek kierunku rozstrzygać o wartości leczniczej surowicy. Przytaczamy je w nadziei, że gromadzone w przyszłości materiały według pewnego szematu mogą przyczynić się do wyjaśnienia sprawy.

W końcu pozwolę sobie przytoczyć pewne wnioski, jakie zdołałem wysnuć z przeglądu literatury naszej i zagranicznej.

1) Żółca w Królestwie Polskiem, a zwłaszcza w okolicy Warszawy spotyka się znacznie częściej, niż w Galicyi i okolicach Krakowa, a także w Poznańskiem. Czy żółca nie jest rzadkością na Kaukazie?

2) Żółca nie jest tak rzadką chorobą, jak to dawniej wierzono, a nawet jak i obecnie wielu autorów sądzi.

3) Śmiertelność z żółcią, według naszej literatury, wynosi 56%. Cyfra ta może być bliższą prawdy, niż podawane przez autorów niemieckich, bo opiera się na spostrzeżeniach przypadków, sporadycznie występujących w przeciągu 79 lat.

4) Przewaga mężczyzn nad kobietami, pod względem częstości zapadania na żółca, jakkolwiek ujawnia się i według naszych danych, nie jest jednak

\*) Spostrzeżenia oznaczone gwiazdką będą ogłoszone drukiem.



tak rażąca, jak w innych statystykach. Gdy według innych statystyk stosunek wynosi 5:1, według naszej 13:7. Kto wie, czy i pod tym względem nasza statystyka nie będzie bliższą prawdy.

5) Śmiertelność w tężcu wśród kobiet jest wyższą, niż u mężczyzn i u kobiet 60%, u mężczyzn 53%. Wybitniejszą jest różnica śmiertelności u osób młodszych i starszych: śmiertelność u ludzi od 10 do 30 roku życia wynosi 31%, gdy u starszych od 30-go roku życia wynosi 31%.

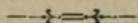
6) Ludzie młodszy między 10 a 30 rokiem życia zapadają na tężec daleko częściej niż starsi i stosunek pierwszych do drugich jest 29:11.

7) Nawet przy stwierdzonej pożyteczności wstrzykiwań surowicy przeciw-tężcowej narkotyki [morfina i chloral] są zawsze godne polecenia w tężcu.

8) Porażenie pęcherza w przebiegu tężca uważałbym za zależne od działania jadu na sam rdzeń.

9) Dotychczasowe statystyki leczenia surowicą tężca nie dają takich wyników, jak suwica przeciwbłonicza; w każdym jednak razie są zachęcające, bo zmniejszają śmiertelność o połowę.

## L I T E R A T U R A,



- 1) Dictionnaire des dictionnaires de Médecine — par une société de Médecins sous la Direction du D-r FABRE. Paris. 1841. VII. 473.
- 2) Z. DOBIESZEWSKI. Tężec ze szczękościskiem pow tały skutkiem nadużycia wódki. Medycyna. 1874. II. 453—469.
- 3) E. ROSENBLATT. Trzy przypadki tężca. Przegl. Lek. 1883. XXII. 301—324.
- 4) ŚCIBOROWSKI. Skołowacenie po ranie z ukąszenia. Pam. Tow. Lek. Warsz. XLVI. 107. Tyg. Lek. 1862. XVI. 303.
- 5) SORMANI. Verhandl. d. X internat. med. Congr. Berlin. 1890. Bd. 5. Abth. 15. p. 152. Cytow. według GÜNTHER. Einführung in das Studium der Bacteriologie 1893. str. 206.
- 6) LE BRUN. Tetanus et trismus. Wyleczenie. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1844. XII. 26.
- 7) PLACER. Kilka słów o wściekłości i wodowstręcie. Przegl. Lek. 1865. 162, 177, porównaj z. LORINSER. Wien. medic. Woch. Nr. 19. 20, 21. 1865.
- 8) NICOLAIER. Deut. medic. Woch. 1884. Nr. 52.
- 9) KITASATO. Zeitschr. f. Hyg. Bd. 7. 1889.
- 10) NAWROCZYŃSKI. O tężcu przewlekłym. Tężec jest chorobą zakaźną. Przegl. Lek. 1884. XXIII. 414.
- 11) CARLE e RATTONE. Giornale della R. accad. di Med. di Torino. 1884. Cyt. wedł. GÜNTHER. Bacteriologie. 1893. str. 203.
- 12) JERZY BRUNNER. O mniemanem fermentacyjnym działaniu toksyn. Medycyna. 1897. N-ra 27. 28. 29.
- 13) C. BRUNNER. Die bisherigen Resultate experimenteller Untersuchungen über die Art der Wirkung des Tetanusgiftes auf das Nervensystem. Deut. medic. Woch. 1894. Nr. 5.
- 14) SAHL. Ueber die Therapie des Tetanus u. ueber den Werth u. die Grenzen der Serumtherapie. Arbeiten aus Kliniken u. Medic. Institut. der Schweiz. 1895. III. H. 6. Basel.
- 15) Prof. GOLDSCHIEDER. Wie wirkt das Tetanusgift auf das Nervensystem? Zeitschr. f. klin. Medic. Bd. XXVI. H. 1 u. 2.
- 16) GUMPRECHT. Kritik der Neueren Arbeiten über die physiolog. Wirkung des Tetanusgiftes. Deut. medic. Woch. 1895. Nr. 42.
- 17) VAILLARD et ROUGET. Annales de l'Institut. PASTEUR. 1892. T. VI.
- 18) HEYSE. Deut. medic. Woch. 1893. Nr. 14; porówn. także WALKO. Ueber einen mit TIZONI's Antitoxin behandelte Fall von tetan. puerper. Deut. medic. Woch. 1896. Nr. 39.

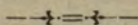
- 19) VAILLARD ET VINCENT. Annales de l'Institut. PASTEUR. 1891, p. 24.
- 20) Między inn. porówn. CARBONE e PERRERO. Sull'etiologia del tetano reumatico. R. Accad. di Medic. di Torino. 17. III. 95. Według VIRCHOW'S Jahresber.
- 21) BRONIKOWSKI. Ciągła narkotyzacja przy tężcu ciała ogólnym. Medycyna. 1881. IX. 708.
- 25) Prof. A. LE DENTU et prof. P. DELBET. Traité de Chirurgie. Paris. 1881. Prof. H. OPPENHEIM. Lehrbuch der Nervenkrankheiten Berlin. 1894.
- 23) SOMMER. Szczękościsk u podrzutków w szpitalu Dziec. Jezus. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1871. LXV, 134
- 24) DUDREWICZ. Szczękościsk rodzinny. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1845. XIII. 248.
- 25) EDWARD FLATAU i prof. GOLDSCHIEDER. O zmianach w komórkach nerwowych wskutek otruc i wysokiej ciepłoty. Kron. Lek. 1897. Nr. 9. IV. 97, a także EDW. FLATAU i prof. GOLDSCHIEDER. Tężec, surowica i komórki nerwowe. Kron. Lek. 1897. Nr. 14.
- 26) DOBRZYCKI. Przypadek długotrwałego tężca przyrannego, wstrzykiwaniami chlorku morfiny wyleczonego. Medycyna. 1882. X. 260.
- 27) KRASZEWSKI. Przypadek tężca traumatycznego. Medycyna. 1873. I. 421.
- 28) SYSAK. Przypadek tężca reumatycznego z wyleczeniem. Przegl. Lek. 1880. XXIX. 254.
- 29) J. WSZEBOR. Tężec przyranny, uleczoney za pomocą oziębienia kolumny kręgowej rozpylonym eterem. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1873. CXIX. 13.
- 30) J. WSZEBOR. Rana tłuczona głowy. Tężec przyranny. Działanie rozpylonego eteru i zastrzykiwań podskórnych kurary. Gaz. Lek. 1867. II. 586.
- 31) CZARKOWSKI. Przypadek tężca przyrannego z pomyślnem zejściem. Gaz. Lek. 1883. str. 125.
- 32) VAILLARD. Prophylaxie du tétanos par les injections préventives. La Sem. Médic. 1895. Nr. 29.
- 33) Prof. NOCARD. Sur la sérothérapie du tétanos. La Sem. Médic. 1865. Nr. 52. prof. NOCARD. Sérothérapie du tétanos chez le cheval. La Sem. Médic. 1897. Nr. 34.
- 34) SWERYN STERLING. Kartka ze statystyki Lekarskiej. Krytyka Lekarska. 1897. Nr. 2. Prof. ROSENBACH. Serumtherapie und Statistik. Münch. medic. Woch. 1896. N-ra 39, 40, 41.
- 35) FISCHER. Lehrbuch der allg. Chir. Stuttgart. 1887, st. 278—291.
- 36) ZIEMSEN. Choroby układu nerwowego, przekł. polski, str. 269—316.
- 37) RICHTER. Allg. Chir. der Schussverletzungen im Kriege 1377. S. 845.
- 38) FRANCISZEK WRÓBLEWSKI. Postrzeżenie choroby, kołowatością tylną zwanej, która po mocnem na grzbiet upadnięciu nastąpiła. Pamiętn. Tow. Lek. Wileńskiego. T. II, str. 113.
- 39) FRANZ. Tetanus im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 40. 11. 1895.
- 40) HEWLETT. The treatment of tetanus. The practitioner. 1895. Nr. 14.
- 41) HERBERT MARSON. The Lancet. 1895. 10. VIII [trzy powyższe cytaty według VIRCHOW'S Jahresberichte].
- 32) ENGELMANN. Zur Serumtherapie des Tetanus. Münch. med. Woch. 1897. N-ra 32, 33, 34.
- 43) KORAL. Przypadek t. zw. tężca z przeziębienia u 11-letniego chłopca. Medycyna. 1889. XV. 11. 721.
- 44) L. RABEK. Przypadek tężca przyrannego, leczony antytetanią. Wyzdrowienie. Kron. Lekarska. 1896. Nr. 24.
- 45) H. DZIEDZICKI. Przypadek tężca, leczony wstrzykiwaniami surowicy przeciwtężcowej. Gazeta Lekarska. 1896. Nr. 51.
- 46) Prof. TIZZONI u. D-r CATTANI. Weitere experimentelle Untersuchungen ueber die Immunität gegen Tetanus. Berl. klin. Woch. 1893. s. 1186, 1215, 1245, 1265.

## IV. W KWESTYI OBJAWÓW MÓZGOWYCH

### PRZY ZAPALENIU PŁUC U DZIECI.

Napisal

K. Ciagliński [Siedlce].



Względna częstość objawów mózgowych w początkowych okresach zapalenia płuc, szczególnie górnych płatów u dzieci, jest faktem bardzo znanym. Obserwowałem parę przypadków, wyróżniających się bądź formą, bądź natężeniem tych objawów, co nastęrczało pewne trudności dyagnostyczne; sam przebieg zaś podstawowego cierpienia przedstawia znaczenie ich prognostyczne w dosyć ciekawem świetle.

Dnia 12. XI. t. r. byłem wezwany do dziecka R.. Chłopczyk lat 4, bez objawów krzywicy, średnio odżywiany, przed kilku godzinami dostał nagle gorączki. W danej chwili ciepłota ciała, określona dotykiem, znacznie podniesiona. Tętno 130. Oddechów 40 na min.. Silne wypieki na twarzy. Nastrzyknięcie łąznic. Dziecko bardzo niespokojne. Wysypki na skórze, ani na gardzieli niema. W wewnętrznych narządach nic znaleźć nie można. Dn. 13. XI. do południa dziecko było spokojne i bawiło się. W chwili badania [godzina 5 po południu] ciepłota 40,0, tętno 130 napięte, rytmiczne, oddechów 40. Dziecko bardzo niespokojne, napół przytomne. Przykurczenie mięśni karku. Źrenice rozszerzone prawie *ad maximum*, równe, na światło oddziałują dosyć żwawo. Silne wypieki na twarzy. W obydwóch kończynach górnych, silniej wyrażone z prawej strony, drżenie ze zginaniem i rozginaniem palców: drgają całe grupy mięśniowe, jak przy płasawicy; oscylacje niewielkie, tak, że kończyny leżą na pościeli; przy ruchach biernych, którym pewien opór stawia napięcie mięśni, drgania wzmagają się. W kończynach dolnych nic szczególnego. Wymiotów nie było. Stolce obfite [po kalomelu]. Wysypki niema. W narządach wewnętrznych nic się nie znajduje. 14. XI. Rano dziecko spokojnie spało, teraz [12 godzina] podniecone. Ciepłota wysoka [na dotyk], tętno 130, oddechów 45. Mięśnie karku wolne. Źrenice równe, średnio szerokie, na światło reagują dobrze. Żadnych szczególnych objawów w kończynach. Wysypki niema. Przy perkussyi nad i pod grzebieniem prawej łopatki wyraźne stłumienie; przy wysłuchiwanu oddech pęcherzkowy; kaszel bardzo rzadki. 15. XI. Dziecko znacznie spokojniejsze, zupełnie przytomne. Kaszel nieco częstszy. Ciepłota 39,2, tętno 126, oddech 50 powierzchowny. Stłumienie wypukowe w wyżej oznaczonem miejscu bardzo wyraźne; oddech pęcherzykowy. Żadnych objawów ze strony układu nerwowego. 17. XI. Dziecko zupełnie przytomne i spokojne. Ze strony oczu, mięśni karku i kończyn żadnych objawów niema. Ciepłota 39, tętno 126, oddech 40. Dziecko kaszle bardzo mało. Stłumienie wypukowe, jak wyżej. Przy wysłuchiwanu nad grzebieniem prawej łopatki trzeszczenie i wydech oskrzelowy. W innych narządach zmian niema. D. 18. XI. wczoraj wieczór obfite poty, ciepłota 36,8,

tętno 84. Kaszel o wiele częstszy, krótki. Stłumienie, trzeszczenia i wydech oskrzelowy tylko na wyżej wskazanem miejscu.

19. XI. W nocy bardzo częsty kaszel, ciepłota bezgorączkowa, oddech oskrzelowy w miejscu, jak wyżej, słyhać słabiej, trzeszczeń więcej i wilgotniejsze; w innych częściach płuc zmian niema. Ogólny stan bez zboczeń.

Rozpoznanie szczytowego, krupowego zapalenia płuc wobec przebiegu choroby wątpliwości podlegać nie może. Wobec szybkiego i doszczętnego zniknięcia objawów mózgowych uznać je należy za czynnościowe; forma zaś tych ostatnich, przypominająca atetozę podwójną, nie wiem, czy w tych warunkach była obserwowaną. Zaznaczam przytem szybki i lekki przebieg cierpienia podstawowego.

Drugi przypadek, obserwowany przezemnie przed 8-iu laty na wsi pod Siedlcami u pp. W., dotyczy 4-letniej dziewczynki, która dnia 9 lutego 1889 r. wśród zupełnego zdrowia zaczęła się skarżyć na zimno i wkrótce dostała drgawek, poczem zupełnej przytomności nie odzyskała. D. 10. II. rano drgawki powtórzyły się. Po południu stan następujący: dziewczynka, z wyraźnymi oznakami krzywicy na żebrach i kończynach, odżywiana lichu, leży na wznak nieprzytomna. Żrenice średnio szerokie, równe, na światło oddziałują słabo. Dziecko lewą ręką skubie się po twarzy, lewą nogę zgina i rozgina. Obie prawe kończyny paretyczne: leżą nieruchome, po uniesieniu opadają bezwładne. Dziecko palcami ręki lekko ściska mój palec. Odruch podeszwy ledwo zaznaczony. Ciepłota 40,2, tętno 149 małe i miękkie. Przy badaniu narządów wewnętrznych tylko nieznaczne rżenia średnio-pęcherzykowe rozrzucone w obu płucach. Kaszel, podług otoczenia, teraz mniejszy, niż poprzednio. Pod wieczór niepełny powrót przytomności. D. 11. II. Rano znowu drgawki, po nich zupełna nieprzytomność. Ciepłota 41, tętno 160. Stan prawych kończyn, jak wyżej. Z prawej strony pod grzebieniem łopatki i nieco ku wewnątrz wyraźne stłumienie wypukowe, trzeszczenie, przy kaszlu wydech oskrzelowy. Kaszel o wiele częstszy, krótki, suchy.

D. 13. II. ciepłota 38,2, tętno 120. Chora zupełnie przytomna, prawemi kończynami rusza swobodnie. Objawy fizykalne w płucach, jak wyżej. Kaszel bardzo częsty, wilgotniejszy. D. 17. II. ciepłota 36,9, tętno 108. Przytomność zupełna. Ruchy we wszystkich kończynach prawidłowe. Ze strony oczu żadnych objawów. Na wyżej oznaczonem miejscu klatki piersiowej tylko lekkie stłumienie wypukowe i trzeszczenia; w innych punktach nie nieprawidłowego. Kaszel częsty, wilgotny. Chora od wczoraj zaniemówiła, z matką porozumiewa się na migi. Widząc chorą w kilka tygodni później u siebie, nie nieprawidłowego skonstatować nie mogłem. Tutaj podobnie drgawki, powtarzające się w ciągu 3-ch dni z następczą utratą przytomności i prawostronną hemiparezą, wzbudzały obawę organicznego cierpienia mózgu; wyraźne zaś wystąpienie prawostronnej *pneumoniae superioris*, szybkie i doszczętne ustąpienie porażen, jakoteż zaburzeń *sensorii* przemawia stanowczo za czynnościowym charakterem tych objawów. O niemocie, która zjawiła się już po przesileniu, nie wiele powiedzieć mogę oprócz tego, że trwała parę dni; jest ona zupełnie analogiczną z tymi przypadkami, które zjawiają się po tyfusie brzuszny i to nie

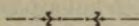
zawsze ciężkim: obserwowałem przed 7-iu laty u 10-io-letniego chłopca M. afazyę, trwającą około tygodnia, podczas gdy sama sprawa tyfusowa nie trwała nawet 3-ch tygodni; dla tego też sądzę, że i ten objaw nie wskazuje na materialne cierpienie mózgu.

Przebieg zapalenia płuc i w tym przypadku był lekki i szybki: sprawa zajęła ograniczoną część płuca; przesilenie zaczęło się już 5-go dnia choroby.

W 3-im przypadku, przytoczonym w pracy mojej o drgawkach czynnościowych u dzieci [Kronika Lekarska. Lipiec. 1897 r.], sześciolatek chłopczyk hadlarki owoców w początku stycznia 1896 r. dostał wśród pełnego zdrowia drgawek, które powtórzyły się trzykrotnie w nocy i raz w dzień, poczem dziecko było w śpiączce przez kilka godzin; zupełna przytomność dopiero następnego dnia; 5-go dnia choroby skonstatowano ognisko zapalne w górnej części prawego płuca; 6-go przesilenie.

W przytoczonych przypadkach u dzieci starszych nad lat 3 wystąpiły współcześnie z gorączką objawy ze strony mózgu, które ze względu na formę w pierwszym, a na natężenie, w następnych, zdawały się zapowiadać jakieś cierpienie materialne mózgu. W rażącej sprzeczności z niemi stoją objawy płucne, dające się skonstatować wyraźnie 5-go dnia choroby, ograniczające się w płacie górnym z prawej strony; przesilenie zjawia się 5-go lub 6-go dnia; powrót do zdrowia szybki i zupełny. Podczas gdy w innych chorobach zakaźnych wystąpienie w okresie inwazyi objawów mózgowych [czynnościowych] u dzieci starszych nad lat 3 ma dla rokowania znaczenie bardzo obciążające, w szkarlatynie nawet fatalne, to w zapaleniu płuc nie zawsze mają tak niepomyślne znaczenie dla rokowania.

## STRESZCZENIA ZBIOROWE.

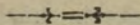


### O TAK ZWANEJ CHOROBIE BARLOW'A.

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

Opracował

**Stanisław Kamiński.**



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 5].

Stanowczo opozycyjne stanowisko względem teoryi i poszukiwań BARLOW'a zajął HIRSCHPRUNG (35). Rozporządza on po BARLOW'ie najbogatszym, własnym, klinicznym materiałem, bo 11-oma przypadkami, z których jeden zakończył się śmiercią i sekcją. Według zestawienia HIRSCHPRUNG'a, dzieci: 1) miały od 5—24 miesięcy, 2) przypadki zjawiały się głównie w porze chłodnej roku, 3) wszystkie dzieci, z wyjątkiem umarłego, podczas po-

bytu w szpitalu zyskiwały na wadze 4) często były one blade, lecz tylko dziecko, które umarło, miało cerę kachektyczną i ziemistą, 5) wszystkie bez wyjątku miały objawy krzywicy, lecz natężenie tych objawów nie pozostawało w żadnym stosunku do objawów choroby BARLOW'a (*resp.* MOELLER'a, jak chce H.). 6) Poty były w 9 przypadkach bardzo obfite. 7) Gorączka towarzyszyła wszystkim przypadkom. 8) Chorobie zawsze towarzyszyły zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, rzadko wymioty, zawsze biegunki, dwa razy nawet krwawe. 9) 6 dzieci miało już zęby; z tych u czworga tylko były objawy zestrony dziąseł, dosyć umiarkowane. 9) We wszystkich przypadkach było zgrubienie kości, 3 razy tylko dotknięte było samo udo, w innych przypadkach obrzmiewało kilka kości na raz; trzy razy było oddzielenie nasady od trzonu. 10) Krwawienia podskórne obserwowano dwa razy. 11) Na sekeyi znaleziono tylko ślady krwotoku pod okostną, co się objaśnia tem, że dziecko umarło, gdy zmiany ze strony kości znikają zaczęły. Okostna była przekrwiona i zgrubiała, co H. stawia w związku ze sprawą krzywicową.

HIRSCHPRUNG jest przeciwny uważaniu choroby za skorbut: 1) z powodu braku momentów etyologicznych [w sześciu przypadkach wspomina jednak autor, że dzieci odżywiane były sztucznie, głównie pokarmami mącznymi, co uważają za przyczynę skorbutu, w 4-ch innych niema prawie danych anamnestycznych]. 2) W wielu przypadkach brak wyglądu kachektycznego i brak krwawień w skórze i błonach śluzowych. 3) Zawsze jest gorączka, objaw dla skorbutu obcy [możnaby powiedzieć, że również obcy zawsze dla krzywicy]. 4) Zgrubienia znikają często bez specyficznego leczenia przeciw-skorbutycznego [jest to bardzo słaby dowód, bo ileż chorób znika bez żadnego leczenia].

HIRSCHPRUNG w ten sposób pojmuje istotę choroby BARLOW'a. Na gruncie ogólnej choroby ustroju, która niejednokrotnie dotychczas niczem się nie objawiała, powstaje miejscowo choroba w kiszkaach i okostnej: zgrubienie tej ostatniej, przekrwienie w jednej i drugiej. W tym stanie choroba może uleść wstęcznemu rozwojowi. Mogą również powstać w tych warunkach drobne lub większe wynaczynienia i odzielenie przez krew okostnej od kości. Ponieważ choroba ma miejsce zawsze we wczesnem dzieciństwie, więc sprawy wyżej wspomniane łatwo sprowadzić mogą oddzielenie nasad od trzonu, które w tym okresie życia są dość słabo z sobą połączone. Ponieważ w tym okresie życia szczęki rosną bardzo szybko, więc w nich przedewszystkiem powstawać muszą zmiany: przyływ wzmożony krwi, obrzmienie, krwawienie w okostnej i błonie śluzowej. Zmiany w kości zwykle poprzedzają krwawienia. Cierpieniem konstytucyjnym, stanowiącem podstawę choroby BARLOW'a jest krzywica: ta ostatnia jest to *conditio sine qua non*. Nie jest to jednak krzywica ostra, raczej nazwałby ją można "*rhachitis acuta in chronica*" (! spraw).

Te spory co do istoty naszej choroby streścił i wyłożył FÜRST w swej pracy: Skorbut dziecięcy, czy krzywica krwotoczna 36). Wątek jego wywodów jest następujący: Jedne objawy choroby BARLOW'a zbliżone są do krzywicy, inne do skorbutu i uważano ją to za pierwszy, to za drugi stosownie do tego, czy przeważało obrzmienie nasad, bolesność kośćca, czy też krwawe podbiegnięcia pod okostną, na szczękach, skórze i błonie śluzowej. Widziano objawy ostrej krzywicy z bólami, obrzmiemiami części miękkich, lecz bez krwotoków, po których pozostawały tylko krzywicowe zniepodobnienia; widziano również krwawienia i inne objawy skorbutu bez krzywicy. Za cóż więc uważać należy chorobę BARLOW'a? Za krzywicą przemawia: 1) obecność w większości przypadków obrzmiem nasad, odluszczeń ich i złamań kości, 2) ważny objaw choroby BARLOW'a, bolesność, często spotykamy w początkowych okresach krzywicy, 3) większość przypadków choroby BARLOW'a rozwija się w okresie powstawania krzywicy między 4 — 18 miesiącem życia,

4) ani kliniczne, ani anatomiczne dane nie przemawiają za innym cierpieniem kości, np. *osteomyelitis*.

Przeciwno krzywicy mówią: 1) przypadki charakterystycznych krwawień bez objawów krzywicy, 2) wobec mnóstwa przypadków krzywicy choroba BARLOW'a jest tak rzadką, iż KASSOWITZ np. nie widział jej wcale; gdyby krzywica była jedyną przyczyną choroby BARLOW'a, ta ostatnia występowałaby częściej, tem bardziej, że dzieci dotknięte krzywicą żyją po większej części w tych warunkach higienicznych, 3) obrzmienia części miękkich i wynacznienia nie należą do objawów krzywicy, 4) wyniszczenie i niedokrwistość nie występują w krzywicy w tak ostrej i zgubnej formie, 5) leczenie przeciw-krzywicowe jest w chorobie BARLOW'a bezskuteczne.

Za skorbutem przemawiają: 1) liczne wynacznienia na skórze, błonach śluzowych i mięśniach, 2) przekrwienie, obrzmienia i zwiócenie dziąseł na miejscu wyrzynania się zębów; 3) bezkrwistość, wyniszczenie; 4) środki zapobiegające skorbutowi [według de BRUIN'a, dawanie dzieciom 3 razy dziennie po 10 kropel soku z jabłek] zapobiegają powstawaniu choroby BARLOW'a, 4) przyczyną skorbutu u dorosłych i dzieci jest nieodpowiednie odżywianie, 6) zarówno skorbut, jak i choroba BARLOW'a, występują w porze roku wilgotno zimnej, znikają w lecie. Przeciwno skorbutowi przemawia: 1) Choroba BARLOW'a rzadko spotyka się tam, gdzie skorbut jest częstym np. w Rosyji. 2) Przytem choroba BARLOW'a występuje sporadycznie, skorbut epidemicznie. 3) Dzieci małe są mało narażone na skorbut, a wśród nich właśnie panuje choroba BARLOW'a. 4) Wybroczyny krwawe, petocyte, krwawienia z błon śluzowych i surowicznych, zjawiska swoiste dla skorbutu, występują rzadko w chorobie BARLOW'a. 5) Skorbut dotyka klasy biedniejszej, choroba BARLOW'a bogatsze. 6) Skorbut powstaje wskutek braku pożywienia roślinnego, o czem u dzieci 1—2-letnich mowy być nie może. 7) Objawy ze strony dziąseł w chorobie BARLOW'a nie są stałe, przytem mają różne natężenie. 8) Wynacznienia pod okostną, dochodzące czasami między trzon i odłuszczone tę ostatnią, nie należą bynajmniej do objawów skorbutu. 10) Skorbut jest prawdopodobnie chorobą zakaźną i jest stosunkowo bardzo rzadką chorobą w porównaniu do częstotności złego odżywiania. Na zasadzie tych danych autor uważa, że choroba BARLOW'a i krzywica mają wspólne źródło wyniszczenia, zaburzenia w odżywianiu, wywołujące zmiany zarówno w kościach, jak i w naczyniach.

Ciekawy przypadek choroby BARLOW'a ze względu na warunki, w których powstał i na sposób, w jaki wyleczony został, opisuje FREUDENBERG (38). Dziecko dostało choroby BARLOW'a z charakterystycznymi jej objawami [zajęciem dziąseł, zgrubieniem kończyn, objawami niedowładu w nich] podczas koklusu. Próbowano ze względu na objawy krzywicy leczenia fosforem, lecz bezskutecznie. Za radą BAGINSKY'ego podano drożdże do wewnątrz, jako bardzo energiczny środek przeciwnilcowy. Już po paru dniach tak stan ogólny polepszył się, jak i objawy miejscowe zaczęły ustępować, w parę tygodni dziecko wyzdrowiało zupełnie. Na zasadzie swego spostrzeżenia FREUDENBERG przyłącza się w zupełności do zapatrywań CHEADLE'a i BARLOW'a.

Jeszcze jedną nazwę choroby zanotować tu musimy. CORNITSZER (29) proponuje, aby nazywać zajmującą nas chorobę „*Osteopathia haemorrhagica infantum*“.

Nowy przyczynek do zrozumienia etyologii choroby BARLOW'a przynosi artykuł STARCK'a: „Choroba BARLOW'a i mleko wyjąłowione“ (30). Podnosi on mianowicie fakt, że mleko wyjąłowione zwłaszcza t. zw. mleko stałe (*Dauer-milch*) bywa przyczyną choroby BARLOW'a. W Holsztynie przez 3 lata obserwowano 16 przypadków choroby BARLOW'a u dzieci, karmionych tem mlekiem stałym, mającem już po kilka dni. Dzieci te zostały wyleczone skoro dostały za pożywienie świeże mleko.

Na wzmiankę również zasługują poszukiwania FRUITNIGHT'a nad skorbutem dziecięcym. Dochodzi on do następujących wniosków: 1) Choroba jest następstwem złego odżywiania, które pociąga za sobą rozkład krwi, przede wszystkim zmianę jej zasadowości. 2) Powstają również zmiany w naczyniach. 3) Uszkodzenia kości stawów, gąbkowatość dziąseł, wybroczyny krwawe—stanowią trzy objawy patognomoniczne. Stałym jest tylko pierwszy; dwóch ostatnich może brakować. 4) Objawy rozwijają się w następującym porządku: najprzód obrzmienia dolnych kończyn, później choroba dziąseł, w końcu usposobienie krwotoczne. 5) W tym samym porządku znikają te objawy. 6) W przypadkach wątpliwych leczenie może być pomocnym przy rozpoznaniu. 7) Przy odpowiednim leczeniu rokowanie jest dobrem, śmiertelność może być sprowadzoną do zera. 8) Leczenie zasadza się głównie na środkach dyetetycznych, przeciwnocnych.

Nie przytoczyłem wyżej przy rozbiorze pracy BARLOW'a z 1883 roku tych rozumowań, na zasadzie których nazwał on skorbutem dziecięcym opisaną przez siebie porażkę pierwszą chorobę.

Zdawało mi się odpowiedniejszem uczynić to po poznaniu historycznego rozwoju kwestyi, tembardziej BARLOW w dwóch późniejszych swoich pracach (37 i 47) daleko obszerniej i na zasadzie większego materiału faktycznego dowodzi bronionego przez się od razu poglądu. Stawia on rozpoznanie różniczkowe w następujący sposób. Co się tyczy syfilisu, to STEINER twierdzi, że na 10 przypadków t. zw. krzywicy ostrej w dwóch mógł zauważyć jednocześnie objawy syfilisu dziedzicznego. Nie była jednak robiona sekcya w tych przypadkach. Klinicznie zaś obie choroby są nieco podobne do siebie: w jednej i drugiej bywa rzekomy bezwład, przemieszczenie nasad w stosunkach do trzonu, zgrubienie tego ostatniego. Lecz w syfilisie bolesność kości nie jest tak znaczną i obrzmienie całej kończyny nie bardzo wybitne; wreszcie w syfilisie mamy często do czynienia z wysiękami w stawach, czego nigdy niema w naszej chorobie. Wiek dziecka ma także znaczenie dla rozpoznania: skorbut zjawia się dopiero w 5-ym miesiącu, syfilis znacznie wcześniej. Stanowczych danych dostarczają oględziny pośmiertne: w syfilisie dotkniętymi są przeważnie same kości, nigdy zaś niema krwawień pod okostną. Jest więc prawdopodobnem, że oba przypadki STEINER'a były natury czysto syfilitycznej.

Jakiż istnieje stosunek między cierpieniem, zwanem przez BARLOW'a skorbutem dziedzicznym, a zwykłą krzywicą? Wielu autorów twierdzi, że mamy do czynienia z krzywicą ostrą, lecz twierdzenia tego nikt nie poparł dowodami anatomicznymi, wreszcie nawet zwolennicy tej nazwy uważają ją za niedostatecznie odpowiadającą faktom spostrzeganym. Wprawdzie w większości przypadków naszej choroby mamy zmiany krzywicowe w kościach, a także z innych objawów dość często poty i kurcz głośni; wreszcie po przejściu skorbutu pozostają po większej części objawy krzywicy w kościach, które można stwierdzić i na sekyi. Lecz zmiany te niezawsze są daleko posunięte, a czasami, w przypadkach łagodnych, klinicznie ich dostrzedz nie można. Przeciwnie w najbardziej typowych przypadkach krzywicy nie znajdowano nigdy na stole sekcyjnym krwawień w narządach, i to nawet w najdalej posuniętych przypadkach tego cierpienia.

Żadne dziecko dotknięte naszą chorobą nie należało do rodziny krwawców, zresztą przeciwko hemofilii mówi brak wylewów krwawych w stawach. Chociaż są wybroczyny w różnych narządach, lecz wybroczyny skórne są rzeczą rzadką; przytem długi czas trwania choroby odróżnia ją zasadniczo od plamicy krwawej (*purpura haemorrhagica*).

Z jakąż chorobą cierpienie nasze ma najwięcej powinowactwa? Bezwątpienia ze skorbutem, gdyż odpowiednie cierpienie kości znajdowano w skorbutcie. POUPART jeszcze w 1699 r. widział na trupach umarłych na skorbut



oddzielenie trzonu od nasady. LIND i BUDD opisali krwotoki pod okostną zwłaszcza na dolnych kończynach i na szczękach, GODECKEN—złamania żeber; podczas oblężenia Paryża na trupach zmarłych na skorbut znaleziono krwawienia pod okostną. Również opisywano wylewy krwawe wewnątrz kości, zapalenie kości rozrzedzające podczas skorbutu—zmiany identyczne z temi jakie BARLOW widział w swoich przypadkach. W skorbutcie tak u dorosłych, jak i u dzieci zmiany dotyczą głównie kończyn dolnych. To samo stosuje się do wylewów krwawych w mięśniach i do ich zaniku, do wylewów w innych wewnętrznych narządach, do błądności skóry i ziemistego jej wyglądu. Co się tyczy dziąseł, to nie zawsze dotknięte są one przez chorobę u dzieci, lecz to samo ma miejsce u dorosłych pozbawionych zębów; w przypadkach lekkich skorbutu dziąsła w miejscach, w których brak zębów, są i u dorosłych zdrowe. BARLOW obserwował 5 przypadków skorbutu u dzieci od 10—12 lat; w przypadkach tych zajęcie dziąseł było bardziej wybitnem, niż u dzieci małych; natomiast zmiany chorobowe w kończynach, choć bardzo podobne, były mniej silnie zaznaczone. Tak więc przypadki skorbutu w wieku pachołęcym stanowią ogniwo pośrednie między przypadkami u dzieci małych i u dorosłych. Ten antagonizm między natężeniem objawów w kończynach a dziąsłach objaśnia się tem, że szczęki przed wyrżnięciem się zębów są daleko mniej bogate w naczynia.

Krzywica ze swemi zmianami w kościach może być bardzo podatnym gruntem do powstania krwotoków, jeżeli wystąpią zmiany składu krwi warunkujące je, lecz sama krzywica nigdy nie powoduje krwotoków. Inaczej wobec częstości krzywicy i krwotoki w jej przebiegu nie byłyby rzeczą tak rzadką. Być może jednak, że krzywica powoduje to, że krwotoki umiejscawiają się głównie w kościach, jako tkance już chorej.

Teraz zachodzi pytanie, czy w życiu dzieci, dotkniętych skorbutem, niema warunków podobnych do tych, co usposabiają dorosłych do skorbutu? Wiadomo, że powodem skorbutu u dorosłych jest brak w pożywieniu świeżych jarzyn, lub ich równoważników: soku mięsnego lub mleka świeżego.

Otóż we wszystkich opisywanych przypadkach skorbutu dziecięcego ani jedno dziecko nie było karmione piersią, lecz po większej części pokarmami sztucznymi, albo mlekiem wyjałowionem stałem, albo mączkami, albo wreszcie mlekiem świeżem, lecz bardzo rozcieńczonem. Jeżeli ten rodzaj pożywienia może wywoływać skorbut, to ze zmianą tegoż na inny [mleko świeże nierozcieńczone, kartofle, sok owocowy i mięsny] powinna nastąpić poprawa i liczne doświadczenia dowodzą, że rzeczywiście następuje.

Teraz pozostaje nam zanotować kilka tylko prac, dotyczących choroby BARLOW'a. Najważniejszą z nich jest odczyt MEYER'a (39) w Towarzystwie Lekarskiem Berlińskim i dyskusya nad nim (49). Ogłosił on 4 przypadki choroby BARLOW'a, z których dwa pod względem klinicznym przedstawiały typowe objawy choroby; w dwóch innych przypadkach klinicznie można było tylko zauważyć krzywicę i silną niedokrwistość. Trzy z tych przypadków zakończyły się śmiercią: we wszystkich trzech przypadkach sekcyja wykazała wyniszczenie i daleko posuniętą niedokrwistość wszystkich narządów, krwotoki mniej lub więcej obfite w mięśniu sercowym, płucach, nerkach, oponach mózgowych, kiszkiach; a także tłuszczowe zwyrodnienie mięśnia sercowego. W jednym tylko przypadku, w którym za życia było wypuklenie gałek ocznych i zgrubienie trzonu gołeni, znaleziono przy oględzinach pośmiertnych krwotok podokostny gołeni i kości oczodołowych; wszystkie karmione były sztucznie mlekiem albumozowem RIETSCH'a. MEYER uważa wszystkie przypadki za chorobę BARLOW'a, na zasadzie tego, że wszędzie było usposobienie krwotoczne, umiejscowienie zaś krwotoków jest, zdaniem jego, rzeczą czysto przypadkową. Klinicznie zaś i anatomo-patologicznie na pierwszym planie postawić należy niedokrwistość, przypominającą najcięższe formy niedokrwistości u dorosłych.

Co do pytania, co jest tu rzeczą pierwotną, czy krwotoki, czy niedokrwistość, to autor przechyla się raczej ku ostatniemu przypuszczeniu, twierdząc, że pierwotną rzeczą są zmiany w samej krwi, prowadzące w następstwie do zmian w naczyniach i krwotoków.

W dyskusji nad tym wykładem zabierali głos między innymi CASSEL, który zwrócił zwłaszcza uwagę na szkodliwość długiej [45-minutowej] sterylizacji mleka i BAGINSKY, który stanął po stronie MEYER'a, twierdząc, że już wybitna bezkrwistość wraz z ruchami gorączkowymi, których nie można objaśnić żadną inną chorobą, może wzbudzać podejrzenie, że mamy do czynienia z chorobą BARLOW'a.

Kazuistyczne prace nad chorobą BARLOW'a ogłosili jeszcze PINNER (40) i SCHLIEP (50). Dwa przypadki PINNER'a zasługują na uwagę ze względu na pojawienie się krwi w moczu [w jednym — odkryto obecność krwi dopiero badanie drobnowidzowe]. Być może, że częstsze badanie moczu pod drobnowidzem u osobników dotkniętych chorobą BARLOW'a wykazałoby, że krwawy mocz w tej chorobie nie jest rzeczą tak rzadką, jak można sądzić z przeglądu dotychczasowych spostrzeżeń.

W przypadku SCHLIEP'a, typowym pod względem objawów, wystąpiła fluktuacyja wybitna na kości chorej, tak, że musiano zrobić nacięcie; ropy nie znalezione, natomiast podminowanie okostnej przez skrzep krwi.

Luźną wzmiankę o chorobie BARLOW'a znajdujemy w pracy O. VIERORDT'a o krzywicy i rozmiękczeniu kości (44). Autor jest zdania, że choroby tej nie można uważać za krzywicę, 1) bo w niej grubiej przedewszystkiem nasady kości długich, trzon zaś bardzo nieznacznie; 2) okostna jest wprawdzie przekrwiona, lecz tak ściśle połączona z kością, że tylko z nią razem oddzielić ją można; 3) przy krzywicy nie bywa krwawień. Ma autor również wątpliwości co do uznania choroby za skorbut głównie z powodu tego, że ten ostatni występuje epidemicznie i że choroba BARLOW'a nie znaną jest w Rosyi, gdzie epidemie skorbutu są częste.

Ostatnią wreszcie znaną mi pracą o chorobie BARLOW'a jest—KOEPPEN'a „Przyczynki do choroby MOELLER-BARLOW'a (41). Twierdzi on, że istnieje zasadnicza różnica między krzywicą a chorobą BARLOW'a w tem, że przekrwienie w pierwszej jest fizyologicznym (?*przyp. ref.*), zaważaniem wzrostem, w drugiej—patologicznym. Nie krzywica bywa przyczyną choroby BARLOW'a, lecz przeciwnie ta ostatnia jest nieraz przyczyną krzywicy. Nie można również za przykładem FÜRST'a uważać, że choroba BARLOW'a i krzywica mają wspólną etyologię, wyniszczenie i zaburzenia w odżywianiu, gdyż sztuczne odżywianie bardzo rzadko wywołuje tę chorobę. Autor przychodzi do przekonania, że przyczyną choroby BARLOW'a są zaparcia stolca i towarzyszące im samozatrucie ustroju. Te zaparcia powstają właśnie pod wpływem mlecznego karmienia. Przedewszystkiem następstwem samozatrucia są krwotoki pochodzenia zapalnego [wszyscy autorowie zaprzeczają istnieniu zmian zapalnych w chorobie BARLOW'a—*przyp. spraw.*]; dalej następstwem samozakażenia jest niedokrwistość; przyczyną śmierci przy chorobie BARLOW'a jest uszkodzenie czerwonych ciałek krwi [autor nie daje dowodów, że tak jest; inni zaś autorowie notują jednomyślnie przy chorobie BARLOW'a tylko poikilocytozę i zmniejszenie ilości białych ciałek]; podwyższenie ciepłoty od czasu do czasu odpowiada również obrazowi samozatrucia; temuż także odpowiada częstość tętna. [D. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 — 3 —

### 26. Baumgarten. Badania nad patogenezą i etyologią błon błonicowych.

Do chwili obecnej niema jedności w poglądach na budowę i sposób tworzenia się błon błonicowych. Według VIRCHOW'a, który ściśle odróżnia krup od dyfterytu, błona krupowa jest wysiękiem włóknikowym, leżącym na powierzchni błony śluzowej, dyfteryt zaś jest najcięższą ze spraw zapalnych, w tkance błony śluzowej się rozegrywających, sprawą, doprowadzającą błonę tę do stanu swoistej martwicy. Przeciwnikiem poglądu tego był WAGNER, który uczył, że błona krupowa nie siedzi na powierzchni błony śluzowej, w każdym zaś razie — nie na nabłonku, lecz zajmuje miejsce tego ostatniego, zastępuje go, a tworzy się dzięki swoistej przemianie nabłonka, którą W. nazwał „przemianą włóknikową lub krupową.“ Teorya ta, zarówno jak i zdanie W., że błona tworzy się kosztem leukocytów, nie utrzymały się w nauce.

BAUMGARTEN zaś uważa teorię WAGNER'a za słuszną. Według B. „sprawa tak się przedstawia. Badając mikroskopowo zupełnie świeże naloty z błony śluzowej gardzieli, przekonywamy się, że składają się one, obok nieznacznej ilości leukocytów, wyłącznie z nabrzniętych, pozbawionych jądra, komórek wielowarstwowego nabłonka płaskiego, zbitych w grudki, przypominające włóknik. Taką samą budowę zdradzają i starsze, twarde błony. Zmieniony w ten sposób nabłonek zmienia się z czasem, zgodnie z opisem WAGNER'a, na „siatkę beleczek błyszczących.“ Pochodzenie nabłonkowe tej siatki poznać łatwo, ponieważ węzły siatki są utworzone przez szczątki komórek nabłonkowych, zawierających czasem jądra typowe, a beleczki są z niemi w bezpośrednim związku. Nieliczne leukocyty, jakie wtedy widzimy w błonach błonicowych, nie biorą udziału w budowie siatki. W tym punkcie teorya WAGNER'a nie potwierdza się. W tym stanie, t. j. jako czysto nabłonkowe masy, błony nie długo pozostają. Zazwyczaj nasiągają one wysiękiem włóknikowym, który się od części pochodzenia nabłonkowego różni delikatnie-włóknistą budową. W razie zdrowienia błony odpadają, a nabłonek odnawia się. W przeciwnym razie — tworzą się nowe błony. Te wtórne i trzeciorzędne błony tworzą się, rzecz prosta, jedynie z wysięku włóknikowego i ciałek krwi białych i czerwonych; tu nie ma już owych beleczek błyszczących. Jeśli sprawa idzie dalej w głąb, co się przy błonicy rzadko zdarza, i obejmuje warstwy łączno-tkankowe błony śluzowej, natenczas widzimy objawy podobne do wyżej opisanych. Rolę nabłonka gra w tym razie watek tkanki łącznej, który przekształca się na układ beleczek grubych, tworzących siatkę o wielkich okach, napełnionych wysiękiem włóknikowym i ciałkami krwi. Nie ma więc różnicy zasadniczej między krupem a dyfterytem; wszystko zależy od stopnia rozwoju sprawy. Przy dyfterytcie sprawa, która w innym razie może powodować tworzenie się oddzielnej błony, przenika w głąb, aż do warstw łączno-tkankowych. Krup przy dyfterytcie rodzimym jest tylko dyfterytem powierzchownym, dyfterytem warstwy nabłonkowej.

Przechodząc do etyologii błonicy, autor mówi: lasecznika [KLEBS-LOEFFLER'a] wcale nie zawsze napotykaemy w błonach. Ale gdybyśmy go tam nawet stale znajdowali, to nie wystarczałoby to do uznania go za przyczynę choroby. W każdej kroście ospowej mamy drobnooustroje [ropne, ale nikt ich przyczyną choroby nie nazywa. Przy *verosis conjunctivae* [znajdujemy] bardzo podobne do lasecznika LOEFFLER'a, może identyczne, drobnooustroje; ale nie one nie mają wspólnego z etyologią *xerosis*. Doświadczenia ze zwierzętami są mało przekonywające z dwa powodów. Popierwsze, przy wcieraniu hodowli

blonicowych w błonę śluzową zwierząt otrzymujemy błony rzekome, nie mające budowy błonom dyfterytycznym ludzi właściwej, lecz stanowią zwykły wysięk włóknikowy, który tworzyć się może pod wpływem różnych czynników drażniących, zarówno bakteryjnych, jak i chemicznych. Powtórę, porażenia, jakie widzimy u niektórych zwierząt, powstają w kończynach niezależnie od tego, czy hodowlę wprowadzamy pod błonę śluzową, czy wgłąb tej lub innej błony śluzowej; mięśnie najbliższe do miejsca przez błonicę zajętego nie są przed innymi porażeniem zajęte. A więc hodowle błonicy nie wywołują u zwierząt choroby podobnej do błonicy ludzkiej. Dołączmy do tego fakt, że w jamie ustnej ludzi zdrowych znajdujemy prawdziwe laseczniki LOEFFLER'a. Na to odpowiadają stronnicy laseczników L., że i inne drobnoustroje chorobotwórcze, o swoistości których nikt nie wątpi, znajdujemy u ludzi zdrowych, np. laseczniki gruźlicy w śluzie nosa, krętopratki cholery w kiszkiach, pneumokoki i paciorkowce w jamie ustnej. Ale drobnoustroje te działają tylko przy uszkodzeniu całości błony śluzowej; tymczasem błonicy podlegają zupełnie nieuszkodzone błony śluzowe: niechaj tylko kawałek błony dyfterytycznej padnie na błonę śluzową człowieka zdrowego, a najprawdopodobniej wywoła powstanie błonicy. Przeciwnie, laseczniki błonicy, wytwarzające jakoby swoisty jad, nie wywołują na zdrowej błonie śluzowej błon rzekomych; najzjadliwsze laseczniki L. tygodnie przebywają na nieuszkodzonych błonach śluzowych — bezkarnie.

Wierutnie zjadliwe paciorkowce znajdują się w jamie ustnej zdrowego człowieka — rzadko, przy błonicy zaś — stale. Znajdują się one nie tylko w błonach rzekomych, ale i w głębszych częściach błony śluzowej; laseczniki zaś błonicy znajdują się jedynie w powierzchniowych warstwach błon, prawie na powierzchni błon śluzowych, t. j. tam, gdzie napotykamy i liczne inne drobnoustroje, głównie niewątpliwe saprofity.

Na zasadzie faktu powszechnie znanego, że paciorkowce mogą powodować zapalenie krupowe i dyfterytyczne [np. błonicę płonicową lub zapalenie błonnicze błony śluzowej macicy] autor skłonny jest do wniosku, że właściwym zaczynem błonicy, z jej objawami miejscowymi i ogólnymi, są paciorkowce, a laseczniki LOEFFLER'a, zarażając ustrój wtórnie, nadają obrazowi chorobowemu cechy swoiste. A więc błonicę zaliczyć należy do grupy spraw posocznico-ropnicowych.

(*Berl. klin. Woch.* 1897. Nr. 31 i 32).

S. Sterling.

## 27. Morton. Kataforeza w zastosowaniu do dentystyki.

MORTON podaje ulepszony przez siebie sposób miejscowego znieczulania za pomocą kataforezy. Kataforezą nazywa on własność płynów i rozczywnów przenikania w tkanki porowate przy przepuszczaniu przez nie prądu elektrycznego. Dyfuzya ta odbywa się w kierunku od bieguna dodatniego ku ujemnemu i dlatego też nazywa się kataforezą. Narzędzia, używane przez MORTON'a, są następujące: zwyczajna bateria elektryczna, reostat dla regulowania prądu, miliampometr dla mierzenia siły prądu i dwójakiego rodzaju, urządzone przez niego, elektrody: pierwsze dla znieczulania dentyny, czyszczenia jej i t. p., wyrabiane są z platyny lub ołowiu, drugie — dla dezynfekcji zęba oraz wyjałowienia dentyny i otaczających tkanek, wyrabiane są z miedzi, cynku lub srebra. Te ostatnie zwane są rozpuszczalnymi, gdyż tlen tkanek, wydzielający się przy elektrolizie na biegunie dodatnim, daje z metalem elektrody rozpuszczalne chemiczne połączenie; połączenie to, dzięki kataforycznym własnościom prądu, może być wprowadzone do tkanek i wyjałowiać je. Elektrody, używane przez MORTON'a, są najczęściej z blachy ołowianej. Na elektrodzie jest małe kółeczko dla przyczepienia kawałka bibuły. Na powierzchni elektrody, zwróconej ku bibule, są wywiercone otwory, głębokie na

$\frac{1}{4}$  cala. Otwory te, napełnione roztworem, który ma być użyty przy katarforezie, wraz z kawałkiem bibuły, nasyconej tymże roztworem, tworzą zamknięte kamery, napełnione lekarstwem. Dzięki takiemu urządzeniu, wszystkie punkty na powierzchni elektrody bywają jednocześnie i równomiernie zaopatrywane w lekarstwo. Zupełnie tak samo urządzone są elektrody do znieczulania dziąseł i zębów z małymi otworami. W ostatnim przypadku elektroda ma kształt grubej igły z mnóstwem otworów, wywierconych w rozmaitych kierunkach. Dla znieczulenia dentyny MORTON używa świeżo przyrządzonego, wodnego 10%—30% roztworu kokainy, lub mieszaniny kokainy z gwajakolem w takim samym stosunku; dla znieczulania zaś dziąseł—tego samego roztworu, lecz o wiele słabszego [4%—10%].

Przed operacją, według MORTON'a, należy skrupulatnie usunąć plwocinę i ząb możliwie dokładnie izolować za pomocą gutaperkowego kapturka [*rubberdam*], nakładanego na ząb; pląby należy także pokryć gutaperką. Elektrode należy przystawiać do obnażonej dentyny, a nie do emalii, gdyż ostatnia jest złym przewodnikiem elektryczności. Za pomocą katarforezy MORRIS odbarwia zepsute zęby, lecz zamiast kokainy używa 20% wodnego roztworu dwutlenku wodoru: technika przy odbarwianiu dentyny — taka sama, jak przy znieczulaniu. Dla dezynfekcji zęba MORRIS najczęściej używa dwutlenku wodoru, jakkolwiek z takim samym skutkiem może być użyty 2% chlorek cynku, 5% sublimat i t. p.

(*Chirurgja Nr. 11 r. 1897.*)

Ossowski.

## 28. Schech. O kaszlu nerwowym.

Kaszel może być silny przy zdrowych narządach oddechowych. Wtedy jest on odruchowym, nerwowym, zależnym albo od nerwów ogólnych (*neurasthenia, hysteria*), albo od miejscowej nadczułości pojedynczych narządów lub błon śluzowych. Nieraz kaszel nerwowy nie różni się ani swoim charakterem, ani sposobem występowania od kaszlu wskutek chorób narządów oddechowych. Zwykle zaś występuje w postaci silnych, długotrwałych napadów, lub też w postaci ciągłych, lecz krótkich ruchów kaszlowych. W niektórych razach bywa prawie niestający i odznacza się szczególnym dźwiękiem: bywa świszczący, ryczący, szczekający, beczący, jęczący i t. d.. Często razem z kaszlem zjawiają się i inne objawy nerwowe, jako to: chrypka, bezgłos, kurcz głosiń, kurcz gardzieli i przewodu pokarmowego, kloniczne i toniczne kurcze mięśni twarzy lub tułowia (*chorea laryngis*, SCHROETTER), brak tchu, a nawet utrata przytomności (*vertigo*, albo *ictus laryngis*). Charakterystyczne cechy kaszlu nerwowego są: stałe ustawianie jego podczas snu; stan ogólny po większej części dobry, apetyt zachowany; prawie zupełny brak wydzieliny; często bywa zaczerwienienie tylnej ściany krtani, jako skutek długotrwałego kaszlu; niektórzy chorzy umieją na jakiś czas zatrzymać kaszel, który później bywa tem silniejszy; czasami kaszel ustępuje, jeżeli chorzy są sami i zapominają o swoim kaszlu, natomiast bywa silniejszy, kiedy ich obserwują.

Przyczyną kaszlu nerwowego mogą być choroby następujących narządów:

1) Mózg i mlecz pacierzowy. KOHLS wywoływał kaszel, drażniąc dno czwartej komory mózgowej w pobliżu mózdzku po obu stronach szwu, a także drażniąc dolny płat mózdzku. Centralnego pochodzenia jest kaszel tabetyków i t. zw. *crises laryngeales*; następnie kaszel przy *chorea, epilepsia*, przy uszkodzeniach części szyjowej mlecz pacierzowego lub kręgow szyjowych. Niektórzy zaliczają do tej kategorii kaszel histeryczny, ale ten ostatni pochodzi prawdopodobnie z nadczułości miejsc obwodowych, histerorodnych i spazmoro-dnych.

- 2) Często kaszel nerwowy występuje w okresie dojrzewania płciowego wskutek zmian, powstających w układzie nerwowym i w krtani [CLARKE].
- 3) Kaszel przy drażnieniu ucha podczas badania, przemywania, wkładania waty, przy nagromadzeniu woszczku usznego, wskutek drażnienia *rami auricul. vagi*, przenoszącego się na *laryng. superior*.
- 4) Choroby nosa — *rhinitis*, polipy. U pewnego silnie zbudowanego mężczyzny kaszel ustąpił po usunięciu licznych polipów nosowych.
- 5) Choroby jamy nosogardzielowej, szczególnie *hypertrophia amygdalarum*, granulacje na tylnej ścianie gardzieli, *hyperplasia tonsillae lingualis*, która wywołuje [przeważnie u kobiet] uczucie obcego ciała i *globus hystericus*.
- 6) Oddawna wiadomo, że drażnienie *n. laryngei super.*, albo pnia *n. vagi*, albo centralnego końca przeciętego *n. vagi* wywołuje kaszel; natomiast nie wywołuje kaszlu drażnienie lub ucisk *n. recurrentis*, który jest nerwem czysto ruchowym. Guzy, powiększone gruczoły limfatyczne, wole, ropnie na szyi, tętniak aorty, uciskając na nerw błędny, mogą wywoływać kaszel.
- 7) Kaszel żołądkowy, naprzykład przy zgadze, wskutek drażnienia krtani przez gazy, wydzielające się z żołądka. W przypadku WARD'a kaszel powstał wskutek obecności zwarzonej kazeiny w żołądku, ustał zaś po wymiotowaniu tejże kazeiny.
- 8) Kaszel wątrobowy i śledzionowy był obserwowany przez NAUNYN'a. Często kaszel powstaje przy palpacji zdrowej lub chorej śledziony. W przypadku SCHMIDT'a ustał uporczywy kaszel u kobiety po odejściu kamienia żółciowego.
- 9) Kaszel maciczny [ARAN, PROFANTER] może występować razem z innymi zaburzeniami nerwowymi—podczas miesiączkowania, ciąży, lub przy rozmaitych chorobach narządów płciowych, również podczas *climacterium*, podczas *coitus*, podczas badania ginekologicznego i t. d. Kaszel maciczny zwykle bardzo męczy chore, wywołuje ból w mięśniach piersiowych i brzusznych, a nawet może wywoływać poronienie.
- 10) Kaszel może powstać także wskutek chorób narządów płciowych męzkich [nowotwory lub zapalenia jąder, cewki moczowej lub pęcherza, *adhaesio praeputii*].
- 11) Kaszel skórny — przy działaniu zimnego powietrza na skórę, przy łechtaniu podeszwy, kaszel wskutek ucisku gorsetu lub ubrania na ciało [SRUEBING].

Rozpoznanie kaszlu nerwowego bywa łatwe [przeważnie u kobiet], jeżeli ten ostatni ma szczególny charakter akustyczny. W przeciwnym razie bywa trudniejsze, lecz i wtedy mamy inne punkty oparcia, a mianowicie: przy częstym badaniu narządów oddechowych znajdujemy je w zdrowym stanie; kaszel podczas snu ustaje; znajdujemy stały związek między kaszlem a chorobą jakiegokolwiek innego narządu; wreszcie kokainizowanie podejrzanych miejsc w nosie, uchu, gardzieli usuwa kaszel.

Rozedma płuc nigdy nie wywiązuje się nawet przy długotrwałym kaszlu. Leczenie powinno być przyczynowe.

(*Münch. medic. Woch.* 1897. Nr. 26).

M. Rozental

## 29. Olshausen R. O cięciu cesarskim i wskazaniach do niego przy miednicy zwężonej.

Na międzynarodowym zjeździe lekarskim w Moskwie OLSHAUSEN przemawiał za rozszerzeniem wskazań do cięcia cesarskiego ze względu na udoskonalenie się metody operacyjnej. Wobec osiągniętego już dziś, powiada on, bezpieczeństwa cięcia cesarskiego, a jednocześnie nie zmniejszonego w równym stopniu niebezpieczeństwa innych operacji akuszerskich, granice wskazania bezwzględne dla cięcia cesarskiego przy zwężonej miednicy powinny

uledź znacznemu rozszerzeniu. Z tych samych powodów i wskazanie względne powinno znaleźć szersze zastosowanie. Przy drgawkach porodowych, przy ostrem zapaleniu nerek lub przy wadach serca w razie wystąpienia groźnych objawów niedomogi oddechowej, obowiązkiem naszym jest obecnie przystąpić do wykonania cięcia cesarskiego, skoro tylko nie można w inny sposób łatwo i prędko doprowadzić rozwiązania do skutku.

Technika operacyjna, której trzyma się OLSHAUSEN, jest następująca. Po przecięciu ściany brzusznej wyważa całą macicę na zewnątrz i zamyka tymczasowo jamę brzuszną, ujmując powłoki brzuszne popod macicą w zaciskadło. Jeśli siedlisko łożyska nie zostało dokładnie określone, to cięcie macicy prowadzi na środku jej dna. Po prędkim przecięciu ściany macicy i wydobyciu dziecka i łożyska przystępuje do nałożenia szwu na macicę.

Obecnie OLSHAUSEN nie zaciska macicy przewiązką elastyczną, ani przed, ani też po wydobyciu dziecka, z obawy atonii. Zamiast przewiązki elastycznej posługuje się rękami asystenta, a prócz tego celem pobudzenia macicy do skurczów, wstrzykuje chorej podskórnice na krótko przed operacją 2 szpryki ergotyliny NIENHAUS'a. Po wydobyciu łożyska nie wyciera ścian macicy gazą w celu usunięcia błony doczesnej; przekonał się bowiem, że błona ta, pozostawiona w macicy, zabezpiecza ją do pewnego stopnia od zakażenia.

Na ranę macicy OLSHAUSEN nakłada 10—12 szwów supełkowych w ten sposób, że igłą dobrze zgiętą obejmuje tylko warstwę mięsną ściany macicy, lecz, o ile można, jak najszerzej, nie tykając ani błony śluzowej, ani otrzewnej. Po związaniu nitki nakłada drugi szew powierzchowny. Jest to szew ciągły [kuśnierski], obejmujący otrzewną i znowu warstwę mięsną, lecz tylko w jej górnej 3-ciej części. Tak głęboki, jak i powierzchowny szew jest katgutowy (*sublimat-alkohol-catgut*). Według OLSHAUSEN'a, katgut nadaje się najlepiej do szwów, które mają być wpuszczone do jamy brzusznej, albowiem nie powoduje ani przetok, ani ropienia, a zrost daje trwałe.

Operując w ten sposób w 29 przypadkach, OLSHAUSEN otrzymał 27 razy wyzdrowienie.

Na jedno jeszcze zwraca autor uwagę. Chore jego często bardzo w okresie pooperacyjnym lekko gorączkowały. Gorączka ta jednak sprawiała wrażenie aseptycznej. Czy nie zależała ona od zapalenia zlepnego otrzewnej, którego następstwem bywa, tak często spostrzegany po cięciu cesarskim, przyrost macicy do przedniej ściany brzusznej?

(*Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. T. XXXVII. Z. III.*)

Zweigbaum.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dnia 30. XI. 1897 r.

NEUGEBAUER przedstawia płód 8½ miesięczny z przypadku ciąży więzadłowej, przedstawionego na posiedzeniu w dniu 16. XII. r. b. Po dokonanej operacji stan pacjentki jest zupełnie dobry.

2) MIKŁASZEWKI przedstawia chorą z przepukliną lędźwiową lewą, wielkości jaja indyjskiego.

3) KRAJEWSKI demonstrowa aparat RECLUS'a do unieruchomienia odłamków złamanej nogi. Aparat ten składa się z dwu prętów metalowych, idących wzdłuż kończyny po stronie zewnętrznej i wewnętrznej, zaopatrzonych na końcach górnych dziurkowanymi łopatkami metalowymi, a u dołu pod stopą połączonych ze sobą na podobieństwo dwu gałęzi szczypców do węgla. Aparat służy do umocowania na opatrunku gipsowym i umożliwia choremu chodzenie natychmiast po nałożeniu pierwszego opatrunku. Nadto demonstrowa Kr.

rękawiczki gumowe do operacji nieczystych oraz także palce do badania przez pochwę i odbytnicę.

4) KOZERSKI przedstawia chłopca kilkoletniego z typowym *xeroderma pigmentosum* KAPOSIEGO.

5) HEIMAN przedstawia 5-letnią dziewczynkę, operowaną z powodu ropnia mózgu pochodzenia usznego.

6) SAWICKI BRON. demonstruje preparat niezwykle wielkiego włókniaka, usuniętego z jamy brzusznej i miednicy 56-letniej kobiety.

7) NEUGEBAUER odczytał pracę p. n. „Przyczynek do nauki o ciałach obcych w macicy“, opartą na 70 przypadkach.

Posiedzenie z dnia 7. XII. 1897 r.

1) SIERPIŃSKI przedstawia dziecko z niezwykle wielkim wodogłowiem.

2) Prof. KOŚIŃSKI demonstruje preparat żołądka i kiszek, pochodzący od kobiety, dotkniętej rakiem wypustu, a operowanej dwukrotnie. Przed rakiem z powodu zupełnej niedrożności odźwiernika K. wykonał gastroenteroanastomozę. Poprawa stanu chorej trwała przeszło pół roku; przed paru zaś miesiącami znowu występować zaczęły wymioty, a waga ciała chorej poczęła spadać. Przed kilku tygodniami K. dokonał nowej operacji, chora jednak parę dni temu zmarła wskutek zupełnego zarośnięcia odźwiernika i otworu operacyjnego, jak to wykazuje przedstawiony preparat.

3) REJCHMAN wypowiedział odczyt, drukowany w N-rze 2 „Gazety z r. b. p. n. „Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu zanikowego nieżytu żołądka (*gastritis atrophicans*)“.

W dyskusji JANOWSKI wskazuje na pominięte przez prelegenta przyczyny upośledzonego wydzielania kwasu solnego przez błonę śluzową żołądka; przyczyny te, rzadko spotykane w praktyce prywatnej, a częściej w szpitalu, są następujące: gruźlica wrzodziejąca błony śluzowej żołądka, wyniszczenie ogólne ustroju wskutek gruźlicy innych narządów oraz ciężkie formy niedokrwistości.

REJCHMAN odpowiada, że uwzględnił w swym odczycie tylko najczęściej napotymane przyczyny braku kwasu solnego w żołądku.

Na uwagę prof. BARANOWSKIEGO, że, rozpoznając zanik błony śluzowej żołądka, nie można z całą pewnością wyłączać raka, jako przyczyny tego zaniku, odpowiada REJCHMAN, że opisanego przezeń zbioru objawów nie ma nigdy u chorych na raka.

GAJKIEWICZ dodaje uwagę, że zawartość kwasu solnego w soku żołądkowym spada stopniowo wraz z rozwojem objawów klinicznych.

Posiedzenie z dnia 18. I. 1898 r..

1) JANOWSKI przedstawia kobietę 30-letnią, u której rozpoznał syringomylię. Chora pochodzi z rodziny nerwowo zdrowej; urazowi nigdy nie ulegała; przed 16 laty spostrzegła nagle utratę czucia i utrudnienie ruchów kończyny górnej lewej, które to objawy po kilku miesiącach znikły, przed 3 miesiącami zaś wróciły znowu. Badanie wykazuje: *scoliosis arcuata sin.* i *kyphosis*; lewa ręka zdradza skłonność do układania się „*en griffe*“; kończyny prawe normalne; odruch kolanowy po stronie lewej silniejszy, niż po prawej; po tej samej stronie lewej wyraźny „*Fuss-Clonus*“. Mięśnie karku i ramienia kończyny górnej lewej niezmienione; na przedramieniu i ręce stwierdzić można niedowład mięśni zginaczy napięstka: łokciowego i promieniowego, mięśnia wyprostnego palucha długiego, mięśni zginaczy palców: powierzchownego i głębokiego oraz wszystkich mięśni kłębu palucha i paluszka, nadto zaś nieznaczne osłabienie mięśnia wyprostnego palców wspólnego i mięśni międzykostnych. Mięśnie dolnej połowy przedramienia, mięśnie międzykostne ręki oraz obadwa kłęby zdradzają wyraźny zanik. Pobudliwość mięśni osłabionych zach-



wana; odczynu zwyrodnienia niema. Bólów chora nie doznaje. Czucie dotykowe i mięśniowe chorej kończyny zachowane, bólowe, elektryczne i termiczne, poczawszy od górnej części przedramienia lewego aż do ręki, osłabione, na dłoni zaś i palcach zniesione; ataksyi niema; odruchy skórne słabe, ścięgniaste zaś prawie zniesione; zmian zanikowych skóry niema. Ostatnie członki wszystkich palców ręki lewej wyraźnie zgrubiałe.

2) ZIELIŃSKI EDWARD demonstruje część kości udowej ze szpikiem leukemicznie zmienionym. Preparat pochodzi od dziewczyny 15-letniej, która chorowała tylko 3 tygodnie; chorobie towarzyszyła wysoka gorączka. Na 4 dni przed śmiercią stosunek liczby ciałek czerwonych do białych wynosił we krwi 26 : 33; prawie wszystkie ciała białe posiadały po jednym jądrze, otoczonem niewielką ilością protoplazmy. Śledziona, bolesna, wystawała z pod żeber na 4 cm.; gruczoły chłonne nie były zmienione.

3) NEUGEBAUER przedstawia: a) kobietę 25-letnią, której przed 3 tygodniami STĘPKOWSKI wykonał cięcie cesarskie z pomyslnym dla matki i dziecka wynikiem. Wskazanie do powyższej operacyi było względne [sprężna około 7 cm.]; przystąpiono do niej na prośbę chorej, która pragnęła mieć dziecko żywe.

b) Jajo płodowe z końca trzeciego miesiąca rozwoju które po obumarciu pozostawało w macicy 4 miesiące i samowolnie zostało wyeliminowane („*missed abortion*“).

c) Jajo płodowe trzymiesięczne, pochodzące od operowanej przez STĘPKOWSKIEGO chorej z ciążą jajowodową prawą.

d) Preparat torbieli podsurowiczej szerokiego więzu macicy, usuniętej przez N. za pomocą cięcia brzuszego.

---

Posiedzenie z dnia 25. I. 1898 r..

1) LEŚNIEWSKI przedstawia chorą 15-letnią z oddziału Br. SAWICKIEGO, operowaną z powodu martwicy (*necrosis*) lewej połowy żuchwy. Do operacyi przystąpiono z zamiarem usunięcia zmartwiałej kości i zastosowania protezy, przygotowanej w tym celu przez LESZCZYŃSKIEGO. Tymczasem na powierzchni kąta żuchwy L. znalazł otwór, prowadzący do otoczki martwaka; po rozszerzeniu otworu martwak przepołowiony usunięto, a jamę w otoczce oczyszczono; po 2 miesiącach rana się zabiłiła. Otoczka martwaka w przypadku powyższym zastępuje zupełnie kość prawidłową; chora otwiera usta dość szeroko; artykulacja obu szczęk, początkowo nieco zmieniona, wraca obecnie do stanu prawidłowego.

2) STEINHAUS demonstruje chłopca 8-letniego, głupowatego, dotkniętego *ectopia lentis congenita* w połączeniu z bardzo znaczną krótkowzrocznością [25 D]. W oku prawem soczewka przesunięta jest na zewnątrz, w lewym zaś na zewnątrz i ku górze. Okiem prawem chłopiec odróżnia tylko światło; lewym palce w odległości kilku centymetrów. Według S., przypadek powyższy nadaje się do wyjęcia soczewki wraz z torebką.

3) NEUGEBAUER wypowiedział odczyt p. n. „Przyczynek do nauki o przetokach jelito-maciczych“, oparty na zestawieniu z literatury 28 spostrzeżeń. W 16 przypadkach przetokę jelito-maciczną rozpoznano za życia chorych. Przyczyną wytworzenia się przetoki w 11 przypadkach było zatrzymanie w macicy obumarłego płodu; w innych przypadkach przetoki powstały po operacyach akuszeryjnych [obrót, ekstrakcja kleszczowa, odklejanie ręczne łożyska], lub po chorobach macicy i części sąsiednich. W 2 przypadkach przetoka z macicy prowadziła do żołądka, w 11 do kiszki cienkiej, a 14 razy do grubej. Zejście śmiertelne notowano w 14 przypadkach.

Rozpoznanie przetok jelito-macicznych opierało się na badaniu palcem i zgłębnikiem, na wynikach wstrzykiwania płynów do jelit, na stwierdzeniu wychodzenia gazów kiszkowych przez macicę [poczernienie tamponu, napojonego roztworem soli ołowiu i włożonego do pochwy]; w niektórych przypadkach pozostawiania płodu obumarłego w macicy na obecność przetoki wskazywało wydzielanie się części płodu przez odbytnicę.

Usiłowania zaszycia przetoki od strony jamy macicy nie dały wyników dodatnich; 4 razy dokonano cięcia brzuszno, połączonego w 2 przypadkach z resekcją кишки; w większości jednak przypadków [11] przetoka zablżyła się bez żadnej interwencji lekarskiej.

4) Borsuk przedstawił pacyenta po resekcji кишки ślepej, uwięźniętej w przepuklinie mosznowej. Pacjent ten, od lat dziecięcych dotknięty przepukliną pachwinową prawostronną, oddawna już miewał napady bólów w dole biodrowym prawym; przed 7 tygodniami napadowi podobnemu towarzyszyły wymioty, po których chory spostrzegł, że przepuklina stała się nagle nieodprowadzalną. B. znalazł wtedy, co następuje: chory nie gorączkuje; brzuch wzdęty; dość częste wymioty; oddawanie kału nie zatrzymane; *hernia inguinalis dextra* konsystencji ciastowatej; wrota przepuklinowe przepuszczają palec. Do operacji B. przystąpił z rozpoznaniem uwięźnięcia w przepuklinie sieci, po otwarciu jednak worka znalazł w nim kışzkę ślepą ze zmartwiałym i przyrośniętym do jądra wyrostkiem robaczkowatym; dno kışzki ślepej było przedziurawionem. Wobec tego B. resekował *coecum*, a kışzkę biodrową zeszył szwem kışzkowym klasycznym z okrężnicą wstępującą. Po rozszerzeniu krwawem wrót przepuklinowych znaleziono kışzki porastane; przy oddzielaniu zaś zrostów z okolicy jamy DOUGLAS'A wypłynęło około 200 ctm. ropy. Do jamy tej wprowadzono więc worek MIKULICZA, worek przepuklinowy wycięto, a część rany zaszyto.

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

8. O mechanicznem leczeniu otyłości. Prof. WINTERNITZ (*Therap. Woch.* 1897. 50), nie zatracając dziedzin ściśle naukowych, roztrząsa kwestyę wyłącznie ze stanowiska lekarza-praktyka. Właściwy przedmiot odczytu—fizykalne metody leczenia otyłości—poprzedza wstęp, omawiający metody dyetetyczne. Dwie takie dobrze opracowane metody—z jednej strony leczenie HARVEY'a, BANTING'a, z drugiej EBSTEIN'a—dążą do odłuszczenia ustroju przez usunięcie z pożywienia ciał bezazotowych, przy powiększeniu do możliwych granic ilości białka; HARVEY całkowicie usuwa wodany węgla i tłuszcz, podczas gdy EBSTEIN zezwala na pewną nieznaczną ilość tłuszczu.

Nie ulega wątpliwości, że obie te metody sprowadzają w istocie odłuszczenie ustroju; zaznaczyć jednak trzeba, że te do pewnego stopnia kuracje głodowe wywołują częstokroć niepożądane następstwa: niemoc nerwową, napady pedogryczne, ciężkie zaburzenia w trawieniu i t. p.. Ogólne odżywianie cierpi znacznie, a spostrzegano też nieraz fakty, iż chudnienie ustroju przechodzi znacznie pożądaną granicę, pomimo powrotu do zwykłej diety.

Wprowadzona w ostatnich czasach przy leczeniu otyłości t. zw. organoterapia jest metodą niewątpliwie skuteczną, jak to klinicznie i doświadczalnie stwierdzonem zostało; stosowanie jej zatem byłoby bardzo korzystnem, gdyby nie ciężkie nieraz następstwa uboczne, jako to: zaburzenia w krążeniu, rozstrój nerwowy, moczówka i t. p.. Widzimy więc, że metody powyższe mają wiele cech ujemnych.

Za bezwzględnie dobre natomiast uważa WINTERNITZ fizykalne sposoby leczenia otyłości. Z ich pomocą udaje się doprowadzić do znacznego natężenia spalania tłuszczu w ustroju, nie rachując zbytnio na wstrzemięźliwość chorego, nie żądając odeń zbyt wielkich, często nieprzezwyciężonych ofiar i nie wywołując żadnych szkodliwych następstw ubocznych. Że usilny ruch, wzmożona czynność mięśni, odbywająca się, jak stwierdził Voit i inni, kosztem ciał bezazotowych, powiększa spalanie tłuszczu w ustroju, jest faktem dawno wiadomym; ztąd każdy racjonalny lekarz nie ogranicza się w leczeniu otyłości do samych przepisów dyetetycznych, lecz wielką wagę kładzie na używanie ruchu. Nie każdy jednak o tem pamięta, że przy podobnem leczeniu osiągamy poprawę kosztem odżywiania, wyglądu i sił fizycznych chorego. A jednak jest to zupełnie naturalne, jak poucza przykład następujący.

Autor badał zawodowego szybkobiegacza i stwierdził, że ciepłota ciała, mierzona w *rectum*, przed popisem wynosiła 36° C., wkrótce zaś po produkcji, trwającej 3 kwadransy, podnosiła się do 41° C. Rzecz prosta, że przy tak gorączkowym podniesieniu ciepłoty nie może być mowy o prawidłowej przemianie materii; w podobnych warunkach rozpada się białko tkanek, nie tylko białko krążące, ustrój ubożeje w białko, zjawiają się zaburzenia przemiany materii, brak sił, bezkrwistość, niekiedy białkomocz: jest to też częsty wynik forsownych, a nieudatnych kuracji odtłuszczających.

Unikniemy podobnych skutków wtedy tylko, jeżeli przy usilnym ruchu nie dopuścimy, by ciało rozgrzewało się do ciepłoty zbyt wysokiej; w ten sposób osiągniemy spalanie tłuszczu bez rozkładu białka. Należy więc obniżyć uprzednio ciepłotę ciała, aby następnie wzmożona czynność mięśni wyrównała ją do wysokości prawidłowej, nie zaś podnosiła do gorączkowej. Przy zabiegu, mającym na celu obniżanie ciepłoty ciała, pamiętać trzeba, aby oddawanie ciepła miało w istocie miejsce, aby więc naczynia skórne pozostawały rozszerzonymi. Łatwo zrozumieć, że przy naczyniach skurczonych oddawanie ciepła będzie tylko pozornem. Bardzo ważnym środkiem pomocniczym jest zwiększenie wydzielania potu: krew staje się uboższą w wodę i sole, dzięki czemu powstają prądy dośrodkowe, przynoszące do krwi białko z przetworów międzykomórkowych; to białko krążące chroni od rozpadu białko tkanek.

Na powyższych faktach i rozumowaniach opiera W. swą metodę leczenia otyłości, która w ogólnych zarysach przedstawia się, jak następuje. W początku leczenia przystępuje autor do pewnego rodzaju gimnastyki skóry, do trenowania jej naczyń. Chodzi tu o to, aby później, przy zabiegu, mającym na celu oddawanie ciepła, naczynia nie odpowiadały na bodziec ciepłoty skurczem, lecz pozostawały rozszerzonymi. Jest to tem więcej ważne, ile że, jak wiadomo, sprawność skóry i jej naczyń u otyłych, dzięki obfitemu pokładowi tłuszczu, bardzo szwankuje, czego dowodem są np. częste wykwity, jak *acne* i t. p..

Owo przygotowanie skóry polega na silnych bodźcach ciepłowych i mechanicznych: chory bywa codziennie rano w przeciągu kilku dni wycierany zimną wodą na całej powierzchni ciała. Po takim przygotowaniu chorego, poddaje się go zabiegom, mającym na celu wywołanie potu, oddawanie ciepła przy rozszerzonych naczyniach skórnych i wzmożoną czynność mięśni. Chory otrzymuje łaźnię parową w przeciągu 5—10 minut, z której bezpośrednio przechodzi na 3—6 minut do kąpieli o niskiej ciepłocie, poczem następuje forsowna przechadzka dla wywołania odczynu. Tam, gdzie taka forsowna przechadzka jest ze względu na czynność serca lub płuc przeciwwskazana, zastępuje ją autor przez masaż i lekką gimnastykę.

Powyższy szereg zabiegów powtarza autor 2—3 razy w przeciągu doby. Przy wysokich stopniach otyłości ucieka się do t. zw. suchych zawijań, zna-

nych jeszcze od PRIESSNITZ'a i mających tę dogodność, że wywołanie potu następuje bez podnoszenia ciepłoty. Przy jednym takim zawijaniu ilość potu wynosi często  $\frac{3}{4}$  klgr.

Przy podobnem postępowaniu autor otrzymuje doskonałe wyniki. Waga ciała zmniejsza się w przeciągu kilku tygodni o kilkadziesiąt funtów, przyczem chorzy zyskują na siłach, ogólne odżywianie i krążenie poprawiają się znacznie. Leczenie takie nie wymaga zbytnich ograniczeń w diecie; chorzy WINTERNITZ'a jadają 5 razy dziennie, otrzymują wszystkie składniki pożywienia, pijają wodę, piwo i wino.

Autor zwraca uwagę, że niektóre z powyższych procedur można wdroyć poprostu w tryb życia chorego, by zabezpieczyć go od powrotu otyłości.

*Bronisław Peltyn.*

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Zeszyt IV Pamiętnika Tow. Lek. Warszawskiego za rok ubiegły oprócz protokółów posiedzeń i Sprawozdania Kasy Wsparcia zawiera prace: BIERNACKIEGO nad samoistną sedymentacją krwi, CIECHANOWSKIEGO i NOWAKA nad etyologią dysenteryi, KRAMSZTYKA Z. z optometrii obiektywnej, SAWICKIEGO o falowaniach nerwowych jako równoważniku zjawisk psychicznych, wreszcie dokończenie ciekawej pracy prof. TYRCHOWSKIEGO o historii instytutu położniczego w Warszawie. W r. b. redagować Pamiętnik będzie kol. JANOWSKI. Ustępującemu redaktorowi, kol. JAKOWSKIEMU, należy się słuszne podziękowanie za 6 letnią pracę około Pamiętnika i wysokie podniesienie wartości tego wydawnictwa.

— Kasa Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych pozostałych w r. 1896 wypłaciła wsparcia przeszło 100 osobom w ogólnej sumie 9426 rs. Kasa ma 59,000 rs. majątku, składki roczne i jednorazowe 790 członków wynosiły 5807 rs., zaległości 756 rs. Z niektórych gubernii Królestwa [suwalskiej, płockiej, a także radomskiej i kaliskiej] kasa ma stosunkowo za mało członków i dochodów. Gubernie płocka i suwalska wyróżniają się nadto znacznemi zaległościami. Większe ofiary jednorazowe kasa w r. 1896 otrzymała od dzieci D-rów NATANSONA, JAWDYŃSKIEGO i KONITZA, od D-ra BUCEWICZA oraz z powodu jubileuszu D-ra MARYAŃSKIEGO z Podola.

— Wskutek zlania zarządów kolei nadwiślańskiej i terespolskiej naczelny lekarz drogi nadwiślańskiej D-r WACŁAW LASOCKI ustąpił z zajmowanej przez siebie przez długie lata posady. Kol. LASOCKI pozostawia po sobie bardzo dobre wspomnienie, dzięki swej gorliwości i troskliwości o sprawy sanitarne kolei i dobro swych współpracowników.

— Kongres lekarzy niemieckich dla medycyny wewnętrznej odbędzie się w Wiesbaden od 13—16 kwietnia r. b..

---

**Zmarli:** w Paryżu D-r PÉAN, znakomity chirurg-gineolog;  
w New-Yorku prof. pedyatrii O'DWYER, twórca metody stosowania in-  
tubacyi w krupie.

---

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.