

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYCZYNEK DO ETYOLOGII KASZLU.

Podał

Stanisław Pechkrauc.

Pragnąłbym tu zwrócić uwagę na okoliczność, prawie zupełnie nie uwzględnioną w piśmiennictwie lekarskiem, zarówno naszym, jak i zagranicznym, mianowicie na powstawanie kaszlu w następstwie cierpienia żołądka. Nie zamierzam bynajmniej mówić w tem miejscu o t. zw. kaszlu żołądkowym (*Magenhusten*), mającym powstawać na drodze odruchowej przy podrażnieniu błony śluzowej żołądka. Dotąd jeszcze nie jest on należycie ustalony, a wybitni badacze, jak: NAUNYN, NOTHNAGEL, EDLEFFSEN, wprost nawet zaprzeczają istnieniu takiego kaszlu. Odrzucając istnienie kaszlu żołądkowego, przyjmuje jednak NAUNYN, na mocy pewnych spostrzeżeń, możliwość kaszlu wątrobowego i śledzionowego (*Leberhusten, Milzhusten*), kaszlu, mającego powstawać również na drodze zwrotnej. Pogląd taki wydaje się nam niezrozumiałym. Przy wzmożonej pobudliwości jakiegokolwiek ośrodka odruchowego rozmaite podniecia obwodowe powołać mogą ośrodek ten do czynności. Jeśli, zdaniem NAUNYN'a, punkt wyjścia odruchu kaszlowego tkwić może w wątrobie lub śledzionie, nie pojmujemy, dlaczego podrażnienie błony śluzowej żołądka, t. j. narządu, stojącego w tak blizkim stosunku do nerwu błędnego, nie mogłoby dawać powodu do powstawania kaszlu zwrotnego. Dodajmy nadto, iż niewątpliwie kaszel często wywoływany bywa przy podrażnieniu ucha zewnętrznego (*r. auricularis n. vagi*) np. wziernikiem lub sprawą chorobową, że to samo spostrzegamy często przy podrażnieniu błony śluzowej przegrody nosa lub muszeli nosowych. O istnieniu kaszlu zwrotnego, powstającego przy drażnieniu kiszki [np. przy robakach], macicy [np. przy zmianie położenia tego narządu], przy szczypaniu skóry i mięśni¹⁾ i t. p., ogromna większość lekarzy wyraża się z niedowierzaniem. Dojście do skutku takiego kaszlu możnaby objaśnić chyba tylko niesłychanie wzmożoną pobudliwością ośrodka kaszlowego, podobnie jak to się przyjmuje np. przy histeryi.

¹⁾ Patrz Encyklop. EULENBURG'a, art. „*Husten*“. 1831. T. 6. str. 635—638.

Związek przyczynowy między kaszlem a cierpieniem żołądka, który tu chcę uwzględnić, zupełnie innej jest natury. Spostrzeżenia, dokonane nad samym sobą i szeregiem chorych, niezbitie przekonały mnie, że kaszel powstawać może przy wszystkich tych stanach chorobowych żołądka, którym towarzyszy zgaga (*pyrosis*). Jakkolwiek prostym i naturalnym wydawać się każdemu może wzmiankowany dopiero co związek przyczynowy, nie znajdujemy jednak w dostępnej nam literaturze żadnej prawie o nim wzmianki ¹⁾. Jest to fakt tembardziej uderzający, o ile że kaszel zależny od zgagi, jak mi się nauczyło doświadczenie, bynajmniej do rzadkich zjawisk nie należy.

Miałem w ostatnich czasach niejednokrotnie sposobność czynienia nad sobą spostrzeżeń, które wkrótce doprowadziły mnie do uchwycenia stosunku zależności 2 wspomnianych zjawisk. Początkowo nie zdawałem sobie sprawy z przyczyn silnego kaszlu, który występował u mnie podczas okresów zgagi; lecz stopniowo, w miarę jak baczniejszą zacząłem zwracać uwagę na możliwe przyczyny tego objawu, zależność tegoż od zgagi stała się dla mnie zupełnie jasną. Przedewszystkiem zauważyłem ten fakt, że kaszel u mnie występuje nie przy każdym umiejscowieniu uczucia zgagi.

Pozwolę sobie tu zamieścić kilka uwag, dotyczących umiejscowienia zgagi, jak również niektórych towarzyszących temu uczuciu objawów podmiotowych, gdyż z jednej strony, w kwestyi tej znajdujemy w podręcznikach bardzo pobieżne tylko i urywkowe wzmianki, a z drugiej, uwagi te przydadzą się nam później, przy bliższem omawianiu naszego czynnika etyologicznego.

Uczucie zgagi może ograniczyć się tylko do okolicy nadżołądkowej [palenie w dołku], albo rozszerzyć się na pewną część przełyku lub cały przełyk [palenie w piersiach, poza mostkiem], dość często jednak przechodzi na gardziel; wreszcie wywołujący zgagę płyn może nawet wrócić do jamy ustnej [zwracanie, *regurgitatio*]. Zdarza się nierzadko, że, nie czując żadnego palenia w dołku, doznajemy jednak bardzo przykrego uczucia zgagi poza mostkiem lub w gardzieli. Zgaga niekiedy połączona bywa z odbijaniem [*ructus*]. Zdarza się to nie przy każdym umiejscowieniu zgagi. Gdy drażniący płyn podnosi się z żołądka tylko do przełyku, wówczas uczuciu zgagi [poza mostkiem] często nie towarzyszy odbijanie. To ostatnie dochodzi do skutku przy zgadze gardzieliowej, przyczem często tak bywa, że w pierw występuje odbijanie, po którym dopiero daje się uczuć przez dłuższy czas palenie w gardzieli [*resp.* w górnej części przełyku]. Doznaje się przytem takiego uczucia, jak gdyby unoszące się ku górze gazy torowały drogę dążącemu w ślad za nimi ostremu plynowi. Bez tego pośrednictwa skurcze mięśni żołądka [przy rozwieraniu się wpustu] oraz mięśni przełyku często nie są w stanie przepchnąć płyn do gardzieli [*resp.* do jamy ustnej]. Zdarza się niekiedy, że gazy, przedostawszy się z żołądka do przełyku, zatrzymują się na kilka chwil w tym ostatnim; doznajemy wówczas przykrego uczucia tłoczenia, rozpychania poza mostkiem. Przyczyną tego mogą być słabe skurcze mięśni żołądka [zwiotcze-

¹⁾ Patrz niżej.

nie, zwyrodnienie muskulatury], niedostateczne skurcze mięśni przełyku, mała prężność wydobywającego się z żołądka gazu, albo wreszcie połączenie kilku lub wszystkich tych czynników. W celu ulżenia sobie, przyspieszenia wydalenia gazów z przełyku, chory wprowadza w grę tłocznię brzuszną i jednocześnie kurczy mięśnie oddalające krtani od tylnej ściany gardzieli, otwierając jakby tym sposobem kłapę, by dać gazom swobodne ujście na zewnątrz. W stanach patologicznych, połączonych ze zgagą i odbijaniem, uczucie palenia nie następuje po każdorazowym odbiciu się gazów. Jasną jest rzeczą, że dla powstawania uczucia zgagi w gardle, t. j. dla podniesienia żrącej zawartości płynnej aż do gardzieli, żołądek musi o wiele silniej się kurczyć, niż przy powstawaniu odbijania. Przedostawszy się do gardzieli, płyn wywołuje odruch połykowy. Połykana ślina sprawia pewną ulgę, gdyż, oddziałując zasadowo, zobojętnia kwaśny odczyn płynu, wywołującego zgagę. Nauczony tem doświadczeniem, chory wkrótce zaczyna częściej łykać ślinę, przyczem akt ten jest już wtedy dowolnym [zależnym od woli].

Uczyniwszy tych kilka uwag, zaznaczyć winienem, że kaszel powstaje jedynie tylko przy zgadze gardzieliowej, t. j. gdy drażniący płyn przedostaje się aż do gardzieli. Nie za każdym jednak uczuciem zgagi gardzieliowej następuje kaszel. Kaszel zależny od zgagi jest zazwyczaj bardzo silny, cechuje się znacznem napięciem, choć ruchy kaszlowe nie zawsze są bardzo częste. Powstawanie tego kaszlu tłumaczę sobie bezpośrednio chemicznym podrażnieniem, przez ostry, najczęściej kwaśno oddziałujący płyn, nadzwyczaj czułego miejsca krtani, mianowicie tylnej, międzynałekowej ściany tejże. Zresztą, w jakikolwiek sposób tłumaczyć sobie będziemy pochodzenie tego kaszlu, fakt zależności jego od zgagi dla mnie żadnej nie ulega wątpliwości. Od czasu, jak na tę okoliczność zwróciłem uwagę, zdołałem zebrać już sporą liczbę przypadków, potwierdzających mój pogląd. Niedawno, komunikując spostrzeżenie moje kilku kolegom, natrafiłem na jednego, cierpiącego od dłuższego już czasu na zgagę, który na podstawie osobistego doświadczenia w zupełności to potwierdził. Na oddziale D-ra GROSTERNA spostrzegam obecnie przypadek sokotoku żołądkowego, połączonego z silną zgagą. Zależność kaszlu od zgagi bardzo wyraźnie u tego chorego występuje. Chory przy wypytywaniu z naciskiem zaznacza, że ilekroć powstaje u niego [najczęściej po jedzeniu, zwłaszcza pokarmów mącznych] zgaga, jednocześnie występuje także męczący, dolegliwy kaszel, odznaczający się wielkiem napięciem oddzielnych ruchów kaszlowych. Kaszel początkowo jest suchy; po pewnym czasie zaczyna wydzielać się przy kaszlu nieco śluzu. Przez długi czas po ustaniu zgagi, a wraz z nią i kaszlu, chory uczuwa jeszcze silne drapanie w gardle. Przy laryngoskopowaniu tego chorego żadnych zmian w krtani nie znaleziono [kol. SREBRNY].

Spostrzeżenia moje przekonały mnie, że zgaga bardzo często występuje, jako czynnik etyologiczny kaszlu. Wobec tego niezrozumiałą wydaje mi się ta okoliczność, że moment ten dotychczas prawie zupełnie nie został uwzględniony w piśmiennictwie lekarskiem. Chcąc przekonać się, co w tym względzie pisano, zacząłem przeglądać, obok wielu czasopism z ostatnich lat, podrę-

czniki chorób górnych dróg oddechowych, chorób żołądka oraz kilka podręczników dyagnostyki chorób wewnętrznych. W dziale „Dyagnostyki różniczkowej chorób wewnętrznych“ BIEGAŃSKIEGO, opracowanym przez SOKOŁOWSKIEGO [„Choroby górnego odcinka dróg oddechowych“], znajdujemy, co następuje: „Na zakończenie tych ogólnych uwag ¹⁾ dodać trzeba, że praktyk nie powinien zapominać, iż ogromna większość cierpień krtani jest tylko sprawą następczą, mającą swe źródło w gardzieli, jamie nosowej, lub w narządach niżej położonych, t. j. w oskrzelach i płucach, ztąd też nie należy nigdy zaniedbywać zbadania tych narządów, tą bowiem drogą jedynie jesteśmy w stanie dokładnie rozpoznać istotę sprawy krtaniowej“. O stosunku cierpień żołądka do spraw patologicznych w krtani nie wspomina SOKOŁOWSKI również i przy omawianiu etyologii spraw zapalnych tego narządu. Tak samo BIEGAŃSKI, mówiąc o przyczynach kaszlu [w rozdziale I: kaszel, powstający bez zmian w płucach, kaszel gardlany, krtaniowy, tchawicowy...], nie czyni o tem żadnej wzmianki, a dalej, przy omawianiu kaszlu nerwowego, powstającego na drodze odruchowej, wyraża się: „Są podania o istnieniu żołądkowego kaszlu [BRUECKE, BULL]“. Z niemieckich dzieł, poświęconych chorobom górnym dróg oddechowych, przejrzałem następujące: M. SCHMIDT, *Die Krankheiten der oberen Luftwege* 1894; C. STOERCK, *Klinik der Krankheiten der Nase und des Rachens*; M. MACKENZIE, *Die Krankheiten des Halses und der Nase*, 1880; A. JURASZ, *Die Krankheiten der oberen Luftwege*, 1891; L. TUERCK, *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre*, 1816; C. ROSENTHAL, *Die Erkrankungen des Kehlkopfes*, 1893; A. ROSENBERG, *Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes*, 1893. W żadnym z tych dzieł nie znalazłem najlżejszej wzmianki o zaznaczonym przezemnie momencie przyczynowym kaszlu. U LOERI'ego (*Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre*, 1885) znajdujemy wzmiankę o powstawaniu ostrych oraz przewlekłych nieżyłtów krtani wskutek zgagi. O napadach kaszlu w okresach występowania zgagi i ten autor nie wspomina. Nie więcej znalazłem w przejrzanych przezemnie podręcznikach chorób żołądka: RIEGEL'a *Die Erkrankungen des Magens*, 1896 (w *Specielle Pathologie und Therapie*, wydawanej przez NOTHNAGEL'a); EWALD'a *Klinik der Verdauungskrankheiten*, II. *Die Krankheiten des Magens*, 3 wydanie 1893; BOAS'a, *Diagnostik u. Therapie der Magenkrankheiten* 1895; JAWORSKIEGO, *Podręcznik chorób żołądka*, 1893; RAJCHMANA, *Semiotyka*, 1890; BOUVERET'a, *Traité des maladies de l'estomac*, 1893; DEBOVE'a i RÉMOND'a, *Traité des maladies de l'estomac* [bez oznaczenia roku]; EINHORN'a, *Die Krankheiten des Magens*, 1898; EWALD pod kaszlem żołądkowym osób cierpiących na niestrawność („*Magenhusten der Dyspeptiker*“) rozumie odchrząkiwanie gęstego śluzu w postaci czarniawych kłaczków, które znajdujemy także we wziętej, w celu chemicznego zbadania żołądka, zawartości tegoż; zdarza się, mówi dalej EWALD, że kwaśna zawartość żołądka przy odbijaniu drażni będącą w stanie nieżyłtowym błonę śluzową gardzieli (*die katarrhalische*

¹⁾ T. j. dotyczących objawów, właściwych sprawom krtaniowym, jak: kaszel, chrypka, ból...

Pharynxschleimhaut) „und so an dem Kreuzungspunkt von Oesophagus und Bronchien Hustenstösse auslöst“ (?).

Oto wszystko, com znalazł w dostępnej mi literaturze.

Wyraziłem wyżej przekonanie, że kaszel zależny od zgagi jest częstem zjawiskiem. Łatwo to zrozumiemy, gdy uwzględnimy, w jak wielu chorobach żołądka zdarza się zgaga. Istotnie, jest ona stałym zjawiskiem przy wszelkich cierpieniach żołądka, połączonych z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego (*hyperaciditas digestiva*, *gastrsuccorhoea*, *ulcus pepticum*), przy wszelkich stanach patologicznych, którym towarzyszą sprawy fermentacyjne w żołądku [a więc przy raku, nieżycie, rozszerzeniu i t. d.]. W pierwszym przypadku zgagę wywołuje kwas solny, w drugim—kwasy organiczne, szczególnie octowy i masłowy. Dalej zgaga występować może przy nerwicach żołądka, tak czuciowych, jak i ruchowych, przy zupełnie normalnem zachowaniu się czynności wydzielniczej żołądka.

Powszechnem jest mniemanie, że dla powstawania zgagi niezbędnem jest przedostanie się do przelyku płynu kwaśnego, że więc tam, gdzie płyn kwaśnym nie jest, zgaga występować nie może. EINHORN ¹⁾ zaprzecza temu, przytaczając chorego z *achylia gastrica* ²⁾, którego zawartość żołądka prawie zawsze oddziaływała obojętnie, a jednak chory często uskarżał się na zgagę. Zjawisko to, zdaniem mojem, możnaby chyba objaśnić pewnym rodzajem parestezyi błony śluzowej przelyku, *resp.* gardzieli.

Że nie każda zgaga wywołuje kaszel, o tem już wyżej wzmiankowaliśmy, zaznaczając, że kaszel, przynajmniej w naszych przypadkach, wywoływało tylko umiejscowienie zgagi w gardzieli [jakkolwiek nie zawsze]. Że kaszel, skurcz głośni i t. d. mogą powstawać przy wymiotach, gdy zawartość żołądka dostaje się do krtani [i poniżej leżących odcinków dróg oddechowych], jest to rzecz znana. Przy zwracaniu płynów (*regurgitatio*) prawdopodobnie również może powstać kaszel, gdy część tych płynów dostaje się do krtani [podrażnienia mechaniczne, chemiczne lub jedno i drugie]. Wiadomo dalej, że cierpienia żołądka mogą rozwijać się wtórnie przy zajęciu krtani lub gardzieli i to nie tylko *per continuitatem*, lecz także wskutek przenoszenia do żołądka dużych ilości śluzu, powietrza i t. p. przy częstych ruchach połkowych. Możliwym jest także stosunek odwrotny, t. j. powstawanie spraw chorobowych gardzieli i krtani w następstwie cierpień żołądka. Pomijając możliwość szerzenia się w tym kierunku sprawy nieżytowej *per continuitatem*, co jest rzeczą znaną, sądzę, że należałoby baczniejszą zwracać uwagę, czy i jak często cierpienia krtani rozwijają się za pomocą zaznaczonego tu przezemnie mechanizmu, t. j. wskutek przenoszenia drażniących płynów przy cierpieniach żołądka, połączonych ze zgagą. Jakaśmy wyżej widzieli, dzieła, poświęcone chorobom górnych dróg oddechowych, prawie zupełnie obchodzą punkt ten milczeniem.

Częste występowanie kaszlu wskutek zgagi lekarz-praktyk winien zawsze mieć w pamięci. W tej okoliczności nieraz będzie on miał wyjaśnienie

¹⁾ Patrz wyżej cytowany podręcznik Jego z 1893 r.

²⁾ T. j. z *gastritis atrophica*.

przyczyny kaszlu w tych przypadkach, w których nie znajdzie źródła tego zjawiska ani w samych drogach oddechowych, ani w blizkiem sąsiedztwie i gdy jednocześnie nie będzie miał podstawy do przyjęcia kaszlu nerwowego. Uwzględnienie tego momentu przyczynowego ważnem jest szczególnie u chorych mało inteligentnych, którzy nie zwykli zdawać sobie sprawy ze swych dolegliwości. Zarówno w podręcznikach dyagnostyki chorób wewnętrznych, jak w podręcznikach, traktujących choroby narządu oddechowego, należałoby, zdaniem mojem, zwracać uwagę na wskazany tu czynnik etyologiczny kaszlu.

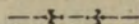
Zbytecznem byłoby dowodzić, że omawiana etyologia kaszlu może mieć znaczenie również pod względem leczniczym, gdyż, usuwając zaburzenia ze strony żołądka, usunąć tem samem możemy i kaszel. Ponieważ kaszel tego pochodzenia, jak to wyżej zaznaczyliśmy, często odznacza się silnem natężeniem, łatwo zrozumieć, że nie jest on bynajmniej obojętnym, szczególnie dla osób, skłonnych np. do przepuklin, poronień, krwotoków, i t. p.

25 Maja 1898 roku.

II. KILKA UWAG O ZAPALENIU PŁUC WŁÓKNIKOWEM.

podał

Karol Zaleski.



Niżej podaję uwagi, które nastreczyły mi się po przejrzaniu kart szpitalnych z sali 32-ej szpitala Dz. Jezus, tyjących się zapalenia płuc włóknikowego za czas od roku 1894 do 1897 włącznie. Ogólna liczba chorych na zapalenie płuc włóknikowe za czas wyżej oznaczony wynosi 73. Pośród nich znajdują się zapewne przypadki, w których zapalenie płuc płatowe rozwinęło się w przebiegu grypy (*influenza*). Inne zaś postaci zapalenia płuc, jak: *pneumonia cachecticorum*, *catarrhalis*¹⁾ *et traumatica*, nie zostały uwzględnione. Przy omawianiu poszczególnych kwestyi korzystałem niekiedy i z krótkich notatek o pojedynczych przypadkach z lat dawniejszych; przypadków tych jednak nie włączam do wykazów liczbowych. Zamiast układania z powyższego materiału sprawozdania szczegółowego, a więc powtarzania poniekąd tak dobrze już znanego i tyle razy powtarzanego opisu zapalenia płuc włóknikowego, wolałem zatrzymać się nad tymi tylko punktami obrazu klinicznego tej choroby, które w moim materiale przedstawiły mi się w innym nieco świetle, niż w znanych opisach.

Zapalenie płuc poronne. Postać ta znana jest od bardzo dawna [WUNDERLICH, THOMAS, SÉE, LEUBE, JUERGENSEN]. Do niedawna opisywano ją jako typowe zapalenie płuc włóknikowe ze wszystkimi jego objawami: silną i nagłą gorączką, objawami fizykalnymi, kluciem w boku, plwociną rdzawą

¹⁾ W ostatnich 4-ch latach zdarzały się dosyć liczne przypadki tego cierpienia w szpitalu.

i t. d., lecz trwające znacznie krócej, bo 4 dni, a nawet i mniej. Dopiero w roku 1837 KUEHN¹⁾ zwrócił uwagę na inny rodzaj zapalenia płuc, który nazywał „rudimentäre Pneumonie“. Podczas kilku epidemii zapalenia płuc między więźniami, kiedy prócz tej choroby żadne inne cierpienia zakaźne w więzieniu nie panowały, obok przypadków zwykłych zapalenia płuc zdarzały się krótkotrwałe gorączki z ciężkimi objawami ogólnymi, lecz bez wyraźnych objawów miejscowych. Te więc „rudimentäre Pneumonien“ KUEHN'a możnaby nazwać *febris pneumonica sine pneumonia*.

Następnie w naszej literaturze zwrócono uwagę na inne jeszcze rodzaje zapalenia płuc poronnego. NUSSBAUM w cennej swej pracy: „O natężeniu w zjawiskach patologicznych“²⁾ wyraził przypuszczenie, że w zapaleniu płuc poronnem *diplococcus pneumoniae* wywołuje nie zrazowe, lecz zrazikowe zapalenie płuc. ARNSTEIN i PISARZEWSKI³⁾ opisywali zapalenie płuc bezgorączkowe, w którym objawy fizykalne trwały około tygodnia. W materyale, z którego zdaję tu sprawę, znalazłem liczne notatki o przypadkach zapalenia płuc poronnego. Pochodziły one przeważnie z czasów dawniejszych; za ubiegłe 4 lata było ich 6. Z notatek tych wynika, że w przypadkach odnośnych zdarza się taka różnorodność i niestałość cech chorobowych, że niepodobna podciągnąć ich pod jeden typ ogólny.

Nie mówię tu już o *febris pneumonica sine pneumonia* w myśl KUEHN'a. Przypadków takich — *febris ephamera*, *febris herpctica* — znalazłoby się dużo w kartach szpitalnych za czas wyżej oznaczony, lecz brak tu dowodu głównego, tego mianowicie, żeby przypadki te zdarzyły się podczas wyłącznego panowania zapalenia płuc. Z równem więc prawem można poczytywać takie przypadki za postać poronną innych cierpień zakaźnych. Bardziej już przekonywającymi są te historye chorób, w których takiej gorączce krótkotrwałej z ciężkimi objawami ogólnymi towarzyszyły: kaszel, klucie w boku, wrzeszcie płwocina rdzawa, bez żadnych jednak objawów fizykalnych, dostępnych badaniu. Przypadków takich znalazłem dwa. W obu powrót do zdrowia był szybki.

O przypadkach poronnych, które posiadały wszystkie cechy właściwe typowemu zapaleniu płuc, lecz trwały krócej niż zwykle, nie będę się rozwodził. Jak już wspominałem, jest to postać poronna, znana oddawna. Objawy fizykalne w kilku takich przypadkach były nieznaczne: ograniczone i mierne stłumienie, trzeszczenia, oddech raczej nieokreślony, lub blizki oskrzelowego, niż oskrzelowy. Objawy te wystąpiły dwa razy w miejscu klasycznym dla poczynającego się zapalenia płuc, pod pachą, a raz z tyłu u dołu. Zniknęły one prawie razem z gorączką. Zdrowienie i tu następowało szybko.

Najwięcej, bo 7, znalazłem przypadków takich, w których, mimo krótkiej gorączki, objawy fizykalne trwały długo, tak, że choroba zachowywała nieja-

1) D-r A. KÜHN. Rudimentäre u. larvirte Pneumonien. Deut. Arch. f. klin. Med. 1887.

2) Odczyt kliniczny r. 1891 str. 17.

3) Gazeta Lekarska. r. 1896.

ko swój siedmiodniowy typ. Rekonwalescencya przeciągała się tu długo a podczas zdrowienia zdarzało się znaczne zwolnienie tętna i *polyuria*.

Niżej przytaczam w krótkości niektóre z historii chorób.

Spostrzeżenie I. J. lat 16, przybył do szpitala 21. XII. 1894. Zachorował dnia poprzedniego rano: miał silne dreszcze, gorączkę, kaszel, klucie w boku, ból głowy i w dolku; ogólna niemoc, brak łaknienia. Budowa i odżywianie dobre, obfity wyprysk wargowy. Nad łopatką lewą i pod pachą lewą trzeszczenia i oddech osłabiony bez różnic opukowych. W tych samych miejscach drzenie i głos osłabione. Przekłucie próbne nie dało płynu. Silna gorączka [nie mierzona]. Tętno 84, oddech 34. Mocz nie zawiera białka.

Dnia 1. I. 1895. Stępienie dziś wyraźne. *Affricus pleuritic*. na miejscu stępienia. Plwocina rdzawa, w małej ilości. Tętno 64, oddech 32, ciepłota 36,2°C.

Dnia 3. I. *Status idem*. Tętno 48, oddech 22.

Dnia 5. I. Plwocina jeszcze rdzawa. Tarcie znikło. Stłumienie jest jeszcze. Tętno 60. Chory przez cały czas nie gorączkował.

Dnia 6. I. W plwocinie krwi niema. Ciepłota 37°.

Dnia 9. I.—10. I. Chory czuje się dobrze. Przy wdechu głębokim uczuwa jeszcze ból w boku.

Dnia 11. I. Tarcie opłucnowe zjawia się jeszcze chwilami.

Dnia 14. I. Objawów fizykalnych już niema; kaszel ustał. Od tygodnia *polyuria*: chory oddaje po 3—4 litrów moczu na dobę, o ciężarze właściwym 1013, bez białka;

Dnia 19. I. *Polyuria* do 4-ch litrów o własnościach, jak wyżej.

Dnia 21. I. Tarcie opłucnowe chwilami słyhać jeszcze. Wygląd i stan ogólny chorego dobre.

Dnia 22. I. Wychodzi ze szpitala zdrów.

Spostrzeżenie II. S, lat 17, piekarz. Przybył do szpitala dnia 23. IV. 1896. W nocy z dnia 20 na 21. IX. poczuł silny ból kłujący w boku prawym i osłabł bardzo. Mimo to pracował do rana. O 8-ej rano dostał dreszczów, gorączki i kaszlu; odpluwał plwocinę krwawą. Cały dzień przeleżał; na noc wstał znowu do roboty, ale musiał ją przerwać już o 3-ej. Następnego dnia wstawał z łóżka i chodził sam pieszo do lekarza po świadectwo. W 3-im dniu choroby przybył do szpitala już bez gorączki. Chory zbudowany atletycznie; odżywiony wybornie. W kątach ust *herpes labialis*, którego pęcherzyki oddzielne są także rozrzucone i po części górnej tułowia. W płucu prawem z tyłu u dołu stłumienie, poczynające się od połowy łopatki; pod pachą prawą odgłos bębnekowy. Na miejscu stłumienia słyhać trochę rżężeń wilgotnych, a pod pachą oddech oskrzelowy i trzeszczenia. Plwocina rdzawa. Mocz nie zawiera białka. Brak sił, snu i apetytu. Tętno 76. Oddech 28. Ciepłota 37,2. Następných dni ciepłota 36,4—37,3.

Dnia 24. IV. Stłumienie mniejsze. Tętno 80, Oddech 28.

Dnia 25. IV. Objawy fizykalne znikają; trzeszczenia pod pachą jeszcze są Plwocina rdzawa.

Dnia 28. IV. Objawy fizykalne zniknęły.

Dnia 30. IV i 1. V. Ból nad grzebieniem kości biodrowej prawej. Dopiero 3. V. chory opuścił szpital.

Spostrzeżenie III. W. T., lat 30, kotlarz. Przybył do szpitala 4. V. 1896. W nocy z 2-go na 3 maja miał wymioty i silne dreszcze; nazajutrz przyłączyło się kłucie w boku lewym. Dziś w nocy były obfite poty. Kaszel z plwociną krwawą. Budowa i odżywianie bardzo dobre. *Herpes labialis*. Na tułowiu kilka czerwonych, wzniesionych plamek. Granice płuc obniżone. W płucu lewym z tyłu od dołu zaczyna się stłumienie, które sięga na 4 palce po nad kąt łopatki. Na miejscu stłumienia oddech osłabiony; w niektórych miejscach słycać od czasu do czasu oddech oskrzelowy, trzeszczenia i *bronchophonia*. Tętno 88, oddech 24, ciepłota 40,2. Plwocina rdzawa.

Dnia 5. V. *St. idem*. Ciepłota 37—36,8. Gorączka trwała 48 godzin.

Dnia 6. V. Oddech oskrzelowy wyraźniejszy; wyprysk obfitszy. Tętno 60. Oddech 20. Ciepłota 36,4—37°

Dnia 7. V. Różnic odgłosu opukowego niema. Trzeszczenie słycać.

Dnia 9. V. Słycać jeszcze nieco trzeszczeń i oddech nieokreślony.

Dnia 11. V. Trzeszczenia chwilami jeszcze słycać.

Dnia 14. V. Wypisał się zdrów.

Spostrzeżenie IV. W., lat 20, dobrze zbudowany i odżywiony. Chory opowiada, że dziś [3. II. 1897] po południu dostał nagle dreszczów i gorączki. Skarży się na kłucie w boku lewym. Ciepłota 38,3°. Objawów fizykalnych w płucach nie znaleziono.

Dnia 4. II. Ciepłota 38,8—40°. Rano podczas badania stwierdzono w okolicy zrazu dolnego w płucu lewym u dołu stępienie z oddechem oskrzelowym. Tego samego dnia wieczorem objawy powyższe znikły prawie zupełnie. Sensorium zajęte; niezmierna nadczułość na bodźce zewnętrzne. Wygląd ciężko chorego.

Dnia 5. II. Stan bezgorączkowy [gorączka trwała 26 godzin]. Objawy fizykalne nieznaczne. Chory odpluwa plwocinę rdzawą.

Dnia 8. II. Stan ogólny znacznie lepszy. Tętno 60, niemiarowe. Plwocina wciąż rdzawa. Ciepłota 36,5—36,3°. W plwocinie nie znaleziono prątków grzybiczych.

Dnia 9. II. Tarcie opłucnowe na miejscu dawnego stłumienia. Ból w boku jeszcze jest. Powrót do sił był powolny. Przez cały rok następny chory nie doznawał zaburzeń żadnych ze strony płuc.

Spostrzeżenie V. 55-letni chory z wiałem rdzenia, w tym czasie, kiedy wcierano mu maść szarą, dostał *stomatitis mercurialis*, które już się zmniejszało. Nagle d. 21. V. 1894 dostał dreszczów, wymiotów i kaszlu. Ciepłota 38,6° [dotąd nie gorączkował i nie kaszlał], tętno 120; wielkie osłabienie. Tego samego dnia i rano następnego ciepłota podniosła się do 39°, a nazajutrz wieczorem opadła do 36,5°

Dnia 23. V. Poty. Nad płatem dolnym płuca prawego stwierdzono stępienie odgłosu opukowego, oddech oskrzelowy, głos wzmożony i drobne rżenia wilgotne. Plwocina lepka bez krwi. Ciepłota 37°.

Kłucia w boku nie było. Objawy fizykalne trwały do 30. V.

W trzech przypadkach zapalenia płuc poronnego przebieg choroby przypominał t. zw. *pneumonia intermittens*. W jednym z nich u 30-letniego chorego, który pielęgnował żonę chorą na ciężkie, śmiertelne zapalenie płuc, po napadzie jedno-dniowej ciężkiej gorączki z objawami mózgowymi i kłuciem w boku lewym, lecz bez żadnych objawów fizykalnych, nastąpił po potach dzień zupełnie wolny od gorączki. W dniu następnym zjawiała się znowu silna gorączka, kaszel z krwiopluciem i kłucie w boku lewym bez wyraźnych objawów fizykalnych w płucach. Gorączka trwała tylko dobę, zakończyła się obfitymi potami. Laseczników gruźliczych w płwocinie nie znaleziono. Powrót do zdrowia był długi i powolny. Przez cały rok następny ze strony płuc nie było żadnych zaburzeń.

A oto przypadek drugi. Chory S., lat. 21, przybył do szpitala dnia 6. XII. 1894. Rano dnia poprzedniego miał dreszcze i kłucie „w piersi prawej“, kaszel i odpluwał płwocinę krwawą. Dzień cały to chodził, to leżał; nazajutrz sam jeszcze zaszedł do doktora, a następnie zapisał się do szpitala. Budowa i odżywianie dobre; cera żółtawa. *Herpes labialis*. Pod prawą brodawką piersiową słycać wyraźne trzeszczenia. Tętno 80. Oddech 26. Ciepłota 39° [wieczorem]. Płwocina rdzawa.

Przez dwa dni następne ciepłota nie podwyższona: rano ciepłota 37,2°, wieczorem—37°; rano ciepłota 36,8°, wieczorem—37,2° i żadnych objawów fizykalnych.

Dnia 9. XII. Pod pachą prawą znaleziono: stłumienie, *affricus pleuriticus*, oddech oskrzelowy, *bronchophonia* obok jednoczesnego podskoczenia ciepłoty do 38,6°, a wieczorem wynosiła już tylko 37° C. Tętno 84. Oddech 28.

Dnia 10. XII. Czuje się lepiej. Objawy fizykalne zniknęły. Tętno 64. Oddech 24. Ciepłota 36,6°.

Dnia 11. XII. Poty, które powtarzały się i dni następnych. W dniu 14. XII. stan bezgorączkowy, lecz pod obojczykiem prawym i w okolicy łopatki prawej zjawilo się znowu tarcie opłucnowe. Po 4-ch dniach objawy te znikły i chory dnia 21. XII, czyli 16-go dnia od początku choroby, jako zdrowy opuszcza szpital.

O trzecim takim przypadku znalazłem tylko wzmiankę. Powyższe trzy przypadki nasuwają pytanie, czy i innych przypadków t. zw. *pneumoniae intermittens* nie należy uznać za pewną postać zapalenia płuc poronnego. Czytajac pracę КУЕНА'а, znalazłem w niej kilka spostrzeżeń, w których silna gorączka znikala i znowu wracała. W medycynie naszej przed niedawnymi jeszcze czasy zbyt wielkie znaczenie przypisywano zimnicy i zbyt często ją rozpoznawano. To też w piśmiennictwie naszym dużo się mówi o *pneumonia intermittens* i o *febris intermittens pneumoniae*. Prawdopodobnie znaczną ilość takich przypadków należałoby odnieść do gruźlicy. W innych natomiast chodziło o gorączkę resorbcyjną, towarzyszącą wsysaniu wytworów zapalnych w przypadkach długotrwałego zapalenia płuc włóknikowego.

Niektóre jednak z tych opisów uważałbym właśnie za taką postać poronną zapalenia płuc włóknikowego, gdzie ustrój pokonywa działanie zakażenia nie od razu, ale jak gdyby w dwóch lub trzech tempach. I tu choroba jak

gdyby dążyła do utrzymania swego 7-io-dniowego typu, tylko że przebiega znacznie łagodniej, a ponieważ ustaje sama przez się, nie więc dziwnego, że chinina okazuje się skuteczną. Taki przebieg cierpienia uważalibyśmy za analogiczny do zapalenia opon mózgowodzeniowych nagminnego o typie przepuszczającym, jakby naśladującym zimnicę. I tu takie przypadki przepuszczające mają przebieg łagodniejszy i na pozór mogą ustępować jakoby wskutek podawania chininy. JACCOURD takie przypadki zapalenia opon wprost zalicza do poronnych. Tego samego przekonania nabrać można z opisów zapalenia opon mózgowodzeniowych przepuszczającego w naszym piśmiennictwie lekarskim.

Podobny niejako pogląd na *pneumonia intermittens* znajduję u STRUEMPELL'a ¹⁾. Autor ten uważa owe nagłe spadanie ciepłoty za jednokrotną lub kilkukrotną *pseudocrisis*. Krzywe ciepłoty, podane przez STRUEMPELL'a, jakkolwiek wykazują po kilka napadów wzniesienia ciepłoty, jednakże nasuwają myśl, że i tu chodziło o złagodzony przebieg zapalenia płuc włóknikowego. To samo powiedziałbym o przypadkach i krzywych ciepłoty, przytoczonych przez KORANYI'ego ²⁾, chociaż autor uważa je za powstałe pod wpływem zarazka zimniczego i usiłuje odnaleźć w nich typ, właściwy zimnicy.

Wogóle sprawa *pneumoniae intermittens* jest jeszcze ciemna i wątpliwa. Dawniejsi autorowie [GRISOLLE, GRIESINGER] przypadki zimnicy płucnej w okolicach malarycznych opisywali jako bardzo złośliwe, śmiertelne. U nas taki przypadek z badaniem zwłok dość dokładnie opisał KOPERNICKI, WUNDERLICH, KORANYI, CHALUBIŃSKI ³⁾, WROCZYŃSKI, DZIEWISZEK, przeciwnie — mówią o przypadkach względnie łagodnych. Czy nie są to właśnie przypadki zapalenia płuc poronnego lub złagodzonego. Zdaje się, że objawy fizykalne w przerwach całkowicie nie znikają [KORANYI], że przebieg ciepłoty nie bywa zupełnie typowy. Obrzmienie śledziony również nie może uchodzić za dowód, bo przecież jest ono właściwe i zwyklemu zapaleniu płuc włóknikowemu. Rozstrzygać więc to pytanie mogłyby dopiero badania krwi na plazmodye u takich chorych przy jednoczesnem poszukiwaniu diplokokków w wysięku płucnym, łatwiej bowiem byłoby przypuścić zakażenie mieszane, niż swoistą *pneumonia malarica*. Na czem polegać mogłoby takie swoiste zapalenie płuc zimnicze, tego nie omawiają autorowie. U nas D-r DUNIN *bronchitis malarica* przypisywał bezpośredniemu wpływowi plazmodyów na drogi oddechowe. Nadto wypowiedane było domniemanie, że chodzi tu o mniejsze lub większe zatory naczyń płucnych złożone z plazmodyów i barwnika, krążącego we krwi. Dodam jeszcze, że KORANYI ściśle odróżnia zapalenie płuc przepuszczające od wędrującego. W postaci pierwszej napady gorączki są krótsze i choroba nie przebiega typowo: nacieczenie nie rozszerza się, jak w postaci drugiej, a cały okres choroby jest bez porównania krótszy.

¹⁾ Lehrbuch der spec. Pathol. u. Ther. 1896.

²⁾ Real-Encycl. f. die ges. Heilkunde. III Aufl.

³⁾ Zimnica. Warszawa. 1875. str. 30.

Przeważną większość tych przypadków zapalenia płuc poronnego spotykaliśmy u osobników młodych i silnych. Wyprysk spotykano tu bardzo często. To samo zaznacza i KUEHN dla swych „rudimentäre Pnenmonien“. Zwraca on też uwagę na dosyć częste wymioty i biegunkę w początkach choroby. Z naszych przypadków dwa tylko zaczęły się wymiotami, w dwóch zaś innych była biegunka. Przypomnę jeszcze, że według autorów dawniejszych, owe przypadki poronne miały polegać na krótkim, lecz energicznym oddziaływaniu gorączkowym.

W naszych przypadkach gorączka nie zawsze była wysoka. To samo powiedzieć można i o upadku sił czasem wybitnym, a czasem nieznacznym. Naciek płuc, jak widać z powyższego, czasami trwał około tygodnia, częściej zaś znikał tak szybko, że możnaby mówić o obrzęku, nigdy zaś o zwłóknieniu płuc. U chorych tych wreszcie często stwierdzano obecność tarcia opłucnowego.

A zatem zapalenie płuc poronne nie posiada jednego typu stałego, ale raczej odbiega w kierunkach najrozmaitszych od zwykłego obrazu. I nic dziwnego: widzimy to samo i w tych chorobach, których postaci poronne są nam najlepiej znane. To samo jest przecież w ospicy (*variolois*), to samo w postaciach poronnych odry, płonicy, wreszcie błonicy i tyfusu brzuszego. I tam mamy: *scarlatinam sine febrī*, *anginam*, *nephritidem sine exanthemate*: wszystkie tak wysoce charakterystyczne cechy płonicy mogą znikać, prócz jednej lub kilku, albo też kombinować się we wszelki możliwy sposób. To samo spostrzegamy i w odrze. Wreszcie, wszak i błonica u jednego z członków rodziny może występować w postaci *anginae lacunaris* lub nieżyłowego zajęcia gardła z gorączką lub bez, gdy tymczasem u innych rozwija się typowa. Wynika więc ztąd, że postaci poronne wszystkich chorób zakaźnych odznaczają się przebiegiem bardzo nietypowym i okazują niezmierną różnorodność odmian. Zresztą i poza właściwymi chorobami zakaźnymi spotykamy tę samą nietypowość i różnorodność, skoro chodzi o przypadki poronne jakiegoś cierpienia. Za najlepszy przykład może służyć choroba Basedow'a.

Wobec cech tak niestałych i braku odpowiednich badań bakteryologicznych możnaby sobie zadać pytanie, czy w padanych wyżej przypadkach zapalenia płuc nie mieliśmy do czynienia z poronnym zapaleniem opłucnej, poronnym zapaleniem płuc nieżyłowym lub ze sprawą gruźliczą, która na razie wystąpiła ostro, a następnie przycichła. Co do podejrzenia istnienia zapalenia opłucnej, to pewien sprawdzian badania posiadamy w przekłuciu próbnym. W kilku przypadkach było ono istotnie dokonane, lecz nie otrzymano płynu. W kilku innych szukano laseczników gruźliczych, ale daremnie.

[C. d. n.]

ODCINEK.

CZY SACHARYNA JEST SZKODLIWĄ DLA NASZEGO ZDROWIA?

Sacharyna, czyli sulfimid kwasu benzoesowego wzoru $C_6H_4 \begin{matrix} \langle CO \\ SO_2 \rangle NH, \end{matrix}$

otrzymana została w roku 1879 przez C. FAHLBERG'a i IRA RAMSEN'a. W handlu sacharyna znana jest jeszcze i pod nazwą cukeryny (*Zuckerin*), wyrabianej w fabryce F. von HEYDEN'a w Radebeul'u.

Fakt ten, że sacharyna jest 250 razy słodsza, aniżeli zwykły cukier, wywołał dla łatwo zrozumiałej przyczyny panikę pomiędzy wytwórcami cukru i piwa.

Pierwsi uczeni francuscy, a następnie i uczeni całego cywilizowanego świata zajęli się gorączkowo badaniami, nad zachowaniem się sacharyny w organizmie ludzkim i nad szkodliwością pokarmów i używek, do których, zamiast zwykłego cukru, dodawana bywa sacharyna.

Zdania jednak badaczy, co do szkodliwości sacharyny, były podzielone i gdy jedni uważali sacharynę za ciało obojętne i bez żadnego wpływu na organizm ludzki, to drudzy twierdzili, że sacharyna jest szkodliwą, zwalnia bowiem, a nawet wstrzymuje rozszczepianie się białkanów i przemianę krochmalu na cukier i że wpływa ujemnie na wchłanianie tłuszczów.

Sprzeczność ta poglądów co do zachowania się sacharyny wyjaśniona została przez prof. E. SALKOWSKIEGO w wyczerpującej i sumiennej pracy, pomieszczonej w archiwum VIRCHOW'a¹⁾, a streszczonej w klasycznym dziele prof. J. KOENIG'a²⁾ o pokarmach i używkach.

[1-szy szereg doświadczeń].

Prof. E. SALKOWSI w celu wykazania, czy obecność kwasów wogóle wstrzymuje rozkład mączki, przeprowadził następujące doświadczenia z kwasami: solnym, octowym, winnym oraz ze zwyczajnem stołowem winem reńskim (*Moselwein*).

Doświadczenie I-sze. Do 0,5 ctm. sześć. 0,28%-go kwasu solnego dodano 10,0 ctm. sześć. kłajstru krochmalowego i 1,0 ctm. sześć. śliny. Dokonane we właściwym czasie badanie nie wykazało obecności cukru, który powinien się być wytworzyć z krochmalu pod wpływem fermentu śliny—ptyaliny.

Doświadczenie II-gie. Do tej samej mieszaniny, co pod I-szem, dodano, zamiast roztworu kwasu solnego, rozcieńczonych kwasów organicznych, octowego i winnego oraz zwyczajnego wina stołowego reńskiego. Obecności cukru i tutaj nie można było wykazać.

Doświadczenie III-cie. Do powyższej mieszaniny z kłajstrem i śliną dodano sacharyny, przyczem okazało się, że roztwór sacharyny w stosunku 1:500) prawie że nie wpływa na przemianę krochmalu na cukier, gdy tymczasem taki sam roztwór kwasu winnego wstrzymuje jeszcze rozkład krochmalu.

Doświadczenie IV-te. Do powyższych mieszanin pod № I, II i III dodano węglanu sodu w takiej ilości, aby mieszaniny te zostały w zupełności zubożone. Badanie wykazało we wszystkich trzech mieszaninach prawidłowo wytworzoną ilość cukru.

¹⁾ Arch. f. path. Anat. Bd. 120. Heft 2.

²⁾ J. KÖNIG. Die menschlichen Nahrungs- und Genussmittel. 1893.

Na zasadzie powyższych doświadczeń prof. E. SALKOWSKI dochodzi do następującego wniosku: hamujące działanie sacharyny na przemianę krochmalu na cukier zależy li tylko od działania kwasu, jaki sacharyna zawiera i że wiele kwasów, jakie się znajdują w naszych pokarmach i używkach, w daleko większym stopniu wstrzymują przemianę krochmalu na cukier, aniżeli dosyć silnie stężone roztwory sacharyny. Doświadczenia E. SALKOWSKIEGO potwierdzone zostały i przez innych jeszcze badaczy, którzy jednak, wobec niekorzystnego zachowania się samej sacharyny, użyli do swoich badań jej soli sodowej. *Natrium sacharinicum* sacharynian sodu oddziaływa alkalicznie, w wodzie zimnej łatwo się rozpuszcza i zachowuje się wobec rozmaitych fermentów naszego organizmu, jak tytaliny, trypsiny i t. p., zupełnie obojętnie.

[2-gi szereg doświadczeń].

Czy i w jakim stopniu sacharyna przeszkadza trawieniu się białkanów, przekonywa następujące doświadczenie: Mieszaninę składu 10,0 grm. białka kurzego, ugotowanego na twardo, 86,0 ctm. sześć. rozcieńczonego kwasu solnego [10,0 ctm. sześć. HCl offic.: 1 litr], 4,0 ctm. sześć. roztworu pepsyny [5,0 grm. pepsyny: 100 wody] rozdzielono na pięć równych części, wiano do pięciu probówek i do każdej dodano po 0,0—0,1—0,25—0,5—i 1,0 grm. sacharyny. Po siedmiu godzinach w próbówce I-szej, w której nie dodano wcale sacharyny, jak i w próbówce II-giej, do której dodano 0,1 grm. sacharyny, gdzie zatem sacharyna znajdowała się w rozcieńczeniu 1: 1000, cała ilość białka została strawiona, w pozostałych zaś probówkach ilość białka została strawiona w większym lub mniejszym stopniu stosownie do ilości dodanej sacharyny.

[3-ci szereg doświadczeń].

Następujące doświadczenie wykazuje, jak zachowuje się roztwór zwykłego cukru do roztworu sacharyny tejże samej słodczy. Ponieważ sacharyna jest 250 razy słodsza, aniżeli zwykły cukier, przeto stosunek roztworu 1: 500 odpowiadać będzie 50% roztworowi zwykłego cukru. Do czterech probówek wiano następujące mieszaniny:

do A)	95 ctm. sz. wody	1 ctm. sz. HCl	4 ctm. sz. roztworu pepsyny,
" B)	95 " " "	1 " " HCl	4 " " pepsyny + 0,22 rozt. sacharyny,
" C)	95 " " wina	1 " " HCl	4 " " roztworu pepsyny,
" D)	95 " " "	1,25 " HCl	5 " " roztw. peps. + 50 grm. cukru,

Do każdej nadto próbówki dodano po 10,0 grm. drobno posiekanego i na twardo ugotowanego białka kurzego, co odpowiada 1,25 białka, trzymano w termostacie przez 24 godziny w ciepłocie 38° C.

Po upływie tego czasu uległo strawieniu:

z A)	1,0844 grm. = 86,7%
z B)	1,0645 " = 85,2%
z C)	0,8276 " = 66,1%
z D)	0,8368 " = 66,9%.

Z doświadczeń tych wynika, że roztwór cukru zwykłego w daleko większym stopniu wstrzymuje peptonizację, aniżeli roztwór sacharyny tejże samej słodczy i że zwykłe wino stołowe, reńskie daleko silniej przeszkadza trawieniu, aniżeli sacharyna w ilościach, dodawanych zazwyczaj do słodzenia naszych pokarmów i używek.

Aby odpowiedzieć na pytanie, jak wielkie dawki sacharyny znosić może bezkarnie ustrój ludzki, zdaniem prof. JAWORSKIEGO z Krakowa, należałoby przeprowadzić badania ze znacznie większymi dawkami, niż to dotychczas czyniono. Prof. JAWORSKI dawał jednorazowo po 50 grm., a dziennie po 100 grm. sacharyny i nie zauważył żadnych widocznych zaburzeń w czynnościach ustroju, nawet po tak wielkiej dawce, jak 520 grm. w przeciągu dziewięciu dni.

Prof. E. von MERING z Halli, mówiąc o leczeniu choroby cukrowej w dziele „*Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten*”, redagowanem przez prof. T. PENZOLDT’a i K. STINZING’a 1896, pisze, „ie ilości sacharyny, jakie człowiek przyjmuje w pokarmach i napojach, należy uważać za zupełnie nieszkodliwe. Sacharyna może być podawana dyabetykom do słodzenia kawy, herbaty, likierów i limoniady“. Te same zapatrywania podziela wielu lekarzy, jak: BRIEGER, GERHARD, FRESENIUS, LEYDEN, HAYEM, VULPIUS, LIEBREICH i t. p.

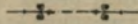
Czy zatem sacharyna jest szkodliwą dla naszego zdrowia? Jako odpowiedź na powyższe pytanie pozwalamy sobie przytoczyć słowa, wyjęte z protokołu Cesarsko-Królewskiego Państwowego Urzędu Zdrowia w Wiedniu z dnia 24 lipca 1888 roku.

„*Alle Versuche, die man an gesunden und kranken Menschen oder an Tieren angestellt hat, haben allgemein ergeben, dass der Handelsaccharin nicht giftig ist, dass es den Organismus wieder verlässt, ohne irgend eine Veränderung erlitten zu haben und dass es höchstens leicht antiseptisch wirkt. Es ist daher durchaus unmöglich, Saccharin als der Gesundheit schädlich zu bezeichnen, um so mehr da es durch seine enorme Süßkraft auch nur in ganz kleinen Dosen genommen werden kann. Da die Kohlenhydrate sich dem Menschen reichlich und zu billigeren Preise in seinen anderen Nahrungsstoffen bieten, scheint es höchst ungerecht, die Einfuhr von Saccharin verbieten zu wollen unter dem Vorwande, dass es keine nahrhaften Bestandtheile besitzt.*“

„Badania, dokonane na zdrowym i chorym człowieku oraz na zwierzętach wykazały, że handlowa sacharyna nie jest trująca, że sacharyna przechodzi przez ustrój bez żadnej zmiany i że działa, co najwyżej, nieco antyseptycznie. Nie można zatem uważać sacharyny za szkodliwą dla zdrowia, tem bardziej, że dzięki swojej ogromnej słodyczy może być przyjmowaną w bardzo małych dawkach. Ponieważ wodany węgla dostarczone mogą być człowiekowi daleko taniej i obficiej w innych pokarmach, przeto jest rzeczą wysoce niesprawiedliwą zabraniać dlatego przywozu sacharyny, że sacharyna nie posiada własności pożywnych“. Prawodawstwo rosyjskie [okólnik Departamentu Medycznego Ministerjum Spraw wewnętrznych z r. 1890 Nr. 5660] zabrania użycia sacharyny do wszelkich innych celów, prócz leczniczych.

Leon Nencki.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



117. Pott [Halle]. O niebezpieczeństwach obrzezania rytualnego.

Müntz [Nürnberg]. O zabiennym wpływie obrzezania rytualnego.

Pott dowodzi, że mniemanie o pożytecznych stronach, które ma mieć obrzezanie, nie wytrzymuje krytyki należytej. Natomiast ma obrzezanie dużo stron niebezpiecznych. Niebezpieczeństwa te mogą zależeć od wykonawcy obrzezania [t. zw. mohela u żydów], od sposobu wykonania obrzezania i od wieku, w jakim dzieci podlegają obrzezaniu. Mohelowie nie znają zasad aseptyki i antyseptyki, nie myją i nie odkażają rąk i pola operacji, do wstrzymania krwawienia z rany używają pajęczyny, rozartego chleba i t. d. Ci zaś z mohelów, którzy jakoby trochę obznajmieni są z zasadami antyseptyki, używają jodoformu, karbolu i innych leków, ustrój dziecięcy trujących. Niektórzy z mohelów, dla wstrzymania krwawienia, wysysają krew z rany ustami, niezawsze naturalnie czystymi. Ponieważ zwykłemu mohelowi chodzi bardziej o szybkość wykonania operacji, niż o staranność, zdarza się więc, że zacina żołądź lub zbyt wiele nadrywa paznogciem błonę śluzową napletka [zwykle przy obrzezaniu bezpośrednio po obcięciu napletka rozrywa się paznogciem

blonę sluzową pozostałej części napletka aż za *coronam glandis*], z kąd powstają nieraz niebezpieczne, a nawet wprost śmiertelne krwotoki miąższowe.

Statystyka poucza nas, że krwotoczność (*haemophilia*) dziedziczną najczęściej spotyka się u żydów i najczęściej właśnie u chłopców. Następnie pewnikiem jest, że u krwotocznych osób małe rany darte (*Risswunden*), jakie właśnie bywają przy obrzezaniu, są bardziej niebezpieczne, niż większe rany od narzędzi ostrych. Chociaż wywiady w większości przypadków nie wykazują krwotoczności dziedzicznej, to jednak można przypuszczać często u drobnych dzieci krwotoczność przechodzącą (*haemophilia transitoria neonatorum*. GRANDIDIER). Statystyka RITTER'a [z Pragi—190 przypadków] wykazuje, że najczęściej krwotoków [114] było w 7—13 dniu po urodzeniu, z tych najczęściej [29 razy] krwotoki zaczynały się w ósmym dniu, t. j. w dniu, w którym właśnie wykonywają obrzezanie u żydów.

Z każdym dniem następnym skłonność do krwotoków stopniowo się zmniejsza, a po 97 dniu wcale nie obserwowano krwotoków. Ztąd wynika, że obrzezanie należałoby wykonywać nie w ósmym dniu po urodzeniu, ale później [u Persów obrzezanie wykonywało się między 5 a 6 rokiem, u Turków w 13 roku]. Ilość przypadków śmiertelnych od krwotoków przy obrzezaniu jest niemała.

Częste bywają przypadki chorób przyrannych; gnilec, *tetanus*, dyfteryt przyranny, róża, flegmony, zgorzel. EPSTEIN przytacza przypadek *endocarditis septica* po obrzezaniu. Następnie zakażenie wskutek wysysania krwi ustami po obrzezaniu (*mezizah*): syfilis, gruźlica, dyfteryt. RUSR przytacza epidemię syfilisu w Krakowie u mnóstwa dzieci, które obrzezał jeden mohel, mający wrzody syfilityczne na ustach, przypadki zakażenia gruźlicą przytaczają ELSBERG, KAREWSKI.

Obrzezanie rytualne powinno podlegać kontroli państwowej.

(*Munch. medic. Wochen.* 1898. Nr. 4).

Wręcz przeciwnego zdania o obrzezaniu jest D-r MÜENZ. Napletek jest to narząd rudymenarny, zbyteczny, nie mający żadnego przeznaczenia fizjologicznego, podobnie jak wyrostek robaczkowy. Obecność napletka może prowadzić do rozmaitych chorób. Przedewszystkiem wspomnijmy o nieżyto-wym zapaleniu żołędzi i listka zewnętrznego napletka, *balanitis*, które to zapalenie nie jest bynajmniej tak rzadkiem i tak niewinnem, jak niektórzy sądzą; występuje ono nie tylko w krajach gorących, ale często i w naszych strefach, i prowadzi nieraz do bardzo niemiłych objawów; właśnie wewnętrzny listek napletka, mający charakter dokładnej błony śluzowej, często daje grunt do zapalenia, wywoływanego przez łatwo rozkładającą się wydzielinę napletka. *Balanitis* spotyka się tak u dzieci, jak i dorosłych. Im mniej gęstą jest wydzielina worka napletkowego, tem więcej jest ona drażniącą, tem prędzej daje powod do zapalenia.

Po długich pochodach w porze gorącej często powstaje *balanitis* u żołnierzy. U dyabetyków, wskutek drażniącego działania ich moczu, wytwarza się więcej wydzieliny i łatwiej dochodzi do *balanitidis* [FRIEDRIECH, BUSCH, DUBUC]; to samo dotyczy prostatyków i dotkniętych nieżytem pęcherza moczowego, gdyż mocz u nich wycieka powoli. Jako bezpośredni skutek balanitu występuje nieprzyjemne swędzenie, które prowadzi do drażnienia członka, do erekcyi i nieraz służy za pierwszy powód do przedwczesnych stosunków płciowych lub do onanizmu, co jeszcze więcej potęguje cierpienie. U osób drażliwych występują odruchowo polucye.

Często też wskutek zapalenia nieżytego mogą się wytwarzać wrzody, które, wywołując obrzęk napletka, mogą prowadzić do fimozy lub parafimozy. Przy ropiejących wrzodach może następować zapalenie naczyń limfatycznych na tyle członka i nabrzmiewanie gruczołów limfatycznych pachwinowych, a na-

wet zgorzel napletka i ogólna *septicaemia*. Następnie możliwe jest zrośnięcie napletka z żołądźią, wywołujące bolesne skrzywienie członka przy wzwodzie. Przy wszystkich tych przypadkach balanitu bywa nieraz silny ból, uniemożliwiający stosunek płciowy, a nawet oddawanie moczu. Przeto BILLROTH, LANGENBECK, ZEISSL i inni zalecają *circumcisio* (*alias* obrzezanie) przy przewlekłych balanitach.

Żołądź, jak również wewnętrzny listek napletka, mając delikatną powierzchnię, skłonne są do uszkodzeń mechanicznych, jako to: *rhaqades*, naddarcia, które przy rozciąganiu członka są bardzo bolesne, a nawet mogą przeszkadzać do stosunków płciowych. Często takie naddarcia służą za miejsce wtargnięcia dla rozmaitych szkodliwych drobnoustrojów: streptokokki, *tuberculosis*, *tetanus*, *erysipelas*, *ulcus molle*, *syphilis*. Po obrzezaniu zaś żołądź stopniowo pokrywa się zrogowaciałym nabłonkiem, który tworzy niejako obronę przeciwko powstawaniu naddarć. EPSTEIN, GOSSLAND, NOSSIG niedawno potwierdzili ten fakt, że u obrzezanych, przy jednakowych warunkach, rzadziej przyjmują się choroby weneryczne, niż u nieobrzezanych. U tych ostatnich wewnętrzny listek napletka i *frenulum* najczęściej stanowią siedlisko miękkiego i twardego szankra. Worek napletkowy stanowi również dogodnie miejsce zatrzymywania się dla gonokokków, które dopiero w jakiś czas po nieczystym spółkowaniu mogą wywołać zakażenie tryprowe. Z zowyzszego widać, że słusznie wspomniani autorowie, a także wielu innych [WUNDERBAR, COLLIN, MARTIN, KONELSKI] uważają obrzezanie za środek chroniący od chorób wenerycznych.

O ile obecność napletka powiększa skłonność do chorób wenerycznych, o tyle ona przedłuża czas leczenia tychże chorób, gdyż wydzielina z napletka i ropa zatrzymują się w worku napletkowym, rozkładają się i drażnią ranę. Nowotwory złośliwe [rak, mięsak] również najczęściej rozwijają się na napletku, a z niego dopiero mogą przechodzić na żołądź. Następnie mogą się wytwarzać stosunkowo mniej nieprzyjemne kamienie napletkowe, powstające szczególnie przy fimozie, z wydzieliny pod napletkiem, która się inkrustuje moczami; odchodzące z moczem małe kamyki mogą zatrzymywać się w worku napletkowym, tam mogą się powiększać i wywoływać bolesne objawy, a także obrzęk, prowadzący do fimozy lub parafimozy. W wielu przypadkach fimozy wrodzonej prędzej czy później dochodzi do interwencji chirurgicznej. Wszelka fimozą zwięża mniej lub więcej ujście cewki moczowej i przeszkadza swobodnemu odchodzeniu moczu.

Jeżeli w worku napletkowym zatrzymuje się ropa, to przy wązkim otworze napletkowym wywołuje ona zgorzel napiętego napletka i przedziurawia go. Wielu autorów przyznaje, że fimozą może wywoływać odruchowo padaczkę, kurcze żołądka, bicie serca, hypochondryę, migrenę. Sposprzeżono także, że u osób z fimozą, nawet u dzieci, częściej rozwijają się przepukliny; być może że tutaj gra rolę utrudnione oddawanie moczu i silne przytem ciśnienie na narządy brzuszne. U dorosłych fimozą może wywołać zmiany w czynnościach płciowych: czy to że wzwód wogóle jest niemożliwy, czy to jest bolesny, czy też nareszcie odchodzenie nasienia jest utrudnione. Te same objawy, co przy fimozie, spotykamy wogóle i przy parafimozie; oprócz tego możliwa jest także zgorzel żołądźi i przetoki moczowe.

Obrzezanie łagodzi i reguluje najpotężniejszy z popędów ludzkich, popęd płciowy, gdyż żołądź staje się mniej czułą na podrażnienia zewnętrzne; następnie zapobiega obrzezanie przedwczesnym stosunkom płciowym lub samogwałtowi, prowadzi do czystości obyczajów [PHILO, MAIMONIDES, a z nowszych autorów COLLIN, NOSSIG, WUNDERBAR]. Przytem nie zmniejsza zdolności zapładniania, owszem powiększa, gdyż, jak wyżej wykazano, po obrzezaniu nie może być

tych warunków, które uniemożliwiają spółkowanie, *resp.* prawidłowy wytrysk nasienia. Wbrew zdaniu PORR'a, odznaczają się żydzi większą płodnością, niż chrześcijanie, pomimo mniej częstych stosunków płciowych [złagodzenie popędu płciowego wskutek obrzezania; następnie przepisy religijne, zabraniające na jakiś czas po miesiączce stosunku z kobietą], również jest mniej małżeństw bezdzietnych wśród żydów.

Z powyższego widzimy, że obrzezanie jest doskonałym środkiem zapobiegawczym przeciwko wielu chorobom i ich następstwom. Co zaś do niebezpieczeństw i chorób wskutek obrzezania, to są one daleko rzadsze, niż sądzą niektórzy. Jest wielu mohelów, którzy wykonali setki obrzezań bez złych następstw. Jeżelibyśmy chcieli zwracać uwagę na rzadko zdarzające się złe następstwa po obrzezaniu, to musielibyśmy się również wyrzec narkozy lub ochronnego szczepienia ospy, gdyż i po tych zabiegach zdarzają się nieszczęśliwe komplikacje. Mohelowie mogą bez trudności poznać zasady aseptyki i antyseptyki, a także ogólne zasady leczenia ran.

Mezizah [wysysanie krwi ustami] po większej części nie stosuje się, gdyż nie jest to obowiązkowe. Mezizę można zamienić innymi sposobami, jak na przykład tamponadą za pomocą waty hygroskopijnej [wyjałowionej], jak to stosujemy w chirurgii. Zranienia żołądki można łatwo uniknąć, jeżeli szczypczykami dobrze odciągnąć napletek od żołądki.

Nie jest jeszcze dowiedzionem, ażeby dzieci żydowskie były bardziej skłonni do krwotoczności, aniżeli dzieci chrześcijańskie. Również nie jest dowiedzionem, ażeby krwotoki były najczęstsze w 8 dniu po urodzeniu, owszem podług niektórych autorów, większe krwotoki u dzieci zdarzają w okresie żąbkowania, po upływie 1 lub 2 roku życia. Natomiast wykonanie obrzezania w 8 dni po urodzeniu ma następujące dobre strony: wskutek delikatności i podatności tkanek operację wykonywa się łatwiej i bezpieczniej, gojenie idzie szybciej i lepiej; uczucie bólu u dzieci nowonarodzonych prawdopodobnie jest mniej rozwinięte [niektóre dzieci wcale nie płaczą podczas obrzezania]; choroby przyranne po obrzezaniu są stosunkowo bardzo rzadkie, gdyż krew noworodków, jak wiadomo, jest bardziej odporną na wiele chorób zakaźnych. Śmiertelne krwotoki zdarzają się i po ochronnym szczepieniu ospy u dzieci krwotocznych. Przy podejrzeniu na krwotoczność [np. jeżeli dwoje dzieci z tej samej rodziny zginęło wskutek krwotoków po obrzezaniu, jeżeli dziecko jest blade, żółtaczkowe lub wogóle jest chore], to obrzezanie, podług przepisów religijnych, odkłada się lub zupełnie zaniechanem zostaje.

(*Münch. med. Woch.* 1898. Nr. 9).

M. Rozental.

118. Schultza. Przyczynę do nauki o psychozach przy wieloogniskowym zapaleniu nerwów.

Autor spostrzegł trzy przypadki [wszystkie dotyczyły ludzi, oddawna nadużywających wysoko] zaburzeń w układzie nerwowym, w szczególności — w psychice. Objawy kliniczne były również te same, na które z punktu widzenia psychiatrii KORSAKOW pierwszy zwrócił uwagę i które pod nazwą „*psychoses polyneuriticae*“ już zaczynały zyskiwać w nauce prawo obywatelstwa. Na zasadzie własnej obserwacji, autor nie zgadza się z niektórymi zasadniczymi punktami opisu KORSAKOW'a. Przyznając mu najzupełniejszą słuszność co do typowego całokształtu choroby duszy [niemożność orientowania się w czasie i miejscu, osłabienie pamięci, a raczej jej spaczenie i t. p.], twierdzi S., że jednoczesne porażenie nerwów obwodowych w postaci zapalenia wieloogniskowego nie jest zjawiskiem bezwzględnie stałym, jak to mniema KORSAKOW. Drugą zasadniczą różnicą w zapatrywaniach KORSAKOW'a i autora jest to, że pierwszy uważa opisywaną przez siebie psychozę za typową dla zapalenia

nerwów i widzi między tem cierpieniem ciała i duszy związek przyczynowy, podczas gdy drugi taki pogląd stanowczo odrzuca, co więcej — uważa go za absurd i rozumuje w sposób następujący.

We wszystkich przypadkach *neuritidis, resp. polyneuritidis*, mamy do czynienia z zatruciem lub zakażeniem. Na zatruciu przewlekłym wysokiemi [jak było w danym razie] nerwy obwodowe reagują często zapaleniem wieloogniskowym. Nic więc prostrszego, jak swoiste porażenie psychiki uważać za odczyn analogiczny ze strony mózgu.

Z tego względu żąda S. zamiany nazwy „*psychoses polyneuriticae*“ na „*psychoses Korsakovi*“.

(*Berliner klinische Wochenschrift*. 1898. Nr. 24—25).

Zdzisław Markiewicz.

119. Oordt [z kliniki prof. ERB'a]. Cukromocz pokarmowy przy chorobach ośrodków nerwowych.

Przy chorobach układu nerwowego, ośrodkowego, jak również po uszkodzeniach jego oraz czaszki, może powstawać cukromocz tak przemijający, jak trwały. Dalej, CANTANI i NOORDEN wykazali, że ludzie, którzy z początku mieli cukromocz pokarmowy, później zapadli na cukromocz stały. Dla tego też ważne jest poszukiwanie u osób, obarczonych chorobami nerwowymi, objawów cukromoczu pokarmowego.

Autor robił badania w 178 przypadkach rozmaitych chorób nerwowych, a szczególnie w nerwicach pourazowych, co do częstości cukromoczu pokarmowego. Ponieważ JAKSCH, STRAUSS, jak również i autor, po podawaniu zdrowym ludziom 100 grm. czystej dekstrozy, nie mogli wywoływać cukromoczu, przeto uważa autor wystąpienie cukromoczu po takiej dawce dekstrozy za patologiczne. Autor zwracał uwagę w swoich doświadczeniach na zdrowy stan przewodu pokarmowego i na normalną ciepłotę ciała, ponieważ przeciwnie stany mogą obniżyć zdolność ustroju do wchłaniania cukru gronowego. Przed każdym doświadczeniem był badany mocz chorych na cukier. Autor podawał zrana chorym na raz lub w ciągu kwadransa 300 ctm. sześć. wodnego roztworu z 143 grm. cukru gronowego = 100 grm. czystej dekstrozy [młodszym osobnikom mniej] z dodaniem 30 kropel *tinct. chinæ c. nuc. vom.*; mocz kazał oddawać w 1½, 3½ i 5½ godzin po przyjęciu dekstrozy, ażeby w razem zebrany mocz określić ilość wydzielanej dekstrozy; po za dekstrozą chorzy przez ten czas dostawali najwyżej kawę, 1—2 filiżanek mleka, rzadko jedną bułkę; to jednak nie mogło wpływać na rezultat badania, gdyż, w razie dodatniego wyniku, cukier znajdował się już w pierwszej porcyj mocz. Wynik liczył się za dodatni, jeżeli, obok prób TROMMER'a, NYLANDER'a i z fenilhydrazyną, dodatnio wypadła także próba z fermentacją; odsetkę cukru w moczu autor określał za pomocą polaryzacji. Po największej części próby były robione po kilka razy.

Autor otrzymał następujące wyniki: 1) *Neurasthenia* i *hypochondria* — 12 przypadków, w 1 cukromocz pokarmowy. 2) *Hysteria* — 36 przypadków, cukromocz w 10 przypadkach [27,7% przypadków]. 3) *Nerwice pourazowe* — 14 przyp., 2 razy [14,3%] wynik dodatni. 4) *Epilepsia genuina* — w 18 przypadkach ani razu nie wykazała cukromoczu pokarmowego. W żadnym z tych przypadków nie było objawów psychicznych. Cukromocz bezpośrednio po napadach należy, podług FÉRÉ'go i SIEGMUND'a, do rzadkości. 5) *Nerwice czynnościowe* bez wiadomej podstawy anatomicznej (*tetania, paralysis agitans, chorea minor, neurosis n. vagi, athetosis, myotonix cong., acromegalia, enuresis noct., neuralgia idiopathica*) — 22 przypadki z wynikiem ujemnym. JAKSCH, LIÉVIN i STRAUSS również nie znajdowali cukromoczu pokarmowego przy tych chorobach. 6) *Morbus Basedowii* — 1 przypadek z wynikiem ujemnym, u 3 chorych zaś nie

udało się wprowadzić dostatecznej ilości dekstrozy [wymioty, rozwolnienie], ale w każdym razie chorzy ci strawili po 50 grm. bez wystąpienia cukru w moczu. Natomiast inni autorowie [JAKSCH, ZUELZER, SCHOLZ] wspominają o cukromoczu pokarmowym przy tej chorobie. 7) Guzy wewnątrzczaszkowe — 11 przypadków; w 5 wynik dodatni. W jednym przypadku *tuberculi solitarii pontis* cukromocz pokarmowy stopniowo przechodził w stały. Związku między ciśnieniem wewnątrzczaszkowym a cukromoczem autor nie spostrzegł; natomiast w przypadkach z cukromoczem były objawy psychiczne. Cukromocz należy postawić w związku z tem, czy guz umiejscowiony jest w *medulla oblongata*, czy blisko niej. 8) Rozmaite inne choroby mózgu (*lues cerebri*, choroba MENIÈRE'a, kurcze i bezwładny mózgowy bez wyraźnego umiejscowienia w mózgu, *paralysis bulbaris progressiva*, torbiel skórzasta w półkuli mózgowej, *dementia paralytica*)—16 przypadków, w 3 cukromocz [syfilis w wywiadach]. 9) Choroby mlecza pacierzowego (*tabes dorsalis*, *syringomyelia*, *myelitis spinalis*, zmiany chorobowe w częściach ruchowych mlecza, *sclerosis lateralis amyotrophica*, *dystroph. muscul. progr.*, *atrophia muscul. spin. progr.*)—24 przypadki, 2 z cukromoczem pokarmowym. 10) *Sclerosis multiplex cerebrospinalis* — 24 przypadki, 2 z cukromoczem.

Wnioski autora:

Cukromocz pokarmowy spostrzega się: a) w niektórych przypadkach chorób wewnątrzczaszkowych, jeżeli zajęty jest ośrodek cukrzycy lub miejsca blisko niego leżące; b) w niektórych przypadkach neurastenii, histeryi i nerwic pourazowych.

Nie spostrzega się: a) w wielkiej ilości innych nerwic i w *epilepsia genuina*; b) zwykle w chorobach mlecza pacierzowego bez zajęcia mózgu przedłużonego.

Cukromocz pokarmowy może przejść w cukromocz stały.

(*Münch. medic. Woch.* 1898. Nr. 1).

M. Rozental.

120. Escherich. Wartość rozpoznawcza radiografii u dzieci.

Autor, od marca roku zeszłego używając promieni X, poczynił spostrzeżenia, które komunikuje w celu wyjaśnienia wartości rozpoznawczej tego środka badania, nie tylko jednak dla celów chirurgicznych lub leczniczych medycyny wewnętrznej, ale i jako środka, kontrolującego skuteczność podejmowanego leczenia, np. krzywicy. Zdawałoby się, że mała stosunkowo gęstość tkanek dziecięcego ustroju pozwoli otrzymać wyraźniejsze odbicia, niż u dorosłych. Tymczasem u noworodków i dzieci do 8 roku życia rzecz ma się zupełnie inaczej: przeciwnie, części jasne i cienie ledwie dają się rozróżnić. Autor przypuszcza, że grają tu rolę głównie kości, nie dość jeszcze nasycone wapnem. W każdym razie, używając promieni ROENTGEN'a u dzieci, osobliwie starszych, w okresie rozwoju krzywicy, autor mógł zupełnie dokładnie zdawać sobie sprawę z tych zmian, jakie w kościach zachodzą w tem cierpieniu: zjawianie się korony kostnej, postępy kostnienia, zmiany w formie linii epifyzarniej i t. d. wyraźnie były widzialne. Zadawanie fosforu w krzywicy, zapoczątkowane przez KASSOWITZ'a, często podlega sporom o skuteczność tego środka. Spór rozstrzygnąć mogą tylko promienie X; one bowiem mogą wskazać, o ile sprawa kostna postępuje i w jakim kierunku. W tym celu peryodycznie dzieci, leczone od krzywicy, przed kuracją, w ciągu takowej i pod koniec poddawano badaniom radyograficznym. Niestety, nie udało się wielkich zmian na lepsze znaleźć w terminie, jaki KASSOWITZ dla swej kuracji przepisał.

Badanie płuc, pomimo wielkiej wyraźności prześwietleń, niewiele nowych faktów przysporzyło. A więc, jak i inni autorowie, mógł ESCHERICH rozpoznawać wysięki, nacieczenia, zrosty i t. p., ale te zmiany i innymi środkami rozpoznawczymi odkryte być mogą.

Śródpiersie, którego badanie inną drogą jest tak trudne, a które często bywa siedliskiem spraw różnych, że wspomniami przerosty gruczołów, grasicy i t. p., mało zadawalające dało wyniki.

Nader ciekawą jest radiografia przepony brzusznej, której ruchy oddechowe i sklepienia są bardzo wyraźne. Między innymi przytacza autor przypadek bezwładu podyfterytycznego przepony, gdzie znaleziono wybitne wzniesienie wdechowe na wierzchołku prawej połowy przepony i prawie pionowe położenie serca. Przeciwnie u kilkorga dzieci, dotkniętych zniepodobnieniem klatki krzywicowem, ciężkiem zapaleniem oskrzeli z niedodmą płuc, znajdowano wyraźne obniżenie i spłaszczenie przepony w okresie wdechu. Dalej autor podaje przypadek niewyrównanej wady zastawki dwudzielnej ze zwężeniem, w którym ton opukowy płuc był normalny aż do 8-go żebra na linii sutkowej, wątroba znacznie powiększona, serce powiększone w wymiarze przednio-tylnym, żebra nieruchome w pozycji wdechu, obrzęki i zastoje żylne. Wdech był częsty i powierzchowny, wydech utrudniony i wydłużony. Radiografia wykazała, że płuca były mniej przepuszczalne niż zwykle, niewidoczną była w prawym podżebrzu część sklepieniowa przepony, ani ruch tejże przy wdechu.

Autor przypuścił na zasadzie prześwietlenia, przebiegu choroby i objawów ogólnych pewien stopień zeszytwnienia płuca wskutek przepelnienia, przy ogólnym zastoju, krwi i płynom.

W myśl tego przypuszczenia zalecono oddechanie powietrzem rozrzedzonym, miarowe uciskania klatki podczas wydechu, co znacznie poprawiło stan dzieci.

Co do serca, to wymiary rzeczywiste, które tak nie łatwo określić sposobami zwykłymi, dają się określić dokładniej i dla różnych wieków są różne, szczególnie w przypadkach patologicznych. Trzeba zauważyć, że wymiary właściwe [a więcej cień serca], po narysowaniu na klatce piersiowej, zawsze przewyższają wymiary względnej tępości serca. Samo przez się rozumie się, że nie mniej cenną jest radiografia w określeniach ostrego i przejściowego rozszerzenia tego narządu, a również jego położenia oraz zboczenia. Te ostatnie zdarzają często w paraliżach podyfterytycznych, są zawsze objawem bardzo złym co do rokowania.

Dlaczego serce daje najwyraźniejsze cienie? Na pytanie to odpowiada autor, że gra tu rolę tylko woda krwi, a nie hemoglobina [jak to łatwiej można by przypuścić — jako zawierająca żelazo], bo naczynia, napelnione wodą i krwią, jednaki dają cień. Nieprzepuszczalność brzucha autor również przypisuje na pierwszym miejscu płynom, zawartym w kiszkaach.

Wogóle większa ilość wody w ciele, zdaniem ESCHERICH'a, powoduje większą wyraźność cieniów.

(*Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Mai. 1898.*)

A. Majewski.

121. Jaffe. O otwieraniu jamy brzusznej, jako środka leczniczym przy gruźlicy otrzewnej.

Przypadkowo przekonano się, iż proste otworenie jamy brzusznej bez żadnych szczególnych zabiegów w wielu razach prowadzi do skutecznego wyleczenia istniejącego zapalenia otrzewnej gruźliczego pochodzenia. Jednakże nie we wszystkich przypadkach otrzymujemy pomyślne wyniki.

W celu wyjaśnienia tej sprawy należy zwrócić uwagę na to, iż istnieje kilka postaci zapalenia otrzewnej gruźliczego, zgoła do siebie niepodobnych, a więc i rozmaicie zachowujących się względem omawianego rękoczynu. Jak przy każdym innym zapaleniu, tak i tu możemy mieć do czynienia z kilkoma różnymi wytworami zapalnymi, a więc: z wysiękiem surowiczym, ropnym i włó-

knikowym; równolegle z niemi mamy swoiste gruźelki bądź jeszcze zdrowa, bądź już w stanie rozpadu serowatego. Najpodatniejszą do chirurgicznego leczenia okazała się postać surowicza zapalenia otrzewnej; najmniej, a właściwie wcale niepodatną—włóknikowa, przy której na wszystkie strony tworzą się zlepy otrzewnej, tak, iż całą zawartość jamy brzusznej stanowi jedna nieforemna masa, a jamy we właściwym tego słowa znaczeniu niema wcale. Rzecz jasna, iż przy wielkiej ilości rozpadających się mas serowatych rokowanie musi być bardzo wątpliwe. Jakież skutki pociąga za sobą otworzenie jamy otrzewnej? W pomyślnych przypadkach płyn, wypuszczony podczas operacji, więcej się nie zbiera, powierzchnia otrzewnej oczyszcza się i wraca prawie do normalnego stanu, a co zatem idzie, wszelkie dolegliwości ustępują.

Trudno jednak mówić o radykalnem wyleczeniu, gdyż zawsze należy pamiętać, że mamy do czynienia ze sprawą gruźliczą, która wogóle bardzo trudno daje się doszczętnie usunąć z ustroju i jest skłonna do częstych powrotów, t. j. prędzej do nowych obostżeń, występujących po pewnym okresie jej stłumienia. Weźmy pod uwagę i to, że częstokroć jedno otworzenie jamy brzusznej nie wystarcza: płyn zbiera się na nowo i mamy znów *status quo*. Słowem, nie należy zbyt wiele spodziewać się od chirurgicznego leczenia gruźliczego zapalenia otrzewnej, choć możemy śmiało utrzymywać, iż ono jest stokroć więcej skuteczne, niż wszelkie inne zabiegi lecznicze. Wypuszczenie płynu z jamy brzusznej za pomocą trójgrańca nigdy nie może zastąpić szerokiego cięcia ścian, choćby z tego względu, że w ostatnim razie posiadamy możliwość rozerwania ręką istniejących miejscami zlepow otrzewnej i doszczętnego usunięcia wysięku z najskrytszych zakątków. Jak naukowo wytlómaczyć wpływ otworzenia otrzewnej na cierpienie gruźlicze.

Wyjaśnienie tej kwestyi zabójczem działaniem światła na laseczniki gruźlicze nie wydaje się wystarczającym, choćby z tego względu, iż działanie to jest nazbyt krótkie i bardzo ograniczone co do miejsca. GATTI przypisuje zbawienne działanie tworzącego się po dokonaniem cięcia jamy brzusznej wysięku surowiczokrwawego, wychodząc ze znanego faktu, że surowica krwi posiada dla ustroju znaczenie „przeciwbakteryjne“, zabijając chorobotwórcze drobnoustroje dzięki zawierającym się w niej pewnym związkom [aleksynom]. Można dla wyjaśnienia tej sprawy zastosować teorię BIER'a, która głosi, że większy napływ krwi, lub wprost jej zastój w miejscu zajętem przez sprawę gruźliczą zabija je.

Jednak dlaczego niezawsze przy podobnem leczeniu otrzymujemy pożądaną wynek? Oczywiście zależy tu wiele od jakości krwi danego ustroju, czyli, inaczej mówiąc, wszystko sprowadza się do indywidualnych własności osobnika, do jego odporności. Ostatecznie konkluduje JARFE, należy przystępować do cięcia otrzewnej, gdy mamy do czynienia jedynie z gruźlicą otrzewnej [przy zdrowych płucach i t. d.], gdy płyn w otrzewnej jest swobodny, wreszcie gdy nie wyczuwa się guzów; wszystko zaś to najczęściej mamy u dzieci.

(*Samml. klin. Vorträge. Nr. 211.*)

E. Lewenstern.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Posiedzenie z dnia 17. V. 1898 roku.

JAN SĘDZIAK przedstawia 51-letniego maszynistę, alkoholika, który od 6 miesięcy ma chrypkę i kaszel oraz doznaje bólu przy łykaniu. Przed 3 ma miesiącami, badając chorego po raz pierwszy, znalazł S. obok zaostżenia wy-

dechu w okolicy szczytu prawego płuca znaczne nacieczenie w okolicy chrząstki nalewkowej lewej, zajmujące większą część więzu nagłośnio-nalewkowego. Lewa struna głosowa prawdziwa była zupełnie nieruchoma. Badanie płwociny dało wyniki ujemne. Po leczeniu miejscowem chory poczał łykać łatwiej, chrypka zmniejszyła się, ruchy lewej połowy krtani powróciły, nacieczenie z więzu nagłośnio-nalewkowego ustąpiło, pozostało jeszcze nacieczenie chrząstki nalewkowej. W ostatnich czasach chory wychudł znacznie, osłabł, stracił łaknienie; miewa często odbijanie i nudności; głównie zaś uskarża się na niemożność polykania pokarmów stałych, które „zatrzymują mu się w dołku“. Zgłębnik wykrywa nieznaczne zwężenie przelyku w okolicy krtani oraz zwężenie w odległości 40 ctm. od zębów siecznych. Rozpoznanie danego przypadku jest bardzo trudne. S. przypuszcza, że ma tu zapewne do czynienia z rakiem krtani oraz przelyku; wycięcia części guza z krtani do zbadania nie robi z obawy szybszego rozrostu nowotworu po takim zabiegu.

2) DAWID BREGMAN przedstawia dziecko 4-miesięczne z niezupełnie rozwiniętą kończyną górną prawą: ramię oraz przedramię prawe są krótsze i cieńsze, rączka prawa mniejsza od odpowiednich części kończyny lewej. Palec 2 i 3 oraz 3 i 4 są połączone błoną pływaczą. Rączka jest stale zgięta i nawrócona (*pronatio*); palce lekko zgięte. Nad wyrostkiem rylcowatym kości łokciowej widać zagłębienie o średnicy około $\frac{1}{2}$ ctm., pokryte prawidłową i ruchomą skórą. Wszelkie ruchy oprócz wyrotnych i wyprostnych w napięciu dziecko wykonywa kończyną opośledzoną prawidłowo. Ciemiączko wielkie prawie zupełnie zamknięte. Rodzice dziecka są zupełnie zdrowi i mają czworo zdrowych i prawidłowo rozwiniętych dzieci. Ostatnia ciąża przebiegała wogóle prawidłowo; w 5-m miesiącu matka chorowała ciężko, jak utrzymuje, wskutek przeziębienia, w ostatnim zaś miesiącu nie czuła ruchów płodu. Przyczyną podobnych zniekształnień są, według dzisiejszych poglądów, zrosty płodu z owodnią, a raczej ucisk powrózków, jakie się tworzą wskutek rozciągania tych zrostów. W danym przypadku zagłębienie nad wyrostkiem rylcowatym kości łokciowej może być właśnie śladem takiego zrostu. Znaczenie etyologiczne mogły mieć tutaj te wpływy reumatyczne, jakim matka w czasie ciąży uległa.

3) ELIASBERG demonstrowuje dziewczę 11-letnie, od 3 miesięcy cierpiące na *acanthosis nigricans* (*dystrophie papillaire et pigmentaire* autorów francuskich).

4) FRANCISZEK NEUGEBAUER okazał guz wielkości głowy ludzkiej, wycięty ze ściany brzusznej 29-letniej kobiety; waży on $3\frac{3}{4}$ klgr. i jest włókniakiem, powstałym zapewne z powięzi mięśnia poprzecznego brzucha lub mięśnia międzyżebrowego wewnętrznego.

5) ARKADYUSZ PUŁAWSKI przedstawia zdjęty w pracowni BYCHOWSKIEGO rentgenogram klatki piersiowej kobiety z nowotworem śródpiersia, demonstrowanej na poprzednim posiedzeniu Towarzystwa. Chorą prześwietlano z przodu i z tyłu. W pierwszym przypadku otrzymano ciemną plamę o ostrych zarysach w pośrodku klatki piersiowej; plama ta odpowiadała kształtem granicom nowotworu, oznaczonym za pomocą opukiwania, była jednak od nich rozleglejszą. Podobny obraz dało prześwietlenie od tyłu.

6) JÓZEF LUXENBURG wygłosił odczyt p. n. „Praktyczne znaczenie badania krwi chorych nerwicowych“. We krwi całego szeregu chorych nerwicowych, których znaczna stosunkowo liczba [18 na 40] odznaczała się błądzą, określił autor zawartość wody oraz liczbę ciałek czerwonych i przekonał się, że krew taka najczęściej nie jest bynajmniej rozwodnioną, gdyż zmiany anemiczne znaleziono tylko w dwóch przypadkach z pośród 18 białych osobników. Ztąd wniosek, że zalecanie żelaza białym chorym nerwicowym często nie jest usprawiedliwione i że zawsze opierać się winno na wynikach badania krwi takich

chorych. Do badania takiego wystarcza parę ctm. sześć. krwi, otrzymanej przez ukłucie palca. Krew taką zważyć należy raz za świeżą, na wysuszonem i zważonem szkiełku, a potem powtórnie, po wysuszeniu krwi.

W dyskusyi EDMUND BIERNACKI podnosi ważność wniosków prelegenta. Co do bładości chorych nerwicowych, niezależnej od anemii, to jej przyczynę widzi B. w zwężeniu naczyń obwodowych i ogólnem wskutek tego zmniejszeniu ilości krwi w powłokach ciała, a z drugiej strony w zmienionej barwie krwi.

JÓZEF WINIARSKI przekłada metodę kalorymetryczną określania ilości hemoglobiny krwi, za pomocą przyrządu FLEISCHL'a, jako łatwiejszą do wykonania i wymagającą mniejszej ilości krwi.

Posiedzenie z dnia 24. V. 1898.

1) WŁADYSŁAW STANKIEWICZ przedstawia 61-letniego mężczyznę, któremu przed 9 miesiącami odjął większą część zrakowatego języka i wyluszczył zwyrodniały, a w części zropiały gruczoł chłonny po prawej stronie szyi, zrosnięty mocno z nacieczonemi powięziami głębokimi szyi. Na miejscu gruczołu wytworzyła się w następstwie zatoka ropna, idąca do śródpiersia przedniego. Ropienie wycieńczyło chorego tak, że S. stracił nadzieję uratowania go. Powoli jednak ropienie to poczęło się zmniejszać, chory poczęł nabierać sił i powracać do zdrowia. Obecnie pacjent jest zupełnie zdrów: mówi wyraźnie, łyka łatwo; nawrotu nowotworu nie widać ani na języku, ani w gruczołach chłonnych.

2) LUDWIK DYDYŃSKI przedstawia mężczyznę 25-letniego, pochodzącego z rodziny zdrowej, a od 2 lat dotkniętego zanikiem mięśni — *sclerosis lateralis amyotrophica*. Chory ten popełniał nadużycia *in Baccho et in Venere*; przed 7 laty zaraził się syfilisem, a raz tylko, po 2 latach, poddał się leczeniu swoistemu. Przed 2 laty chory zauważył osłabienie w palcach prawej ręki, która jednocześnie zaczęła chudnąć; w tydzień po zauważeniu tych objawów zaczęły słabnąć nogi, a w parę tygodni ręka lewa. Obecnie uderza głównie zanik mięśni kończyn górnych i tułowia. Najbardziej zanikły mięśnie międzykostne ręki, mięśnie robaczkowe, *thenaris* i *hypothenaris*, zginacze przedramienia prawego i wyprostne lewego. Napięcie mięśni wszystkich kończyn jest bardzo nieznaczne. Pobudliwość elektryczna mięśni jest zmieniona, zginacze przedramienia prawego i mięśnie wyprostne przedramienia lewego nie reagują wcale na najsilniejsze prądy; inne mięśnie kurczą się tylko pod wpływem bardzo silnych prądów, jeszcze inne dają wyraźny odczyn zwyrodnienia. Odruchy ścięgniste są nader żywe. Zaburzeń czuciowych i opuszkowych niema. Czynność pęcherza i odbytnicy zachowana. Przypadek przedstawiony odznacza się tem, że sprawa chorobowa umiejscowiła się tu głównie w rogach przednich rdzenia i wywołała objawy zaniku mięśni, w mniejszym zaś stopniu zajęła pęczki boczne rdzenia, zjąd pochodzi brak wyraźnych objawów spastycznych.

3) ANTONI LEŚNIEWSKI przedstawia kobietę po wypitowaniu lewego stawu skokowego sposobem HUETER-BARDENHAUER'a. Wynik operacji pod względem czynności kończyny jest nader pomyślny.

4) MIKOŁAJ BRUNNER wypowiedział odczyt „O najnowszych postępach rentgenografii i rentgenoskopii“, drukowany w №№ 29, 30 i 31 „Gazety Lekarskiej“ z r. b.

Posiedzenie z dnia 31. V. 1898.

1) HIPOLIT ODERFELD przedstawił wyciętą podczas operacji część jelita wgłobionego, długości około 25 ctm. (*invaginatio ileo-iliaca*).

2) JÓZEF POLAK zdał w krótkości sprawę z przebiegu zjazdu higienicznego w Madrycie.

3) KRAJEWSKI wypowiedział odczyt „O przymiotowej zgorzeli kości czaszki“. Przedewszystkiem przytacza KR. obszernie historię przedstawioną w lutym r. b. w Towarzystwie chorej, wyleczonej z obszernej zgorzeli kości czaszki. Chora ta, 39-letnia, przybyła do szpitala w lipcu 1896 r. Za młodu była zdrową; w 2 lata po wyjściu zamąż dostała wysypki na ciele i bólów w nogach; leczono ją wcieraniami maści, a nadto trzykrotnie jeździła do Burska. Na pół roku przed wstąpieniem do szpitala chora zauważyła cuchnącą wydzielinę z nosa; wkrótce przyłączyły się silne bóle głowy i zjawiała się plama ciemna na czole, która następnie owrzodziła. Z takim owrzodzeniem wielkości czterdziestówki na środku czoła chora przybyła do szpitala. Brzegi owrzodzenia były podminowane, dno stanowiła zmartwiała kość czołowa. Obie powieki górne były obrzmiałe, chęłbocące. Po otworzeniu zatok przekonano się, że kość czołowa, obie ciemieniowe, część potylicowej i łuski obu kości skroniowych są obnażone z okostnej. W celu uratowania choć części obnażonych kości zastosowano leczenie swoiste; pomimo jednak polepszenia stanu ogólnego chorej nie osiągnięto żadnej poprawy cierpienia kości. Przystąpiono wtedy do usunięcia martwaków i w ciągu rocznego pobytu pacjentki w szpitalu na 3 posiedzeniach usunięto wszystkie kości zmartwiałe za pomocą trepanu DOYEN'a i dłuta. Następnie wykonano cały szereg operacji plastycznych w celu pokrycia wielkiej powierzchni ziarninującej skórą uwłosioną. Na miejscu, odpowiadającym lewemu guzowi czołowemu, pozostała jeszcze powierzchnię niepokrytą wielkości rubla srebrnego zagojono za pomocą przeszczepień THIERSCH'a. Prawie na całej przestrzeni pozostawiono żywą blaszkę wewnętrzną usuniętych kości, z której powstała nowa kość. Całkowity brak kości po usunięciu wszystkich martwaków wynosił 23 ctm. w wymiarze strzałkowym i 19 ctm. w wymiarze poprzecznym, jest więc największym z opisanych dotąd. Badanie drobnowidzowe usuniętych kawałków kości wykazało zgrubienie i zgorzel blaszki zewnętrznej, zapalenie i rozpuszczenie blaszki wewnętrznej oraz rozrost tkanki ziarninowej na miejscu szpiku kostnego.

Z powodu powyższego przypadku KR. zaznacza, że cierpienia kości czaszki, uważane powszechnie za syfilityczne, występują pod dwiema postaciami: 1) jako miękczaki kości, guzy płaskie okrągłe, znikające pod wpływem leczenia swoistego z pozostawieniem mocno wciągniętej blizny, lub też rozpadające się; 2) jako rozległa zgorzel kości czaszki. Według KR., ta druga postać nie jest bynajmniej sprawą swoistą: jest to zapalenie przewlekłe szpiku kostnego, rozwijające się wskutek zmian swoistych lub nieswoistych w sąsiednich jamach: w nosie lub w uchu. Dowodzą tego fakty, że zgorzel, o jakiej mowa, powstaje prawie wyłącznie w kościach, sąsiadujących z pomienionymi jamami, że w każdym przypadku takiej zgorzeli wykryć można cierpienie jednej z jam, że wreszcie notowano zgorzel kości czaszki u osób, u których z całą pewnością syfilis można było wyłączyć. Leczenie swoiste żadnego wyniku w takich przypadkach nie daje.

Zdaniem KR., w przypadkach zgorzeli kości czaszki nie należy wyczekiwać oddzielenia się martwaka, lecz zaraz po stwierdzeniu zgorzeli usunąć całą chorą część kości lub, co najmniej, porobić w jej blaszce zewnętrznej szereg otworów za pomocą trepanu DOYEN'a.

SAWICKI zgadza się z wywodami KR., a na potwierdzenie zdania o nieswoistem pochodzeniu zgorzeli kości czaszki opisuje sprawę analogiczną, napotykaną w wyrostku zębodołowym szczęki górnej zarówno u syfilityków, jak u osób, które nigdy syfilisu nie przechodziły.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— * — * —

Kilka krytycznych uwag z powodu artykułu kol. M. Nartowskiego [z Krakowa]: Dwa przypadki „*Asthma uterinum*“. [Gaz. Lek. Nr. 27. 1898 r.]

Na początku swego artykułu autor pisze: „Niektórzy autorowie, jak: LEYDEN, STRUEMPELL, zwracają uwagę i ostrzegają przed możliwością pomieszenia typowej *asthma bronchiale* ze stanami, mającymi wiele podobieństwa do dychawicy, również ostrzegają przed odróżnianiem osobnych postaci dychawicy, jak: *asthma dyspepticum*, *uterinum* i t. p.. Autorowie ci o tyle mają słusność, że przypadki, dotąd ogłaszane, nie były w całości dokładnie obrobione, nie zadawano sobie bowiem należytej pracy nad najdokładniejszym zbadaniem płwociny“, i dalej: „mając do czynienia z dwoma przypadkami typowej dychawicy, w których napady występowały jedynie w czasie miesiączkowania, zająłem się bliżej tą sprawą, chcąc się przekonać, czy to są stany jedynie odruchowe, czy też typowe przypadki *asthma uterinum*“. Po tym wstępie kol. NARTOWSKI przytacza dwa swoje przypadki i po rozbiórce ich dochodzi do wniosku, że oba mogą być zaliczone do dychawicy samoistnej „*asthma uterinum*“. Z opisu powyższych przypadków widzimy, że autor rzeczywiście usiłował uniknąć zarzutów LEYDEN'a, STRUEMPELL'a i innych, ale usiłowania te były zbyt jednostronne, a mianowicie podstawy, na mocy których autor dochodzi do określenia swoich przypadków, jako „*asthma uterinum*“, są następujące: 1) wykryte przez autora w płwocinie kryształki CHARCOT'a i włókna spiralne CURSCHMANN'a; 2) związek czasu powstawania napadów z miesiączkowaniem.

Otóż najsamprzód co do tych kryształków CHARCOT'a i włókien spiralnych CURSCHMANN'a, na stronie 216 „Dyagnostyki Różniczkowej Chorób Wewnętrznych kol. WŁ. BIEGAŃSKIEGO“ czytamy: „W każdym razie późniejsze badania [CURSCHMANN, UNGAR, PEL] wykazały, że kryształki te można znaleźć i przy innych sprawach patologicznych, nie mających żadnego związku z dychawicą. To samo powiedziec należy o innych tworach w płwocinie dychawicowych, mianowicie tak zwanych odlewach spiralnych CURSCHMANN'a, znajdujących zwykle już przy nieznacznem powiększeniu; przy oglądaniu płwociny przez lupę. I te jednak nie przedstawiają żadnej właściwości dla dusznicy; spostrzegano je bowiem [PEL, BUJWID, CHELCHOWSKI] w zapaleniu oskrzelików, w zapaleniu płuc, zapaleniu oskrzeli włóknikowem, a nawet w gruźlicy płucnej i zgorzeli. Badanie więc płwociny, jak widzimy z powyższego, nie może nam dać wcale pewnych objawów rozpoznawczych“. W każdym zaś razie, jeżeliby nawet te twory pozwalały nam rozpoznać dychawicę, to nie widzę podstawy, dlaczego dychawica ta ma być „*asthma uterinum*“, a nie inną postacią nam znaną?

Przechodzimy następnie do drugiego podstawowego punktu, związku napadów dychawicy z nastaniem miesiączki. O pracach starych autorów, również i w cytowanych przez autora, w podręcznikach [EICHHORST'a] wszędzie znajdujemy, co następuje: „napady dychawicy bardzo często się zjawiają przy chorobach macicy i jajników; to też dlatego zrozumiałem jest, że choroba ta często się zdarza u nerwowych i histerycznych kobiet“. Kombinacya powyższa chorób narządów płciowych i dychawicy niewątpliwie posłużyła autorom do utworzenia odrębnej postaci chorobowej nosologicznej, mianowicie „*asthma uterinum*“. Ale „najdokładniejsze“ badanie narządów rodnych w obu przypadkach autora dało wynik ujemny, nadto sam autor w końcu swego artykułu bardzo słusznie powiada: „wiemy również, że w czasie miesiączkowania przychodzi do obrzmienia błon śluzowych, a podrażnienie zakończeń nerwowych *n. sympatici* jest w stanie wywołać skurcz mięśni oskrzelowych, a tem samem napady dychawicy, czego dowodem choćby ta jedna znana okoliczność,

że często u osób zdrowych, bez najmniejszego usposobienia nerwowego, możemy wywoływać napad dychawicy jedynie lekkim podrażnieniem błony śluzowej nosa“.

Więc dlaczego przypadki autora mają przedstawiać „*asthma uterinum*“, czy nie jest to zwykłe „*asthma bronchiale nervosum*“, która tem łatwiej i jedynie li tylko powstawała przy miesiączkowaniu, kiedy ustrój nerwowy kobiety jest nadczuły i nie normalnie podrażniony? I czy warto na podstawie li tylko współczesności napadów dychawicy i miesiączkowania ustalać, lub tworzyć odrębną postać chorobową, to dla mnie nie jest przekonywującym.

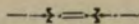
Ale najważniejsza usterka w pracy i podaniu szan. kol. NARTOWSKIEGO jest ta, że szan. autor zaniedbał zbadania moczu; tembardziej tego należy żałować, że w przypadku II-im autora ojciec chorej zmarł na zapalenie nerek [str. 688 Gaz. Lek.]. Wyłączenie zaś stanowcze *asthma uraemicum, vel toxicum* bezwarunkowo upewniłoby autora w jego rozpoznaniu *asthma uterinum*. Przecież możebną jest rzeczą, że obie chore autora, szczególnie druga, albo miały ukrytą, t. j. przyciszoną, że tak powiem, chorobę nerkową, która przy każdym miesiączkowaniu czasowo się zaostrzała wskutek zaburzeń cyrkulacyjnych i parcia krwi do narządów podbrzuszných, albo nerki tych chorych były niezwykle drażliwe na zmiany cyrkulacyjne w nich, reagowały na nie zaburzeniami wydzielniczymi i ztąd *asthma toxicum*. Każdy zaś biegły i doświadczony lekarz-praktyk miał sposobność nieraz stwierdzić, że „*astma uraemicum*“ czasami ujawnia typowy obraz chorobowy zwykłej dusznicy oskrzelowej nerwowej.

Kończę swój list zaznaczeniem, że za mało szan. autor zebrał materiału dowodowego, aby mieć prawo podane przez siebie przypadki ochrzcić mianem „*asthma uterinum*“; nie przekonywają one przeto i wprowadzają niepotrzebny zamęt do dziedziny i tak już bardzo zawilej przyczynowości dusznicy rodzaju wszelakiego.

D-r medyc. Szczęsny Bronowski.

Warszawa 4-go sierpnia 1898-go roku.

Wiadomości drobne.



— SCHIFF. O przechodzeniu arseniku do włosów. Autor karmił przez kilka tygodni psy arsenikiem, poczynając od dawki jednorazowej 3 mg. i zwiększając ją stopniowo do 6 mg.. Po upływie niejakiego czasu, gdy zwierzęta dostawały już po 4 mg. obcięto im włosy, które następnie poddano badaniom na arsenik. Za każdym razem można było stwierdzić w aparacie MARSH'a obecność wyraźnego nalotu arsenikowego. Ztąd wyprowadza autor wniosek, że przyjmowany przez dłuższy czas arsenik przechodzi do włosów i wogóle formacyi naskórkowych, i że wyniki dodatnie stosowania tego środka w chorobach skórnych należy przypisywać jego działaniu miejscowemu. Chcąc się przekonać, w jak prędkim czasie po przyjęciu przechodzi arsenik do włosów, otrul autor psa dawką jednorazową, wynoszącą 3 grm.. Poszukiwania, przedsięwzięte zaraz po śmierci zwierzęcia, wykryły arsenik tak samo, jak w przypadku zatrucia przewlekłego.

(Wien. klin. Woch. 1898. Nr. 22).

Z. M.

— LOTHEISEN. O radykalnej operacji przepukliny udowej. W przypadku, w którym u chorej po dwukrotnej operacji Bassini'ego otworzyła się ponownie przepuklina udowa, i w którym po usunięciu wraz z bliźną części wiązu POUFART'a, nie można było zastosować sposobu Bassini'ego, autor zastosował nową metodę operowania, polegającą na przyszyciu mięśni do okostnej gałęzi poziomej kości łonowej, czyli do więzadła COOPER'a. Cięcie skóry autor poprowadził bezpośrednio ponad więzadłem POUFART'a, powięź zaś mięśnia skośnego zewnętrznego przecięto 1—2 mil. nad więzaniem POUFART'a i w ten sposób dostał się do pierścienia zewnętrznego; następnie oddzielił worek od otaczających go tkanek, wyciągnął go do góry, ponad więz

PART'a, podwiązał, odciął, nałożył 4—5 szwów na mięśnie. Jeżeli oddzielenie worka wskutek znacznych wzrostów byłoby utrudnione, to należy oddzielić go poniżej wiązki POUFART'a, albo nawet odciąć worek, nie odseparowując go od wzrostów i zostawiając dolny odcinek w miejscu przyrostu. Iglę wkłada się prostopadle od góry w warstwę mięśniową, a wykluwa się ją u samego ich brzegu. Końce nitki przytrzymuje się chwilowo szczypczykami hemostatycznymi. Hakiem tęnym odsuwa się żyłę udową, ażeby odsłonić okostną kości łonowej poziomej i wtedy igłą mocno zakrzywioną przekłuwa się więzadło COOPER'a w miejscach, odpowiadających szwom mięśniowym; w tym celu służą nitki, przytrzymane początkowo w szczypczykach. Nitki zawiązuje się dopiero po nałożeniu wszystkich szwów, poczynając od środka, gdzie największe napięcie. Autor radzi dodawać, szczególnie u mężczyzn, parę szwów pomiędzy mięśniami i więzadłem POUFART'a, ażeby utworzyć zamknięcie dla sznurka nasiennego. Ze sznurkiem autor postępuje tak, jak w sposobie BASSINI'ego, wyciągając go do góry nad powięź mięśnia skór nego, albo według metody FERRARE'go, pozostawiając go wewnątrz. Przyszywając do *lig. Cooperi* oprócz mięśni także wiązki POUFART'a, otrzymuje się zgorzel okostnej, to też autor nie radzi stosować tego zabiegu. Powyższy sposób operowania w 13 przypadkach dał znakomite wyniki, bez nawrotów. Technika operacyjna dość trudna.

(*Centr. f. Chirurgie. 1898. Nr. 21*).

Józef Czarkowski.

— CLESSIN przytacza przypadek nagłej śmierci [podczas snu] 2-miesięcznego dziecka wskutek powiększonej *glandula thymus*. Przy obdukcji ciemno-czerwona *thymus* pokrywa $\frac{2}{3}$ serca i usiana jest licznymi wynaczynieniami. Są zrosty między *thymus* a workiem sercowym. Długość gruczołu 7,5 ctm., szerokość 5,5 ctm., grubość 2,0 ctm., waży 31 grm. *Trachea*, o 2 ctm. powyżej rozdwojenia, jest na tyle ucisniętą przez *thymus*, że w środku przednia i tylna powierzchnia niemal się stykają. Na górnym brzegu gruczołu wylew krwawy. Przy nacinaniu prawego i lewego płatu wylewa się gęsty płyn fioletowego koloru. *Trachea* makroskopowo nie zmieniona.

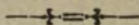
(*Münch. med. Woch. 1898. Nr. 11*).

M. Rozental.

Wiadomości bieżące.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski.* W MORACZEWSKI. O wydzieleniu składników moczu przy zmianach ciepłoty ciała. J. PRUS. O drogach przewodzenia i istocie padaczki korowej [epilepsy JACKSON'a]. [Dok.]. T. BALLABAN. Przypadek wężra w ciałku szklanem. — *Medycyna.* № 35. H. OLSZEWSKI. Dwa przypadki cięcia cesarskiego, zachowawczego z powodu guzów miednicy małej. J. ROSENTHAL. Przyczynę do kazuistyki urazów narządów moczopłciowych *sub coitu*. — *Przegląd Dentystyczny* № 8. B. DZIERŻAWSKI. O przyczynach uspasabiających do próchnicy zębów, oraz kilka słów o zapobieganiu próchnicy. W. ZIELIŃSKI. O przypadkach przy wyjmowaniu zębów.

DO PP. PRENUMERATORÓW.



Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za 2-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводимо Цензурою Варшави 20 Агусту 1898. Друк Ковалевського. Warszawa, Mazowiecka 8