

GAZETA LEKARSKA.

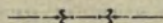
Z KLINIKI CHORÓB WEWNĘTRZNYCH RADCY DWORU PROF. DRA EDWARDA KORCZYŃSKIEGO
W KRAKOWIE.

I. O PRZEWLEKŁYM UNIERUCHOMIAJĄCEM ZAPALENIU KRĘGOSŁUPA

Podał

Dr Wawrzyniec Kędzior.

I asystent kliniki.



Nawiązując do streszczenia K. RZĘTKOWSKIEGO w Nr. 9 Gazety Lekarskiej z b. r. p. t.: „O przewlekłym unieruchamiającym zapaleniu kręgosłupa“, które to cierpienie, sprowadzające zupełne lub częściowe stężenie kręgosłupa, zwróciło na siebie większą uwagę dopiero w ostatnim czasie dzięki pracom STRÜMPELL'a i BECHTEREWA, pozwalam sobie przytoczyć szereg ostatnich przypadków z naszej kliniki, obserwowanych w krótkim stosunkowo czasie, bo w ciągu niespełna półtora roku. Tem więcej skłania mię do tego okoliczność, że ze względu na skąpą liczbę dotychczas ogłoszonych przypadków, nie można sobie wyrobić należytego i jednolitego sądu ani o etyologii, ani o zmianach anatomo-patologicznych, ani wreszcie o objawach klinicznych tej choroby.

Według większości autorów, należy wyróżnić typ: „unieruchamiające zapalenie kręgosłupa“ (*spondylose rhizomélique* P. MARIE-STRÜMPELL) od „stężenia kręgosłupa z nerwobólami“ [BECHTEREW], aczkolwiek oba te typy mają dużo cech wspólnych.

Istota i etyologia tych spraw chorobowych jest dotychczas zupełnie ciemna. Gościec, tryper, kiła, zaburzenia odżywiania, a wreszcie jakieś nieokreślone zakażenie, są wymieniane jako momenty etyologiczne. Usposabiają często: uraz, przeziębienie, wilgotne mieszkanie i t. d.

Typ pierwszy [P. MARIE'go] charakteryzuje się szczególnym przebiegiem: choroba występuje przeważnie u mężczyzn; rozpoczyna się około 20 roku życia bólami w kości krzyżowej i w okolicy bioder, które-to bóle po pewnym czasie znikają. Z biegiem lat występuje upośledzenie ruchu w stawach biodro-

wych i w kręgosłupie, mniej w stawach barkowych i kolanowych, które stale się zwiększa i sprowadza unieruchomienie stawów biodrowych i kręgosłupa. Małe stawy pozostają prawie zawsze wolne, w czym tkwi zasadnicza różnica pod względem klinicznym między tą chorobą a ogólnem zniekształcającem zapaleniem stawów. W kręgosłupie ból z okolicy krzyżowej rozszerza się na część lędźwiową i postępuje ku górze, sprowadzając garb w górnej części piersiowej stosu pacierzowego. W innych przypadkach najpierw zostaje zajęta górna część kręgosłupa, podczas gdy część lędźwiowa może pozostać wolną. Opony rdzenia, w szczególności układ nerwowy, pozostają prawidłowe — w czym zasadnicza różnica między przypadkami P. MARIE'go, a BECHTEREWA.

W przypadkach BECHTEREWA występuje większe lub mniejsze unieruchomienie, lub przynajmniej upośledzenie ruchomości całego kręgosłupa, lub tylko części tegoż i łukowate wygięcie ku tyłowi, głównie w górnej części piersiowej, przyczem głowa zostaje podaną ku przodowi. Dołącza się stan porażenny mięśni grzbietu, szyi i kończyn, najczęściej z zanikiem mięśni grzbieto-łopatkowych. Upośledzenie czucia głównie w zakresie rozgałęzień gałązek skórnych nerwów grzbietowych i szyjowych, a czasem i lędźwiowych, wreszcie objawy podrażnienia tychże nerwów [ból na grzbiecie i w szyi, jako też w kończynach]. Jako momenty etyologiczne: uraz i dziedziczność, co skłoniło francuzkich autorów do nazwania tej sprawy chorobowej „*kyphose hérédotraumatique*“, którą-to nazwę BECHTEREW uważa za niezbyt szczęśliwie dobraną.

Jako odrębne postaci unieruchomienia kręgosłupa uwzględnić należy: ogólne zniekształcające zapalenie stawów, gruźlicę kręgów, oraz histeryę, która może podobne cierpienie symulować.

Mała liczba dotychczas ogłoszonych przypadków sekcyjnych zaznajamia nas tylko częściowo ze zmianami anatomo-patologicznymi tej choroby i tak: w typie P. MARIE'go więzy kręgosłupa są skostniałe, skutkiem czego stawy, otoczone twardym pancerzem kostnym, pozbawione są zupełnie ruchomości, chrząstki jednak międzykręgowe pozostają nienaruszone. Na kręgach szyjowych i kości krzyżowej znachodzą się wybujałości kostne.

W przypadku sekcyjnym BECHTEREWA kręgosłup przedstawiał garb w górnej części piersiowej bez kompensacyjnej lordozy w części lędźwiowej. W miejscu największego upośledzenia ruchomości kręgosłupa [w górnej części piersiowej] znachodziły się chrząstki międzykręgowe w stanie zaniku, a kręgi na przedniej powierzchni były połączone kostnią. Opony miękkie rdzenia, jako też nerwy rdzeniowe, wychodzące z części piersiowej miały szare wejrznie z powodu zwyrodnienia, podczas gdy w części szyjowej i lędźwiowej żadnych zmian nie okazywały.

VALENTINI na podstawie swego przypadku, w którym unieruchomienie stawów biodrowych w uspieniu chloroformowem ustępowało, jest skłonny do przyjęcia w pewnych przypadkach zmian w torebkach stawowych. Zbierając razem ogłoszone przypadki, VALENTINI dzieli je na cztery grupy:

- 1) przewlekły gościec,
- 2) *arthritis deformans*,
- 3) *spondylose rhizomélique*, [P. MARIE-STRÜMPELL],

4) stężenie kręgosłupa z nerwobólami międzyżebrowymi [BECHTEREW].

O ile podział ten jest słusznym, zastanowimy się później. Wpierw przejrzymy nasze przypadki, których część należy do typu P. MARIE'go, część zaś do typu BECHTEREWA.

Przypadek I. Fr. R., lat 36, wyrobnik, pozostający w leczeniu klinicznym od 14 maja do 27 lipca 1900 r. Ojciec jego zmarł na zapalenie płuc, matka kaszle. Z rodzeństwa dwóch braci choruje „na piersi“, siostra zdrowa. W dzieciństwie przechodził odrę, przed 12-tu laty zapalenie gardła z ropieniem gruczołów szyjowych; ropnie przebiły się na zewnątrz, pozostawiając blizny.

Obecna choroba rozpoczęła się w 34-ym roku życia bez powodu, bólami w karku, wznagającymi się przy zmianie powietrza, rozchodzącymi się ku łopatkom, osobliwie ku prawej, a w ostatnim czasie i na ramiona. Po roku wystąpiło osłabienie kończyn górnych, stale się wznagające, w ostatnim czasie tak znaczne, że z trudnością jest w stanie podnieść kończynę górną prawą do oka, a lewą o jakie 20 ctm. ponad głowę. Przy podnoszeniu kończyn doznaje bólów w stawach barkowych i zauważa chrzęst w tychże stawach. Od początku choroby istnieje upośledzenie ruchów głowy, które w ostatnim czasie znacznie się wzmogło, osobliwie upośledzenie ruchów głowy w tył. Chory łyka dobrze, apetyt ma dobry, mocz oddaje prawidłowo. Chód prawidłowy, bólów w kończynach dolnych wcale nie ma. Chorób wenerycznych R. nie przechodził, alkoholu nie nadużywał, mieszkania miał wilgotne.

Stan obecny. Wzrost słuszny, budowa kośca wątła, odżywienie łyche. Cały kręgosłup s t y w n y, prosty, prawie zupełnie nieruchomy; część lędźwiowa również wyprostowana. Głowa przechylona stale ku przodowi. Przy obmacywaniu ostatni krąg szyjowy i pierwszy piersiowy bolesne, zresztą kręgosłup niebolesny. Przez gardło wyczuć można na przedniej powierzchni kręgosłupa kostninę w postaci listewki, pionowo przebiegającej, odpowiadającej przebiegowi więzów podłużnych. Kość krzyżowa nie nieprawidłowego nie przedstawia. Ruchy czynne i bierne głowy, jako też ruchy tułowia minimalne. Mięśnie wyprostne kręgosłupa silnie napięte. Klatka piersiowa płaska, typ oddechu przeponowy. Rozszerzalność klatki piersiowej przy wdechu wynosi zaledwie 1 ctm. Oba stawy mostko-obojęzykowe, osobliwie lewy, znacznie zgrubiałe, lewy bolesny, tak samo zgrubiałe oba stawy barkowe, osobliwie prawy. Ruchy w obu stawach barkowych upośledzone, więcej po stronie prawej. Prawą kończynę górną chory jest w stanie podnieść zaledwie do kąta 45°, lewą do poziomu. Przy ustaleniu łopatek ruchy znacznie więcej upośledzone i bolesne. Przy ruchach czuć chrzęszczenie, osobliwie w stawie barkowym lewym. Siła ręki prawej dynamometrem = 15, ręki lewej = 20. R e s z t a stawów w z u p e ł n i e w o l n a. Chód prawidłowy.

Mięśnie łopatkowe i ramion wiotkie, pobudliwość mechaniczna wzmózona. W pobudliwości galwanicznej mięśni i nerwów wyraźniejszych zmian nie ma. Odruchy ścięgniste wzmózone. Pnie nerwowe niebolesne. W czuciu zmian nie ma. Narządy wewnętrzne bez zmian.

W czasie pobytu w klinice stan chorego nieco się poprawił pod wpływem masażu i kąpieli słonych, a mianowicie: bóle zupełnie ustąpiły, siła rąk zwiększyła się i tak; ręki prawej = 19, lewej = 24.

Ruchy głową nieco wyraźniejsze, kręgosłup przy ucisku nigdzie nie bolesny.

W przypadku tym uderza zupełna nieruchomość kręgosłupa i upośledzenie ruchomości znacznego stopnia w stawach barkowych, brakuje tylko zajęcia stawów biodrowych przez tę samą sprawę chorobową, aby przypadek ten od-

powiadał zupełnie obrazowi chorobowemu, podanemu przez P. MARIE'go w roku 1898 w *Revue de Médecine*: „*Sur la spondylose rhizomélique*“. Różnica polega tu na tem, że choroba rozpoczęła się nie w krzyżach i stawach biodrowych, ale w karku i okolicy stawów barkowych; nadto choroba posuwała się tu z góry ku dołowi, sprowadzając zupełną ankylozę kręgosłupa, a częściową stawów barkowych i mostko-obojęzycznych. Aczkolwiek więc obraz w naszym przypadku jest nieco odmienny z powodu niezajęcia stawów biodrowych, mimo to w istocie rzeczy nie różni się zasadniczo od przypadków P. MARIE'go i VALENTINI'ego, w których również istniała zupełna ankyloza kręgosłupa i częściowa wielkich stawów. Małe stawy pozostały tu zupełnie wolne.

Przypadek II. W. S., lat 57, rolnik, żonaty. Rodzice pomarli w późnym wieku. Ojciec cierpiał na gościec stawowy, rodzeństwo zdrowe. W młodości żadnych chorób nie przechodził. Napojów wysokowych nie nadużywał. Chorób wenerycznych nie przechodził. Narażał się na przeziębienia. Obecna choroba rozpoczęła się w 37 roku życia. Po przeziębieniu się doznawał wówczas kłucia i darcia w karku i plecach. Głową mógł wykonywać tylko nieznaczne ruchy; osobiwie utrudnionem było wyprostowanie głowy, natomiast zginanie było możliwe. Stawy kończyn były wówczas zupełnie wolne. Przy zmianie powietrza bóle zwiększały się. Pod wpływem leków, wewnątrznie i miejscowo stosowanych, stan się poprawił po 3-4 latach od wystąpienia choroby o tyle, że ruchy głową stały się swobodniejsze, bóle zupełnie ustąpiły, głowa jednak pozostała stale przechylona ku przodowi. Poprawa trwała 3 lata, po czem stan pogorszył się ponownie, objawy chorobowe były mniej więcej takie same, jak na początku choroby. Leki przepisane przyniosły zaledwie nieznaczną ulgę, poprawę—dopiero leczenie w Trenczynie; ruchomość głowy zwiększyła się, a bóle zupełnie ustąpiły. Stan taki poprawy naprzemian z pogorszeniami i dodatkowo występowaniem nieznacznych bólów w stawach barkowych i mostko-obojęzycznych trwał do jesieni r. 1898. Wówczas bez powodu wystąpił ból w 2-im i 3-im palcu stopy prawej, wkrótce przeniósł się na całą stopę, następnie pojawił się obrzęk stopy, w miesiąc zaś później podobne zmiany pojawiły się w stopie lewej. Leczenie nie osiągnęło spodziewanego skutku, a ból i obrzęk zmniejszyły się dopiero w marcu 1899. Przy zmianie powietrza stan się pogarszał, różnicy zaś w bólach zależnie od pory dnia chory nie zauważył. W tym czasie bóle w plecach i karku były względnie bardzo małe. Leczenie w Piszczanach korzystnie wpłynęło na przebieg choroby. W sierpniu r. 1899 ból i obrzęk nóg zupełnie ustąpiły mniej więcej na przeciąg 3-4 miesięcy; później bóle w stopach przydarzały się nie stale o nieznacznym nasileniu, trwając 1—2 dni, i to tylko przy zmianie powietrza. Zima 1899/1900 była dla chorego względnie jedną z najlepszych. Czuł się prawie zupełnie zdrow, bolał go czasem tylko prawy staw barkowy przy zmianie powietrza. Pogorszenie sprawy chorobowej datuje się od 1-go czerwca 1900 r. Po przeziębieniu się nagle w nocy wystąpiło kłucie i ból w karku i w potylicy, rozchodzący się aż na szczyt głowy. Przy najmniejszych ruchach głową ból zwiększał się. Przez pierwsze trzy tygodnie czerwca bóle trwały prawie bez przerwy, nieraz tak silne, że chory jęczał z bólu. Polykanie śliny i płynów było bardzo bolesne. Wymiotów ani nudności nie było, ciepłota ciała miała być miernie podniesioną. Przez całe te 3 tygodnie sypiał 3—4 godzin na dobę, tylko w pozycji siedzącej. Bóle zmniejszyły się pod wpływem masowania. Obecnie jest w stanie leżeć w łóżku, wykonywać mierne ruchy głową na boki, a minimalne ku przodowi i tyłowi. Bóle w spokoju nieznaczne, zwiększają się przy ruchach.

Bólów w kończynach dolnych niema. Przez cały czas choroby istniała wielka skłonność do potów. W oddawaniu moczu ani stolca zaburzeń niema.

S t a n o b e c n y. Wzrost mały, budowa kośćca dobra, odżywienie mierne. Stos kręgowy w części szyjowej prawie zupełnie nieruchomy, osobliwie ruchy ku przodowi, tyłowi, i w bok prawie zniesione, obrotowe bardzo znacznie upośledzone i bolesne, głowa przechylona ku przodowi. Pierwszy krąg piersiowy bolesny, część szyjowa wrażliwa, zresztą kręgosłup, jako też kość krzyżowa niebolesne. Górna część piersiowa kręgosłupa wygięta ku tyłowi w postaci garbu miernego stopnia bez kompensacyjnej lordozy w części lędźwiowej. Zginanie tułowia ku przodowi miernie upośledzone, wyprostowywanie utrudnione, ruchy w bok więcej upośledzone. Mięśnie kapturowe napięte, bolesne—toż samo i mięśnie szyi. Potylicca bolesna, tak samo bolesny tylny odcinek kości bocznych. Skóra na tyłogłowie zgrubiała, okazuje znaki po pijawkach. Przez usta wyczuć można między 3-im a 4-ym kręgiem szyjowym kostninę, poprzecznie przebiegającą, odpowiadającą połączeniu kręgów. Klatka piersiowa przy oddechaniu bardzo mało się porusza, typ oddechu przeponowy. Stawy mostko-obojęczykowe, jako też mostek w górnej i środkowej części zgrubiałe i bolesne. Stawy barkowe bolesne przy ucisku—osobliwie prawy, tenże staw jest zgrubiały. Kończynę górną jest chory w stanie podnieść tylko do 45°; ruchy są bolesne. Siła ręki prawej dynamometrem = 28, ręki lewej = 25. Pnie nerwowe przy ucisku niebolesne. Reszta stawów kończyn górnych, jako też stawy kończyn dolnych niebolesne; ruchomość dobra. Odruchy kolanowe upośledzone. W pobudliwości galwanicznej mięśni, jako też i nerwów zbroczeń niema.

I ten przypadek, podobnie jak pierwszy, odznacza się ankylozą kręgosłupa, w mniejszym stopniu—stawów mostko-obojęczykowych i barkowych. Wolnymi są w szczególności stawy biodrowe. Cały przebieg choroby przemawia za tłem gościcowem, zwłaszcza, że zajęcie stawów stóp było przejściowe i nie pozostawiło po sobie żadnych śladów.

Gwałtowne bóle w karku przemawiają za zajęciem opon mleczca paciierzowego. Różni się ten przypadek od pierwszego wolnielszym przebiegiem i zajęciem opon rdzenia. [D. n.]

Z ODDZIAŁU DRA M. JAKOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

II, ROZSIANE ZAPALENIE NERWÓW PO OSTREM OTRUCIU ARSZENIKIEM.

Podał

Tadeusz Korzon,

asystent oddziału.

Zdarzyło mi się obserwować w szpitalu przypadek, który ze względu na obraz kliniczny choroby, ze względu na jej przebieg jako też i sposób leczenia, posiada pewne osobliwsze cechy i na te cechy pragnąłbym zwrócić uwagę czytelnika.

Dnia 5 czerwca 1898 r. przybyła na oddział chora Franciszka P. z siedleckiego, lat 34, zamężna. Chora nie obciążona dziedzicznie, w dzieciństwie prze-

była ospę; miała 8-ro dzieci; wogóle była zawsze zdrowa. Przed 10-ciu miesiącami ona sama i jej rodzina zostali otruci arsenikiem przez sąsiada z powodu jakichś zatargów o ziemię. Arsenik był wsypany do jedzenia. Wkrótce po zjedzeniu obiadu cała rodzina rozchorowała się. Nasza chora dostała wymiotów i mocnego rozwolnienia z bolesciami. Stolce były krwawe. Objawy ostrego zapalenia przewodu pokarmowego, jak wymioty i krwawa biegunka, trwały przeszło 2 tygodnie. Prócz tego na trzeci dzień po otruciu chora zaczęła doznawać silnych bólów w całym ciele, a szczególnie w rękach i nogach. Po tygodniu chora utraciła nawet władzę w górnych i dolnych kończynach. Utrata władzy najsilniej była wyrażona w trzecim tygodniu choroby. Bóle w rękach i w nogach, brak władzy w nich, upadek sił trwały w dalszym ciągu. Po 7-iu miesiącach odzyskała w znacznej części władzę w kończynach górnych, ale chodzić zupełnie nie mogła z powodu bardzo mocnego osłabienia nóg, bólów i z powodu przykurczenia wszystkich palców na obu stopach do podeszwy (*flectio plantaris*). Z wywiadów wiadomo mi, że pozostali członkowie rodziny wyzdrowieli wszyscy i żaden w podobny sposób nie chorował.

Przy badaniu znaleziono: chora prawidłowej budowy, mocno wyniszczona, o cerze szaro-ziemistej. Stan bezgorączkowy. Tętno 92 na minutę, miękkie, małe. W drogach oddechowych zmian żadnych niema. Wymiary serca prawidłowe, tony u podstawy serca głucho. Wątroba trochę powiększona, śledziona nie wyczuwalna. Badanie układu nerwowego wykazało: oddziaływanie źrenic prawidłowe; drżenia w kończynach niema; ogólna nadczułość bólowa; czucie temperatury zachowane; czucie dotykowe i zdolność stereognostyczna na dłoniach i palcach obu rąk zniesione: chora nie może rozpoznać ile zapalek dano jej do ręki. Odruchów ścięgnistych na przedramionach wywołać się nie udaje; odruchy kolanowe bardzo słabo wyrażone. Mięśnie i nerwy na przebiegu bolesne przy ucisku. Zaburzeń ze strony pęcherza i kiszki prostej niema. Mocz w składzie prawidłowym.

Na zasadzie wywiadów i przytoczonego badania postawiliśmy rozpoznanie rozsianego zapalenia nerwów wskutek ostrego otrucia arsenikiem (*neuritis multiplex toxica*). Rozpoznanie nie wymagało wielkiego uzasadniania, gdyż objawy takie, jak niedowład kończyn, przykurczenia, zaburzenia w czuciu dotykowym i stereognostycznym przy bolesności nerwów i mięśni na ucisk, a jednocześnie brak zaburzeń ze strony pęcherza i kiszki prostej, jako też prawidłowe oddziaływanie źrenic, dosyć wyraźnie zaznaczały cierpienie nerwów obwodowych i wyłączały wiał rdzenia (*tabes*).

W przebiegu choroby zasługuje na uwagę przedewszystkiem ta okoliczność, że postać neurytyczna zatrucia arsenikowego właściwą jest tylko otruciom przewlekłym ¹⁾ i spotyka się głównie u pracujących w hutach i fabrykach, gdzie arsenik znajduje się w przerabianym materiale; następnie u osób, zamieszkujących pokoje, gdzie farby na ścianach lub obicia zawierają arsenik ²⁾,

¹⁾ NOTHNAGEL. Specielle Pathologie u. Therapie T. I. Vergiftungen. JAKSCH. str. 172.

²⁾ NAUNYN. Ziemssen's Handbuch.

albo też choroba występuje przy zbyt długim używaniu arszeniku w celach leczniczych.

W naszym przypadku objawy zapalne w nerwach wystąpiły już na trzeci dzień choroby przy jednoczesnem ciężkiem zapaleniu przewodu pokarmowego, a więc w ostrem otruciu. Objawy zapalenia nerwów odrazu wystąpiły w postaci rozsianej, gdyż chora doznawała bólów w całym ciele z przewagą umiejscowienia ich w rękach i w nogach. Doszło do zupełnego bezwładu obu kończyn górnych i dolnych. Jak wykazują wywiady, choroba trwała już 10 miesięcy, zanim chora przybyła do szpitala. Władzę w rękach poczęści odzyskała jeszcze w domu, ale chodzić zupełnie nie mogła z powodu osłabienia nóg, bólów w nich i przykurczeń palców w położeniu *flexio plantaris*. Siła rąk była znacznie słabsza, niż powinna być normalnie. Czucie dotykowe i stereognostyczne nieprawidłowe.

Przy przewlekłym otruciu arszenikiem objawy neurytyczne rozwijają się powoli; przedewszystkiem występują w kończynach dolnych, a później dopiero w kończynach górnych¹⁾. Rokowanie podług JAKSCH'a w postaci neurytycznej przewlekłego otrucia arszenikiem jest wogóle poważne, a przy rozległych bezwładach i zanikach mięśni zupełnie złe. STRUEPELL²⁾ rokowanie stawia lepsze, powiadając że większość bezwładów od zatrucia arszenikiem przechodzi pomyślnie. U żadnego z autorów, których zdania w zajmującej mnie kwestyi poszukiwałem, nie znalazłem wzmianki o tem, czy często dochodzi do przykurczeń w bezwładach arszenikowych i o ile przykurczenia i długi czas trwania bezwładów wpływają na rokowanie.

Przebieg choroby w naszym przypadku i leczenie przedstawiają się również niezwykle. Wczesne i ostre wystąpienie rozsianego zapalenia nerwów, bezwład kończyn dolnych i górnych, utworzenie się przykurczeń wskutek porażenia mięśni wyprostnych i czas trwania choroby już 10-cio miesięczny—pozwalają postawić rokowanie bardzo wątpliwem co do zupełnego wyzdrowienia chorej. Zastosowaliśmy leczenie ogólnie, w tych przypadkach polecane: a więc jod do wewnątrz i kąpiele. Po 4-eh tygodniach takiego leczenia żadnych dodatnich wyników nie było. Wtedy przyszło nam na myśl, aby spróbować w celu leczniczym tego środka, który był właśnie powodem otrucia. W naszym przypadku było przedewszystkiem wskazanie do podniesienia ogólnego odżywiania ustroju, wzmocnienia wszystkich tkanek, a zwłaszcza układu nerwowego. Z tych względów arszenik byłby najzupełniej wskazany. Mogła wszakże zachodzić tu wątpliwość, czy choroba, która powstała wskutek otrucia arszenikiem, może być tym środkiem leczona. Pod tym względem rozumowaliśmy w sposób następujący: Arszenik jest jednym ze środków, do których ustrój przyzwyczaja się. Zjadacze arszeniku w Tyrolu chorują, gdy nie zjedzą swojej porcyi. Zachodzi tu więc pewna analogia z morfiną lub nikotyną³⁾. Ciężkiego morfinizmu nie można wyleczyć, nie podając wcale morfiny. Jeżeli zaś ustrój może nałogowo przyzwyczaić się do danego środka, to widocznie

¹⁾ BROUARDEL i POUCHET. HUSEMANN's Encyclopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde. 1891. T. I, str. 63.

²⁾ STRUEPELL. Lehrbuch d. spec. Pathologie u. Therapie. T. III, str. 120. 1895 r.

³⁾ C. BINZ. Vorlesungen über Pharmakologie str. 430.

środek ten wywiera jakiś głębszy wpływ na zjawiska chemiczne w ustroju. Chociaż obraz kliniczny choroby u naszej chorej odpowiadał obrazowi przewlekłego otrucia arsenikiem, to jednakże wystąpił on od razu po ostrem otruciu i na to kładę nacisk.

Przeładowanie jednorazowe ustroju arsenikiem wywołało cały szereg zmian w komórkach różnych tkanek, a zwłaszcza w układzie nerwowym. Podając chorej arsenik, chcieliśmy spróbować, czy środek ten, dostając się do ustroju w ściśle oznaczonych, małych ilościach i wywierając stale małe podrażnienie komórek nerwowych, ilościowo różne, lecz jakościowo identyczne z tym nadmiernym bodźcem, jaki spowodował zmiany chorobowe — czy, powtarzając, środek ten nie będzie pomagał ustrojowi w powrocie do normalnej działalności tkanek.

Analogiczne zjawisko ujrzymy, jeżeli weźmiemy dla przykładu bezwładę, powstającą po rażeniu piorunem. Usuwamy je zapomocą tejże samej elektryczności, używając tylko bodźca o mniejszem natężeniu, o działaniu bardziej ciągłym i powtarzając podrażnienie niejednokrotnie.

Wyniki leczenia naszej chorej przedstawiają się w sposób następujący. Chora zaczęła brać arsenik w pigułkach po 0,0005 grm 3 razy dziennie, a zatem 0,0015 grm. *pro die*, poczynając od d. 29 czerwca. Już po kilku dniach wyraźnie zaznaczyła, że czuje się wogóle lepiej, jakoś mocniejsza i rzeświejsza. Atoli 10 lipca, a więc po 12-u dniach, wystąpiły zaburzenia ze strony kiszek, a mianowicie biegunka z boleściami. Mogło to być z jednej strony nietolerancją kiszek względem arseniku, lecz nie można także wyłączyć i przypadkowej przyczyny, kryjącej się w jedzeniu szpitalnem, gdyż niejednokrotnie mogliśmy zauważyć występowanie biegunek ostrych u kilku chorych na raz na oddziale, dotąd zupełnie na zaburzenia kiszkowe nie cierpiących. Zresztą sama chora mogła zjeść jakiejś surowizny, do czego nie chciała się przyznać, a wiadomo, że nieraz nie można takiego wyznania od chorych wydobyć. W każdym razie trzeba było arsenik odstawić i zająć się leczeniem kiszek. Po 10 dniach działalność kiszek stała się znów prawidłową. Wyjazd mój na 6 tygodni z Warszawy, niepomyślna pierwsza próba podawania arseniku — razem były powodem, że chora znów zaczęła dostawać jod z bromem, i kąpiele słone na 28° ciepłoty — co trwało do 30 lipca. Podczas mojej nieobecności podawano chorej, żelazo, wyciąg chinowy i strychninę w postaci t. zw. *pilulae tonicae* ERB'a, a prócz tego stosowano kąpiele i faradyzację kończyn dolnych. Pod wpływem tego leczenia nastąpiła bardzo niewielka różnica w przykurczeniach palców. 30 sierpnia, a więc w 2 miesiące od przybyciu chorej do szpitala, nie można było skonstatować żadnej wybitniejszej poprawy. 7 września zaczęto znów podawać arsenik po 0,002 grm. 3 razy dziennie [a więc nawet 4 razy więcej niż poprzednio] = 0,006 *pro die*. Od tej pory zaczęła się powolna, ale ciągła poprawa. Wygląd chorej, cera, tusza i stan subiektywny bardzo szybko wyśmienicie się poprawiły; co do objawów ze strony nerwów obwodowych, to te ustępowały znacznie wolniej.

Dnia 6 października zanotowano w karcie szpitalnej, że „chód chorej jest chwiejny, palce u nóg nie zginają się” — z notatki tej widać, że chora zaczyna już chodzić. 19 października odnotowano, że powraca możność zgina-

nia stóp w stawach skokowych. D. 4 listopada — ruchy w palcach lewej stopy wcale dobre, przykurczenia znacznie słabsze; w większym jeszcze stopniu widać tę poprawę w palcach prawej stopy. 21 listopada — palce u nóg już się wyprostowały. Winienem nadmienić, że od czasu, kiedy palce u nóg dawały się biernie odprostować, zaczęliśmy je umocowywać w tem położeniu do deseczki zapomocą bandaży. W dalszym przebiegu powróciły dowolne ruchy w palcach nóg. Siła mięśniowa stała się normalną. Pod koniec pobytu w szpitalu chora już nie brała arszeniku, dostawała tylko codziennie kąpiel letnią i faradyzację kończyn dolnych. Ostatecznie chora wypisała się d. 9 marca 1900 r., a więc prawie po 9-iu miesiącach, zupełnie zdrowa. Ruchy były zupełnie swobodne, chodziła dobrze i wyglądała wyśmienicie. Przez czas leczenia chora wybrała około 6 grm. kwasu arsenawego.

W przebiegu leczenia stanowczo można było zauważyć, że od czasu podawania arszeniku zaczęła się wybitna i stała poprawa. Przy arszeniku była stosowana faradyzacja, kąpiele a później i masaż. Masaż rozpoczęto wtedy dopiero, kiedy przykurczenia już zaczęły same potrosze ustępować. Taż sama faradyzacja i kąpiele były stosowane na długo przed podawaniem arszeniku i wyraźnych żadnych wyników nie było. Aczkolwiek JAKSCH w swojej książce o otruciach pisze, że w postaciach neurytycznych otrucia arsenikowego żadnych dodatnich wyników nie należy oczekiwać od masażu i kąpeli, to jednakże nie mógłbym tak sceptycznie zapatrywać się na pomienione zabiegi lecznicze, przynajmniej w zastosowaniu do naszego przypadku. Mnie się zdaje, że słone ciepłe kąpiele mogły wpływać dodatnio na ogólne odżywianie ustroju, a wespół z fardyzacją mogły pomagać w usuwaniu przykurczeń mięśniowych. Przyjmując zaś bez zastrzeżeń zdanie JAKSCH'a, mogliśmy chyba tylko arsenikowi przypisać cały pomyślny wynik leczenia.

Pokusilem się o podanie do wiadomości czytelników powyższego przypadku w tej myśli, że ktokolwiek z lekarzy będzie miał może sposobność i chęć wypróbowania nawet w ściślejszy sposób leczenia, zastosowanego przez nas. Nigdzie bowiem nie znalazłem wzmianki o tem, aby przy *neuritis toxica arsenicalis*—podawano arszenik.

III. GLYCOSOLVOL.

Napisał

Aleksander Białobrzęski.

— ✚ — ✚ —

[Dokończenie — Patrz Nr. 24].

L. M., 50 lat, kupiec, żonaty, ma 7-ro dzieci, pochodzi z rodziny suchotnicznej, w 20-ym r. życia przeszedł jakąś chorobę gorączkową, 5 lat temu gościc, od 2-eh lat chory jest na płuca, od roku zaczął chudnąć i tracić siły, w maju 1900 r. miał krwotoki ustami. Cukier znaleziono w moczu przed 3-ma miesiącami w ilości 7%; po zastosowaniu odpowiedniej diety i karlsbadu zmniejszył się do 2%. Chory średniej budowy, wychudzony, uskarża się na kaszel, du-

szność, bóle głowy, brzucha, zaparcia z rozwolnieniami. Przy badaniu znaleziono stępienie dwustronne w górnych częściach płuc, oddech oskrzelowy, suche i wilgotne rżenia, w płwocinie laseczniki. Brzuch miękki, bolesny; wątroba powiększona, zachodzi niżej pępka, miękka, bolesna; śledziona powiększona, twarda. Język obłożony; zaparcia stolca na zmianę z silnymi rozwolnieniami; ilość moczu 1300, ciężar gatunkowy 1013, cukru 2‰; waga chorego 119 funt.; od 3-ch miesięcy pił karlsbad, brał arsenik: cukier z 7‰-go zmniejszył się na 2‰, ogólny stan chorego i objawy płucne wciąż się pogarszały. Po wstąpieniu na klinikę chory przez tydzień brał chininę, brak apetytu, złe trawienie, niesmak, bezsenność, ilość moczu i cukru pozostały bez zmiany, również wątroba i śledziona, waga 119 funt.; 13 października 1900 r. otrzymał *glycosolvol*.

Data	Ilość dobowa mocz	Ciężar gatu- kowy	Procent cukru	Ilość dobowa cukru	
13. IX.	2300	1017	2	46	
14	1800	1016	2	36	
15	2400	1017	2	48	Łaknienie lepsze, chory trawi dobrze, ból w brzuchu mniejszy.
16	3000	1020	2	60	
17	2000	1016	2	40	Waga chorego 120 funt.
18	4000	1017	2	80	Chory uskarża się na bóle w okolicy pęcherza, mocz zawiera dużo ciałek ropnych i laseczniki gruźlicze.
19	4000	1017	2	80	
20	1250	1020	1	12,5	Bóle w okolicy pęcherza przeszły zupełnie, ciałek ropnych i laseczników w moczu niema.
21	2400	1016	1	24	
22	2650	1012	0,4	10,6	
23	2000	1016	0,2	4	
24	1550	1017	cukru ślady, nie dające się określić polarymetrem, samopoczucie		
25	2300	1015	cukru ślady		znacznie lepsze, kaszel
26	2000	1015	cukru ślady		mniejszy, wątroba zmniejszyła się znacznie, to samo śledziona, apetyt i trawienie dobre, stolce co 2-gi dzień.
27	2500	1015	1	25	
28	2600	1017	0,5	13	
29	3000	1015	cukru ślady		
30	3250	1010	cukru ślady		
31	2450	1012	cukru ślady		
1. XI.	2460	1015	cukru ślady		

Waga chorego 121 funt, samopoczucie dobre, kaszel i duszność mniejsze, apetyt i trawienie dobre; nie zachowuje ścisłej diety, wypisuje się z kliniki na własne żądanie.

W 2 tygodnie po wyjściu ze szpitala chory zaziębił się i przemokł podczas zimnego, dżdżystego wieczoru, objawy płucne pogorszyły się znacznie, wystąpił prawostronny *pneumothorax* i nastąpiła śmierć po 5-iu dniach. Przez te 5 dni ilość moczu wahała się między 1500—1200, ciężar gatunkowy 1015—1016, cukru ślady, kwasów oksymasłowego, aceto-octowego i acetonu nie było, sekcyi nie robiono. W przypadku tym mamy chorobę cukrową, na tle istniejących poprzednio suchot; pod wpływem *glycosolvol'u* zwiększyła się ilość moczu, samopoczucie chorego poprawiło się znacznie, jak również łaknienie i trawienie, waga wzrosła o 2 funt., ilość cukru zmniejszyła się nieznacznie.

Sz. W., 35 lat, żonaty, ma 4-ro dzieci, młynarz, pochodzi z rodziny zdrowej, nadużyć nie popełniał, pracował ciężko, odżywił się umiarkowanie, w dzieciństwie przechodził ospę, w 20 r. życia tyfus, w 21 r. życia wytworzyła się ruptura pachwinowa; do grudnia 1899 roku czuł się zupełnie dobrze, w początkach tego miesiąca zauważył zwiększone pragnienie i łaknienie, częste urynowanie i wzmagające się ogólne osłabienie. Objawy te stopniowo powiększały się; w kwietniu 1900 r. zapisał się do szpitala, gdzie leczono go dyetą i karlsbadem; po 10-iu tygodniach pobytu w szpitalu wypisał się z nieznacznym polepszeniem. Po dwu miesięcznym pobycie na wsi wrócił z powrotem do szpitala z powodu wzrastającego ogólnego osłabienia. Leczenie dyetyczne w połączeniu z wodami alkalicznymi i narkotykami nie zrobiło mu tym razem większej ulgi i w dniu 25 września, przy przejściu chorego na klinikę, znaleziono: chory dobrej budowy, mocno wychudzony, uskarża się na gwałtowne pragnienie, bóle i zawroty głowy, bóle w mięśniach rąk powyżej łokcia i ogólne osłabienie. W prawym wierzchołku stłumienie, oddech zaostrzony, suche i wilgotne rżężenia, drżenie głosowe wzmożone, serce nie zmienione. Brzuch miękki, niebolesny, wątroba i śledziona niepowiększone, ruptura pachwinowa. Język suchy, smak dobry, stolec prawidłowy. Dobowa ilość moczu podczas pobytu chorego w szpitalu, do przeniesienia go na klinikę, wahała się między 7500—5000, ciężar gatunkowy 1035—1025, cukier 5%—7%. Waga chorego 138 funt. Naznaczono *glycosolvol* i ścisłą dyetę, której chory nie zachowywał, a jadł wszystko, co mu się udało potajemnie dostać.

Data	Ilość dobowa mocz	Ciężar gatun- kowy	Procent cukru	Ilość dobowa cukru
26. IX.	6000	1030	7	420
27	6500	1031	7	455
28	7000	1030	7	490
29	7500	1029	6	450

Data	Ilość dobowa moczu	Ciężar gatu- nkowy	Procent cukru	Ilość dobowa cukru	
30. IX.	7600	1029	6	456	
1. X.	7200	1030	6	432	
2	7500	1028	5,5	412,5	
3	7000	1026	5	350	
4	7000	1024	5	350	Samopoczucie chorego lepszé, waga 144 f., bóle i zawroty głowy przeszły.
5	8000	1024	4,5	360	
6	7300	1026	5	365	
7	6000	1024	4	240	
8	5500	1024	4	220	
9	5000	1024	4	200	
10	4500	1024	3,5	157,5	
11	4000	1024	4	160	
12	3500	1024	3,5	122,5	Waga chorego 148 f.
13	3200	1020	3	96	
14	3000	1024	4	120	
15	3600	1020	3	108	Kwasów oksymasłowego, aceto-octowego i acetonu nie znaleziono ani razu.
16	3400	1020	3	102	
17	3200	1020	3	96	
18	3100	1020	3	93	
19	3500	1020	3	105	
20	3000	1020	3	90	
21	3500	1020	4	140	Waga chorego 147 f.

Chory przestał brać *glycosolvol*, samopoczucie się polepszyło, bóle i zawroty głowy przeszły, waga powiększyła się o 9 funt. Zmiany w prawym wierzchołku pozostały te same, kaszel bardzo mały, płwocina nieznaczna, nie zawiera laseczników. Chory pozostał jeszcze przez miesiąc w szpitalu, pił wody mineralne, *kali jodatam*; ilość moczu i cukru pozostały bez zmiany, ogólny stan również, waga 148 funt., objawy płucne te same. W danym przypadku mamy ciężką postać moczówki cukrowej u osobnika poprzednio zupełnie zdrowego, bez widocznej przyczyny; pod wpływem *glycosolvol*'u poprawiło się samopoczucie chorego i trawienie, zawroty i bóle głowy ustąpiły, waga powiększyła

się o 9 funt. Początkowo ilość moczu nieznacznie się powiększyła, później zmniejszyła się równocześnie ze zmniejszeniem cukru.

Dr X..., 50 lat, dobrej tuszy i budowy, pochodzi z rodziny zdrowej, nadużyć nie popełniał, chorób żadnych nie przechodził. Przed pół rokiem omal nie uległ przejechaniu przez pociąg i doznał silnego wstrząśnienia nerwowego. Wkrótce potem zauważył zwiększone pragnienie i łaknienie, częste urynowanie i ogólne osłabienie. Przy badaniu moczu znaleziono cukier w ilości 5%. Chory leczył się przez 3 miesiące dyetą i karlsbadem, cukier zmniejszył się do 2%, ogólny stan chorego polepszył się nieznacznie. Przez cały czas leczenia chory oddawał się zwykłym zajęciom przy licznej praktyce, nie można więc było określać dobowej ilości moczu, który był badany co kilka dni w porcjach, zbieranych podczas nocy. Przy rozpoczęciu przyjmowania *glycosolvol'u* chory uskarżał się na następujące objawy: duże pragnienie, brak apetytu i słodkawy smak w ustach, bóle i zawroty głowy, duszność i ściskanie w okolicy serca, bóle w krzyżu, brak sił, bezsenność i zdenerwowanie, utratę pamięci i duże przygnębienie.

Przy badaniu znaleziono: chory dobrej budowy, dobrze odżywiony, w płucach i sercu zmian niema, brzuch wzdęty, wątroba i śledziona nie powiększone, język suchy, obłożony. Ilość dobową moczu 3000, ciężar gatunkowy 1030, cukru 3%, a na dobę 90. Waga chorego 190 funt. Następnie podawane są tylko ciężar gatunkowy i procent cukru, gdyż z powodów wyżej wspomnianych ilość dobową moczu nie była określana. Kwasów oksymasłowego, aceto-octowego i acetonu nie znaleziono.

Data	Ilość dobową moczu	Ciężar gatunkowy	Procent cukru	Ilość dobową cukru	
przed przyjmowaniem <i>glycosolvol'u</i>					
1. VI.	3000	1030	3%	90	Waga chorego 190 f.
po 4-ch dniach przyjmowania <i>glycosolvol'u</i>					
4. VI.	—	1030	3%	—	
11. VI.	—	1030	3	—	
16. VI.	—	1028	2	—	
22. VI.	—	1026	1	—	
28. VI.	—	1026	1	—	
6. VII.	—	1026	1	—	Waga chorego 198 f.
chory przestał przyjmować <i>glycosolvol'u</i>					
20. VII.	—	1026	1	—	
10. IX.	—	1030	2	—	Waga chorego 205 f.

Po *glycosolvol'u* chory czuł się znacznie lepiej, niesmak w ustach, brak apetytu, bóle i zawroty głowy ustąpiły, uczucie ściskania i duszności

w okolicy serca, bole w krzyżu, przygnębienie, rozdrażnienie i brak pamięci przeszły zupełnie. Chory sypia doskonale, czuje się znacznie silniejszym i rzeźwiejszym, urytuje mniej: dawniej przez noc wstawał 2—3 razy, obecnie nie wstaje dla oddania moczu wcale, pragnienia zwiększonego niema, jada z apetytem, dyetę zachowuje nieściśle.

Dnia 10. IX. badałem chorego po dłuższem niewidzeniu: stan subiektywny doskonały, nie odczuwa żadnych dolegliwości, trawi dobrze, waga 205 funt., ciężar gatunkowy moczu 1030 cukru 2^o%, dyety prawie nie zachowuje, lekarstw żadnych przez ten czas nie przyjmował. W przypadku tym mamy moczówkę cukrową u osobnika dobrze odżywionego, na tle wstrząśnienia nerwowego; kuracja dyetyczna i karlsbad zmniejszyły cukier o 2^o%, ale mało wpłynęły na ogólny stan chorego; przy podawaniu *glycosolvol'u* cukier zmniejszył się nieznacznie, subiektywny stan chorego polepszył się znacznie, waga podniosła się o 8 funt., ustąpiły objawy nerwowe, zaburzenia w trawieniu, osłabienie, przygnębienie, zdenerwowanie i bóle. Dodatni wpływ *glycosolvol'u* na ogólny stan, trawienie i system nerwowy zdaje się występować w danym przypadku bardzo wyraźnie, ale trzeba się liczyć z tem, że przy moczówkach cukrowych na tle wstrząśnień nerwowych na objawy te wywiera czasami również dodatnie oddziaływanie czas bez wszelkich leków.

Z przytoczonych spostrzeżeń widać, że *glycosolvol* posiada słabe działanie moczopędne i podniecające, co zapewne należy przypisać diuretynie, dodatnie oddziaływanie na ogólny stan chorych, trawienie i objawy nerwowe, co zapewne zależy od lepszego przetrawienia pokarmów pod wpływem zymogen-trypsyny; na wydzielanie cukru nie wpływa wcale lub bardzo nieznacznie i jako środek specyficzny, leczący cukrową chorobę, uważany być nie może. Opisywane przypadki wyleczeń należą zapewne do postaci lekkich, przy których cukier może zniknąć na czas dłuższy przy leczeniu dyetycznem bez względu na to, czy stosujemy *glycosolvol* lub nie. Ogłaszanie *glycosolvol'u* jako środka specyficznego, leczącego cukrową chorobę, należy uważać za zwykłą kupiecką reklamę. Dodatnie oddziaływanie *glycosolvol'u* na trawienie, zaburzenia nerwowe, ogólny stan i samopoczucie chorych, może oddać pewne usługi tam, gdzie te objawy występują bardzo silnie ¹⁾.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

57. F. Selberg. O usypianiu mieszaniną Schleich'a.

Do liczby nowych środków proponowanych do narkozy ogólnej, jak pental, chlorek metylu, brometyl — chloroform, należy również mieszanina SCHLEICH'a. Mieszanina ta składa się z chloroformu (*recenter redestillatum*), z chloroformu i etylu [zamiast dawniej używanego *aether petrolei*]

¹⁾ Wszystkie określenia cukru robiłem polarymetrem.

i z eteru (*aether purissimus*) i powinna być przygotowywana według istniejącego przepisu bezpośrednio przed operacją. W klinice BIER'a autor miał możność spostrzegania narkozy ogólnej mieszaniną SCHLEICH'a w 175 przypadkach. Co się tyczy maski, to posiłkowano się [podług SCHLEICH'a] maską amerykańską, przygotowaną z t. zw. papy i pokrywaną czystą chustką; po stronie zaś wewnętrznej maski w jej wgłębieniu umieszczono kawałek waty hygroskopijnej. Niedogodności maski tej polegają na tem, że nie może być wyjąłowiona, niedość dokładnie przylega do twarzy i pod wpływem mieszaniny SCHLEICH'a łatwo mięknie i psuje się. Wnioski autora co do zalet i wad mieszaniny i jej używania są następujące:

1) zalety polegają na tem, że chory budzi się szybciej i doznaje mniej dolegliwości niż po narkozie chloroformowej lub eterowej; narkoza przebiega spokojnie: wydzielania śliny brak prawie zupełnie, ani razu też nie spostrzegano wstrzymania działalności serca lub zejścia śmiertelnego.

2) Usypianie mieszaniną SCHLEICH'a posiada w a d y pod tym względem, że przygotowywanie płynu jest zmuadne, że dawkowanie podczas narkozy jest trudniejsze [przeciętnie chloroformu wychodzi w 1 minutę 0,47 ctm. sz., eteru 2,4 ctm. sz. a mieszaniny SCHLEICH'a 2,86 ctm. sz.]. Dalej przy podawaniu mieszaniny powyższej chorzy usypiają trudniej, a zachorowania następcze, jak zapalenia oskrzeli płuc i t. p. wydają się być częstszymi niż po innych narkozach. Wreszcie płyn SCHLEICH'a do usypiania jest niezmiernie drogi. Wobec tego, pomimo paru zalet, nowa mieszanina SCHLEICH'a nie posiada bynajmniej wyższości nad innymi środkami dawniejszymi, używanymi w celu narkozy ogólnej.

(*Archiv. f. klin. Chir. T. 63. Z. 2.*)

L. Zembrzuski.

58. G. Spiess Nowy pogląd na leczenie ostrego nieżytu nosa.

Autor zwrócił uwagę na fakt, że towarzysząca każdemu ostremu nieżytowi nosa obfita wydzielina, która zmusza nas do używania w ciągu dnia kilku chustek, w nocy zupełnie ustaje. Przyczynę tego autor upatruje w zmniejszonej podczas snu pobudliwości nerwów naczynioruchowych.

Podrażnienie, które wywołało nieżyt i pobudza podczas dnia błonę śluzową nosa do wzmożonej sekrecyi, w nocy, wobec zmniejszonej pobudliwości błony śluzowej nosa, nie jest już w stanie wywołać tych objawów: obrzmienie nosa zmniejsza się i sekrecya ustaje.

Autor starał się właśnie sztucznie wywołać podobną zmniejszoną pobudliwość błony śluzowej nosa, jak to ma miejsce w zwykłych warunkach podczas snu. W celu dopięcia tego posiłkować się możemy środkami, które dane na wewnątrz — zmniejszają pobudliwość, a miejscowo użyte — wywołują znieczulenie.

Do wewnątrz zalecać możemy, prócz beladony, *antineuralgica*, jak: chininę, salicyl, antipyrinę, fenacetynę i t. p. Autor z tych środków uważa za najlepsze salicyl i antipyrinę w niezbyt małych dawkach. Ze środków miejscowo działających naturalnie przedewszystkiem należało pomyśleć o kokainie. Środek ten przedstawia jednak wiele stron ujemnych. Przedewszystkiem działaniem kokainy zbyt szybko przechodzi, następnie wywołuje po chwilowym skurczu naczyń następcze ich rozszerzenie, ze względu zaś na swe trujące własności, nie może być kilkakrotnie w ciągu dnia stosowaną.

Idealnym środkiem byłby ten, któryby na całe godziny znosił pobudliwość błony śluzowej nosa bez jakiegokolwiek wpływu na naczynia. Środka takiego dotychczas nie mamy; najwięcej zbliżonym do ideału, podług autora środkiem, jest ortoform, który wbrew zdaniu niektórych działa i na nienaruszoną błonę

śluzową nosa i gardła; działa przytem tem energiczniej, im więcej rozpulchnione są tkanki.

Wprawdzie działanie ortoformu nie trwa kilku godzin, wobec braku jednak trujących własności można go śmiało często w ciągu dnia stosować.

Ortoform znosi bolesne sensacje ze strony podniebienia i tyłu nosa, uczucie palenia, jakiego zwykle doświadczamy przy ostrym katarze nosa.

Zasypywać należy albo czysty ortoform lub też z *natrium sozojodolicum* [2 : 10], co działa trochę słabiej.

Punktem wyjścia zakażenia jest zwykle górna część gardzieli [jama nosogardzielowa] lub też resztki migdała, a stamtąd dopiero rozszerza się albo na krtań i tchawicę, albo też przez nozdrza tylne na nos i wywołuje nieżyt. Zasypywać wobec tego należy ortoform przez usta do jamy nosogardzielowej, skąd on dostaje się i do nosa. Zasypywania do nosa od przodu nie osiągną celu, gdyż wobec obrznięcia błony śluzowej nosa, ortoform nie dostanie się do tylnych odcinków nosa. Zasypywać należy kilka razy dziennie, ewent. co godzina, dopóki nie znikną sensacje i nie ustanie sekrecya z nosa. Im prędzej zacząć stosować, tem łatwiej i prędzej uda się nam przerwać nieżyt.

Należy mieć na uwadze fakt, że są ludzie, mający idiosynkrazję do ortoformu. Wyrazem tego jest uczucie ściskania w gardle jak przy kokainie; w takich razach należy zaniechać tego środka.

(*Archiv f. Laryngologie. T. VII. Z. I. 1901.*)

Maurycy Hertz.

59. T. Tuffier i G. Milian. Przyczynek do badań fizjologicznych i cytologicznych wynacznienia do jamy opłucnej (*haemothorax*).

37-letni mężczyzna, cierpiący na hypochondryę, wystrzelił do siebie z rewolweru. Kula przeszła klatkę piersiową w okolicy serca nieco ku górze i na zewnątrz od brodawki sutkowej i utkwiała w tyłu około kąta łopatki. Już dnia następnego wystąpiły objawy wynacznienia do jamy opłucnej, jednak przekłucie próbne wykonano dopiero dnia 5-go od chwili przypadku z powodu niespokojnego i trwożliwego zachowywania się pacjenta. Wylew krwawy sięgał od tyłu na wysokość $1\frac{1}{2}$ dłoni poprzecznej ku górze, a od przodu—prawie do wierzchołka serca. Przez pierwsze dni 12 stan miejscowy był bez zmiany, następnie zaś płyn w jamie opłucnej począł przybywać niemal z każdym dniem w ilości coraz większej i dosięgnął swego *maximum* 21-go dnia, sięgając wówczas ze strony tylnej nieco powyżej kąta łopatki, a ze strony przedniej górna granica płynu nie dochodziła do obojczyka tylko na 2 palce poprzeczne. Od tej znów chwili płyn zaczął szybko ubywać i 44-go dnia po przypadku chory mógł się uważać za zdrowego. Jednocześnie ze stopniowym powiększaniem się ilości płynu w jamie opłucnej wystąpiły wieczorne nasilenia gorączkowe, do 38,6°, które jednak poczęły ustępować w miarę ubywania wylewu. Badania płynu, otrzymanego przez nakłucia, wykazały co następuje: 1) płyn krwawy w jamie opłucnej nie krzepnie; zjawisko to należy przypisać zapewne tej okoliczności, że jama opłucnej wysłana jest takim samym śródbłonkiem, jak światło naczyń. Nawet *in vitro* krzepnięcie jest nieco powstrzymane i występuje samoistnie dopiero po godzinie; 2) płyn z początku krwawy, po dniach kilkunastu, t. j. z chwilą, gdy ilość jego się wzmacza, zaczyna stopniowo zmieniać się i wreszcie po 40-u dniach staje się surowiczowo-włóknikowym. Powiększenie ilości płynu, występujące od dnia 12 do 15-go nie zależy od przybywania do jamy opłucnej nowych ilości krwi, lecz od przesięku surowiczego. Przesięk ten rozszerza pierwotny wylew krwawy i przez to ułatwia jego wassanie; 3) podniesienie ciepłoty jest wynikiem czysto sprawy rezorbacyjnej; 4) płyn przez cały czas badań był zupełnie aseptyczny; 5) badania cytologiczne wykazały, że ilość czerwonych ciałek krwi zmniejsza

się z każdym dniem, czyli że ulegają stopniowemu wessaniu. Leukocyty polynuklearne znikają stopniowo tak, że po 25-iu dniach niepodobna ich było odszukać. Ponieważ towarzyszą one stale sprawom ropnym, a zatem zmniejszanie się i zniknięcie ich zupełne wpływa pomyślnie na rokowanie. Co się dotyczy limfocytów i l. mononuklearnych, to ilość ich pozostawała od początku do końca jedna i ta sama. O ile to ostatnie spostrzeżenie może mieć pewną doniosłość praktyczną, autorowie nie przesądają, zachęcając jedynie do dalszych i dłuższych badań w tym kierunku.

Leczenie wylewu krwawego do jamy opłucnej polegać winno na przekłuciu z następczą aspiracją i to nie wcześniej, jak około 15-go dnia po wypadku. Wówczas bowiem krew staje się bardziej rozrzedzoną, a rana w płucu zablizniła się już na tyle, że nie zachodzi obawa krwotoku wtórnego z powodu zmniejszenia ucisku na płuco po aspiracji pewnej ilości płynu.

(*Rev. de Chirurgie 1901. Nr. 4.*)

L. Zembrzuski.

60. A. v. Korányi. Uwagi o wartości rozpoznawczej punktu zamarzania krwi.

Określenie punktu zamarzania krwi [czyli δ] w celu rozpoznawania sprawności wydzielniczej nerek, zyskuje sobie w świecie lekarskim coraz większe uznanie. Według badań autora, obniżenie punktu zamarzania krwi do $0,59^{\circ}$ dowodzi już niewydolności obu nerek. Niewydolność często bywa pochodzenia odruchowego [np. wskutek bólu w jednej narce] lub mechanicznego [np. przy niektórych guzach wielkich brzucha]. Otóż obniżenie punktu zamarzania posiada wartość rozpoznawczą dla obu nerek tylko po wykluczeniu niewydolności odruchowej i mechanicznej (*resp.* cyrkulacyjnej) tych narządów. WIEBRECHT i THUMIM znaleźli, że nawet przy $\delta=0,60$ sprawność fizjologiczna nerek jest zachowana i wyluszczenie nerki nie pociąga za sobą wyników niekorzystnych: pacjenci pozostawali przy życiu. Jednakże dowodzenia WIEBRECHT'a i THUMIM'a grzeszą niedokładnością: w badaniach swoich bowiem obaj ci autorowie nie uwzględnili zupełnie wpływu kwasu węglanego krwi na obniżenie punktu jej zamarzania. Obecność we krwi CO_2 obniża δ na $0,01^{\circ}$ a nawet na $0,03^{\circ}$, zależnie od stopnia nasycenia. Okoliczność tę powinno się mieć zawsze na uwadze, inaczej bowiem można paść ofiarą pomyłki. Do badań należy brać najmniej 10 ctm. sześciennych krwi. Samo namrażanie wykonywa się w aparacie specjalnym BECKMANN'a.

Obniżenie punktu zamarzania krwi może nastąpić nie tylko w wypadkach niedostatecznej sprawności nerek, lecz również przy powiększeniu ilości CO_2 we krwi, przy moczówce cukrowej, wreszcie zdaniem niektórych, a wbrew mniemaniu autora, w tyfusie brzuszny.

(*Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 16. 1901.*)

L. Zembrzuski.

61. Jaquet. Powietrze górskie i wytwarzanie się krwi.

Przed paru laty autor do wspólni z SUTER'em dowiódł, że pod wpływem klimatu górskiego wzmagają się w ustroju liczba krążków czerwonych krwi oraz zawartość w niej hemoglobiny. W nowym szeregu badań JAQUET stara się przekonać, jakie to czynniki, na osobliwość klimatu górskiego się składające, wywołują wspomniane zjawisko i w tym celu poszczególne grupy królików przez czas dłuższy poddawał wpływowi rozmaitej ciepłoty, światła, wilgotności powietrza oraz ciśnienia atmosferycznego. Po każdej seryi doświadczeń autor obliczał wagę zwierząt, ilość czerwonych krążków w 1 ctm.sz. krwi, odsetkową zawartość hemoglobiny, wreszcie ilość ogólną krwi i jej barwnika wraz z stosunkiem tych wielkości do jednostki wagowej zwierzęcia.

Co się tyczy wpływu ciepłoty, to dwie grupy królików, z których jedna pozostawała w ciepłocie 13°—16° C., druga zaś—2°—5° C., nie przedstawiały żadnych różnic wybitniejszych.

Stopień wilgotności powietrza oraz światło wywierają też bardzo nieznaczny wpływ na tworzenie się krwi, jak dowiodły szczegółowe spostrzeżenia MEYER'a.

Ciśnienie natomiast atmosferyczne okazuje się tym właśnie czynnikiem, który najdonioślejszą odgrywa rolę. Jakoż u królików, przez kilka tygodni howanych pod ciśnieniem niższym od normalnego [640 mm. Hg.], ilość czerwonych ciałek krwi w 1 ctm. sz. wzmagala się średnio o 1,5 milionów, hemoglobiny zaś o 24,8%; obliczając w stosunku do jednostki wagi zwierzęcia, otrzymamy przyrost, wynoszący 23,7% hemoglobiny na kilo, oraz przeszło 10% ogólnej ilości krwi. A więc ze wszystkich znanych nam dotychczas właściwości klimatu górskiego—według badań JAQUERA—największy wpływ na narząd krwiotwórczy wywiera odmienne ciśnienie atmosferyczne powietrza górskiego.

(Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmak. T. 45. Z. 1, 2. 1900).

A. Lande.

62. Stolz. O zgorzell jądra przy „śwince” (*mumps*).

Że do najpospolitszych powikłań świnki należy zapalenie jąder, o tem wspomina już HIPPOKRATES. W nowszych czasach przekonano się, iż zapalenie owo częstokroć prowadzi do zaniku jądra. Według statystyki GRANIER'a zanik następuje w 45% ogólnej liczby przypadków.

Siła zapalenia nie odgrywa też żadnej roli; wszystko zależy od rodzaju epidemii. Stopień zmniejszenia się gruczołu może być bardzo różny: czasami z jądra nie pozostaje prawie nic. Czas zanikania bywa bardzo zmienny: od paru tygodni do lat całych.

Strona anatomo-patologiczna omawianego zaniku do tej pory nie była jeszcze dostatecznie opracowana; istnieje tu cały szereg najrozmaitszych poglądów: według jednych rozrastająca się na skutek zapalenia tkanka łączna zabija części gruczołowe; inni utrzymują, że pierwotne zmiany [różne postaci zwyrodnienia] powstają w samych komórkach nabłonkowych kanałów.

Do zupełnie odmiennych wyników przyszedł S., badając drobnowidzowo zanikłe jądro, usunięte całkowicie z powodu uporczywego w niem nerwobólu. Otóż okazało się, iż była to całkowita zgorzell wszystkich części składowych jądra przy zupełnie niezajętym przyjądrzu. Nie znalazł on ani śladu przerostu tkanki łącznej, przyczem przekonał się, że sprawa zgorzelinowa najwybitniej była uwydatniona w środkowej części jądra, podczas gdy na obwodzie niektóre komórki pozostały jeszcze przy życiu. W samym środku zalegały masy drobnopziarniste zwyrodnienia tłuszczowego; dalejku obwodowi przeważał rodzaj tkanki szklistej (*hyaline Gewebe*) z promienistemi włóknami.

Całkowita zgorzell jądra zwykle następuje po ciężkich urazach przy uszkodzeniu naczyń sznurka nasiennego; przypadek S., jako odrębny od wszystkich do tej pory opisanych zaników jądra przy śwince, nie daje się należycie wytłómaczyć. Być może, działały tu dodatkowo jakieś inne bodźce prócz zarażenia organizmu „świnką“.

(Mitt. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir. T. VII. Z. 2 i 3 r. 1900).

E. Lewenstern.

63. A. Monti. O zasadach naukowych otrzymywania pokarmu sztucznego naśladowującego, o ile możności, mleko kobiece.

Pokarm sztuczny, otrzymywany z mleka krowiego, należy, zdaniem autora, modyfikować według pewnej ogólnej zasady, która powinna mieć na celu wyrównanie wszystkich składowych części mleka krowiego, ażeby jaknajbardziej naśladowało mleko kobiece. Dotychczas nie udało się to skutecznie w zupełności, doświadczenia jednak kliniczne przekonały autora, że rozcieńczenie mleka serwatką odpowiada do pewnego stopnia temu celowi.

Przygotowywał on serwatkę w sposób następujący: 900 grm. mleka świeżego ogrzewał do 40°, dodając 2 łyżeczki wyciągu z podpuszczki (*Labessenz*); po kilku minutach, kiedy mleko ścięło się, kłócił je mocno i filtrował przez płótno. Przed użyciem powtórnie ogrzewał do 60°, ażeby oddzielić zawartą jeszcze podpuszczkę. Serwatka taka ma odczyn alkaliczny, zawiera 0,80 — 1,00 białka rozpuszczalnego i nieco sernika—około 0,03%.

Ścinanie się mleka kobiecego w drobne płatki stanowi ważną jego zaletę, a przytem w obecności podpuszczki ścinanie odbywa się bardzo wolno; mleko zaś krowie ścina się w grube płaty i daleko szybciej, co dla trawienia dziecka nie jest rzeczą obojętną. Różnice w rzeczonyj zmianie spowodowane są o wiele większą kwaśnością mleka krowiego. Gotowanie mleka, wyjałowienie lub też rozcieńczenie wodą zmniejsza w nieznacznym stopniu jego kwaśność; o wiele zaś wyraźniej zaznacza się to przez dodanie węglanu sodu do mleka, rozcieńczonego wodą. Po rozcieńczeniu natomiast serwatką dorównywa ono prawie mleku kobiecemu.

Stosunek ciał białkowych, zawartych w mleku kobiecym, mianowicie sernika i białka rozpuszczalnego (*lactalbumin* i *lactoglobulin*), jest tego rodzaju, że ilość sernika ciągle wzrasta, w miarę jak pokarm się starzeje, ilość zaś białka zmniejsza się. Stosunek taki odpowiada warunkom fizyologicznym trawienia u dziecka: duża początkowo ilość białka rozpuszczalnego, przy małej ilości soku żołądkowego, ułatwia trawienie; w późniejszych miesiącach, kiedy ilość soku żołądkowego zwiększa się, jest on już sam w możności zamieniania sernika na łatwostrawny pepton. Wtedy białko rozpuszczalne, tracąc swoją wartość, zmniejsza się, zwiększa się natomiast ilość sernika. Mleko krowie, dostarczane od wielu krów, nie może odpowiadać tym stosunkom i dlatego zawiera zawsze za dużo sernika i za mało białka rozpuszczalnego. Rozcieńczając je wodą, zmniejsza się ilość sernika, jednocześnie jednak zmniejsza się ilość białka rozpuszczalnego, tak niezbędnego do prawidłowego trawienia w pierwszych miesiącach niemowlęcia. Odżywiając dzieci mlekiem krowiem, rozcieńczonym w rozmaitych proporcjach serwatką, która zawiera białko rozpuszczalne, autor otrzymywał zawsze dobre rezultaty, pomimo, iż w mleku takim stosunek sernika do białka rozpuszczalnego nie jest identyczny z mlekiem kobiecym we wszystkich okresach karmienia.

Rozcieńczenie serwatką ułatwia do pewnego stopnia trawienie sernika i w tem znaczeniu, że daje mniej pozostałości stałych, co autor stwierdził w doświadczeniach nad trawieniem sztucznym w obecności pepsyny. Ilość pozostałości stałych jest mniejsza w mleku rozcieńczonym serwatką niż w mleku całym, rozcieńczonym wodą w rozmaitych stosunkach, niż w GAERTNER'owskim sterylizowanym, większą jednakże, niż w mleku kobiecym, które zaledwie ślady tych powstałości zawiera.

Tłuszcz mleka krowiego nie jest łatwo strawny dla ustroju niemowlęcia i duża stosunkowo jego ilość zostaje, niezrezorbowana, wydzieloną z kałem. Dodatek więc tłuszczu do mleka krowiego uważa autor wprost za szkodliwy. Serwatka jego przepisu zawiera 1% tłuszczu, czyni zatem i pod tym względem mleko krowie bardziej zbliżonym do kobiecego. Mleko centryfugo-

wane zmienia budowę chemiczną tłuszczu, przez co staje się jeszcze trudniej strawnem.

Dodatek cukru mlecznego, czy też innego do mleka rozcieńczonego wodą, uznany niejednokrotnie z rozmaitych względów za szkodliwy, staje się zbyt. teczny przy rozcieńczeniu serwatką; zawartość cukru wynosi wtedy 4—5% t. j. tyle ile zawiera mleko całe.

Pomimo, iż w serwatce zawartość soli mineralnych jest większa niż w mleku kobiecym, jednakże z obserwacji autora wynika, iż dzieci znoszą lepiej mieszaninę mleka z serwatką niż z wodą.

Wyjaławianie mleka autor zmienił do pewnego stopnia z tej racji, iż przy wszystkich dotychczasowych sposobach białko rozpuszczalne ścina się, przez co zastosowanie serwatki straciłoby lwią część swej wartości. Postępuje on zatem w ten sposób, że ogrzewa mleko do 60° — 70° w przeciągu 10 minut, a następnie ochładza do 6°, pozostawiając w tej temperaturze do czasu użycia. Wyniki autor otrzymywał zawsze lepsze niż przy wyjaławianiu sposobem SOHNLETT'a. Zaznacza jednakże, iż ideałem byłoby otrzymywać mleko sterylizowane bez ogrzewania. Wszelkie dotychczas znane sposoby chemiczne i mechaniczne (filtrowanie) nie odpowiadają żądanym wymaganiom. Być może iż sposób MARMIER'a i ABRAHAM'a wyjaławiania wody za pomocą ozonizacji będzie miał i tutaj przyszłość.

Rozcieńczenie serwatką jest też najbardziej zbliżone do tych warunków, jakie daje karmienie piersią ze względu na dobową ilość zawartych w mleku kobiecym części składowych [sernik, białko rozpuszczalne, tłuszcz, cukier, sole].

Streszczając swoje uwagi nad sztucznem karmieniem, autor powiada, że mleko krowie, rozcieńczone serwatką, jest najbardziej zbliżone do mleka kobiecego, ale i przy tem jak i przy każdym innym karmieniu sztucznem nie można się spodziewać tak pomyślnego rozwoju dziecka, jak przy karmieniu piersią.

(Archiv f. Kinderheilkunde. T. 31. 1901).

J. Salberg.

64. A. Jacobi. [New-York]. **O sztucznem karmieniu niemowląt.** [Odczyt wygłoszony na 13-ym międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Paryżu 3 sierpnia 1900 r.]

Liczba prac o sztucznem karmieniu niemowląt zwiększa się niemal z dniem każdym; większa część tych prac nie jest oparta na doświadczeniu klinicznem, lecz jest wynikiem badań laboratoryjnych, które mają bardziej na celu reklamowanie fabrykantów, niż dobro niemowląt. Z drugiej zaś strony ponieważ powołani i niepowołani na tem polu pracują, powstał istny chaos w tej kwestyi, z którego lekarz, nie mający własnego doświadczenia, żadnej praktycznej korzyści nie osiągnie.

Praca autora przedstawia rozbiór krytyczny istniejących metod sztucznego karmienia. Za najlepszy pokarm uważa on mleko kobiece, a na sztuczne karmienie zapatruje się jako na *malum necessarium*, które należy o ile możności ograniczyć.

Mleko kobiece w swoich częściach składowych podlega rozmaitym waha- niom, zależnym od odżywiania kobiety, jej stanu zdrowia, okresu karmienia, pory dnia i od wielu indywidualnych warunków; z tego względu nie podobna przypuścić, zdaniem autora, ażeby z mleka krowiego, gdyż tylko o takim, jako najbardziej rozpowszechnionem i dostępnem może być mowa przy sztucz- nem karmieniu, udało się otrzymać pokarm identyczny z mlekiem kobiecym. Może być tylko mowa o uczynieniu go jak najmniej szkodliwym dla danego osob- nika i postępując w myśl tego, należy indywidualizować każdy oddzielny

przypadek, zarówno gdy mamy do czynienia z dzieckiem zdrowym, jako też chorem.

Przechodząc do rozbiórki mleka kobiecego, autor rozpoczyna od białka. Liczne badania wykazały, iż różnice białka mleka kobiecego i krowiego polegają przede wszystkim na budowie, składzie chemicznym a może i na własnościach fizykalnych, co wyraża się w ścinaniu się mleka kobiecego w delikatniejsze, lżejsze płatki. W mleku krowim udaje się to do pewnego stopnia osiągnąć przez rozcieńczenie, dodanie cukru, soli, tłuszczu i rozmaitych mączek.

Co się tyczy ciał nieorganicznych, to mleko krowie zawiera ich więcej niż kobiece; odnosi się to szczególnie do fosforu, potasu, sodu i wapnia. Mleko krowie zawiera dwa razy więcej fosforu niż kobiece; fosfor nie stanowi związków organicznych, lecz znajduje się w postaci soli kwasu fosforowego, co może być powodem krzywicy. W mleku kobiecym fosfor jest związany z białkiem.

Wielką bez zaprzeczenia zdobycz przy sztucznym karmieniu stanowią rozmaite sposoby ogrzewania mleka, mianowicie: sterylizacja, pasteryzacja i tyndalizacja. Zmienione temi sposobami mleko krowie nie jest jednak bez zarzutu. Niezmiernie ważnym jest bowiem to, że spory niektórych bakterii i toksyny nie tracą swojej jadowitości nawet przy ciepłocie 100°. Następnie w mleku tłustym pewne rodzaje bakterii utrzymują długi czas swoją żywotność, pomimo wyjaławiania. Z drugiej zaś strony smak mleka zmienia się już przy 75°, a białko mleka przy 75—60°. Przez wyjaławianie sole potasowe osadzają się, połączenia fosforu rozkładają się, ciała azotowe rozkładają się na tyrozynę, peptotoksynę i amoniak; tłuszcz zmienia się chemicznie i fizycznie. Przy bardzo wysokiej ciepłocie zmienia się kazeina i nukleina, a cukier osiada w postaci brunatnego osadu.

Sposób wyjaławiania SOXHLET'a uważa autor za najodpowiedniejszy. Zaleca przytem sterylizować mleko w domu, w małych ilościach, biorąc mleko świeże, 10 — 20 minut po wydojeniu, dopóki śmietanka się nie zbierze.

Od czasu rozpowszechnienia mleka wyjałowionego, daleko liczniej notowane są przypadki skorbutu i niektórzy autorzy upatrują przyczynowy związek między tym ostatnim a mlekiem wyjałowionym. MARFAN zaprzecza temu, przytaczając przypadek skorbutu u dziecka karmionego piersią; twierdzi natomiast, że raczej w przekarmianiu należy upatrywać przyczynę. Autor obserwował przypadek skorbutu przy karmieniu kleikami, maślanką i mlekiem bardzo rozcieńczonym i utrzymuje, że przekarmienie dzieci jest faktem dawno znanym, a pomimo to skorbut nie był tak rozpowszechnionym jak w ostatnich czasach; przypuszcza zatem, że skorbut nie jest skutkiem mleka sterylizowanego, lecz to ostatnie jedną z wielu jego przyczyn, przyczem ważne znaczenie przypisuje długotrwałemu sterylizowaniu. CAILLÉ utrzymuje, że skorbut jest to zatrucie ptomainami, wskutek nieodpowiedniego odżywiania przez dłuższy czas. Pomimo licznych obserwacji, kwestya ta nie jest dotychczas wyjaśnioną.

Modyfikacja mleka krowiego według ROTCH'a wprost śmieszną się wydaje. Jestto mleko scentryfugowane z dodatkiem białka [proteid], cukru mlecznego, wody *resp.* kleiku i wody wapiennej. Wzajemny stosunek substancji jest rozmaity, gdyż obejmuje 500 kombinacji, które mają odpowiadać wszelkim wymaganym warunkom dla danego niemowlęcia, a przytem zdaje się ROTCH'owi, iż przy takim bogactwie recept natrafi na preparat zupełnie analogiczny z mlekiem kobiecym. Tymczasem wiadomo, iż dotychczas nie ma ustalonej analizy mleka kobiecego, gdyż podlega ono indywidualnym różnicom, a przytem u jednego i tego samego osobnika zmienia się,

zależnie od wielu warunków. Czyż wobec tego tak genialnie pomysłany preparat mleka ma jakąkolwiek rację bytu? Ze względów ekonomicznych mleko takie nie może znaleźć szerokiego zastosowania, gdyż wymaga codziennie przez lekarza przepisanej recepty na odżywianie, która musi być przyrządzaną w laboratorium, w oddzielnych porcjach, co, rozumie się, jest połączone z ogromnym kosztem. Obserwacje nad tym preparatem w 500 odmianach wykazały w dodatku, iż po pewnym czasie rozwija się u dzieci krzywica, *craniotabes*.

Śmietanka (*Fettmilch*) GAERTNER'a zawiera stałe ilości sernika, tłuszczu i dlatego nie odpowiada mleku kobiecemu we wszystkich okresach karmienia, gdyż, jak wiadomo, mleko kobiece zawiera w pierwszych miesiącach więcej białka i soli a mniej tłuszczu, w późniejszych zaś — odwrotnie.

Cukier mleczny, dodawany do mleka krowiego, nie jest wolnym od zarzutów, pomimo, iż niektórzy przypisują mu znaczenie dodatnie. Wytwarza on kwas mleczny przy obecności bakterji i innych czynników np. alkali, przy których zamiana ta odbywa się szybciej. Cukier mleczny, sprzedawany w handlu, nie jest zupełnie czysty, dlatego lepiej go zastąpić cukrem trzcinowym, który dla trawienia ma tę samą wartość.

O wytwarzaniu oznaczonych jednostek ciepła z przyjmowanych węglowodanów wyraża się autor z pewnym sarkazmem, mówiąc, iż zrozumiałem to może być dla tych, którzy żyjący ustrój utożsamiają z retortą chemiczną.

Tłuszcz, jako dodatek do mleka krowiego, znalazł wielu zwolenników, którzy przypisują mu zwiększenie pożywności mleka, ułatwienie trawienia sernika, zaoszczędzenie tłuszczu i białka tkanek. Autor uważa dodatek tłuszczu za zbyt czysty chociażby z tego względu, że zawartość jego w mleku kobiecym i krowim podlega nieznacznym różnicom ilościowym. Ważne są różnice jakościowe, które czynią mleko kobiece daleko łatwiej strawnym. Często spostrzegane biegunki tłuszczowe (*Fettdiarrhöe*) nawet u niemowląt przy piersi ostrzegają przed używaniem nadmiaru tłuszczu. Niejednokrotnie stwierdzono, że mleko oślic, ze swoją małą ilością tłuszczu stanowi najłatwiej strawny pokarm dla niemowląt w pierwszych 2—3 miesiącach; przemawia to przeciwko dodawaniu tłuszczu.

Przy odżywianiu mlekiem krowiem należy mieć na uwadze jego rozcieńczenie, które wpływa dodatnio na smak mleka i czyni je łatwiej strawnym. W stanach zanikowych, dyspepsyach, biegunkach tłuszczowych stwierdził autor konieczność rozcieńczania mleka i tego rodzaju doświadczenia na chorych przenosi bezpośrednio i na dzieci zdrowe, wychodząc z tej zasady, że mleko krowie jest za gęste i pod względem chemicznym różni się od kobiecego.

Mleko służy dziecku nie tylko za pożywienie, ale i za napój, a ilość wody w niem zawarta jest dla tego drugiego celu niedostateczną. Zarzut, jakoby duże ilości płynu prowadziły do rozszerzenia żołądka, jest niesłuszny, zdaniem autora. Przeciwdziała temu prawie pionowe położenie żołądka u dzieci; większa ilość płynu potęguje natomiast czynność mięśni okrężnych żołądka, szybsze wchłanianie w dłuższym stosunkowo przewodzie pokarmowym i w bardziej rozwiniętym układzie limfatycznym z obfitem unaczynieniem. Nadmiar wody nie tylko nie jest szkodliwym, przeciwnie, w niektórych razach zbawionym dla ustroju, chroniąc od częstych u noworodków złożeń moczanowych, które prowadzą do kamieni nerkowych.

Do rozcieńczenia mleka autor gorąco zaleca odwary kaszek rozmaitych gatunków zboża, które zawierają małą ilość skrobi, dość dużo soli mineralnych, przeważnie żelaza i białko roślinne. Odwary te czynią mleko łatwiej strawnym nie tylko w górnych, ale i w dolnych częściach kanału pokarmowego; stwierdził to autor na dzieciach chorych. Doświadczenia wykazały, iż

gruczoly, wydzielające ferment diastatyczny, są już czynne w parę godzin po urodzeniu; według niektórych autorów—od pierwszej chwili. Odżywiania wyłącznie kleikami autor stanowczo odradza.

(*Archiv f. Kinderheilk. T. 31. Z. I. u. II. 1901*).

J. Salberg.

65. A. Chauffard. O objawie Kernig'a w zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych.

Autor opisuje przypadek, stwierdzający wielką wartość semiologiczną objawu KERNIG'a.

Chory, dotknięty zapaleniem płuc i opłucnej, jak wykazało badanie drobnowidzowe płwociny i szczepienie jej myszom—pochodzenia pneumokokowego, skarżył się na bardzo silne bóle w 4-ch kończynach, a badanie podmiotowe wykryło tylko obecność objawu KERNIG'a, to jest, niemożność wyprostowania kończyn dolnych w pozycji siedzącej. Gdy chory leży, kończyny dolne są wyciągnięte i wiotkie, przy siadaniu zaś natychmiast lekko zginają się w stawie kolanowym i są mocno sztywne. Inne oznaki zajęcia opon mózgowych bardzo słabe. Na 3-ci dzień po przybyciu do szpitala nastąpiło zejście śmiertelne. Oględziny pośmiertne potwierdziły rozpoznanie: zapalenie płuc i opłucnej z prawej strony i cierpienie opon mleczca pacierzowego.

Autor przypomina, iż KERNIG już w r. 1882 dał kliniczny opis objawu, który nosi jego imię: u chorego, dotkniętego zapaleniem opon rdzeniowych, podczas leżenia kończyny dolne mogą być zupełnie wyprostowane, lecz gdy chory siada, kończyny dolne się przykurczają, tworząc z biodrami kąt mniej lub więcej ostry, a chcąc biernie zmienić to ich ustawienie, napotykamy opór bolesny; zgięcie jest bolesne i nie dające się zmienić. To przykurczenie jest zwykle symetryczne; rzadko tylko—jak w opisanym przypadku — przeważa z jednej strony.

BULL uważa objaw KERNIG'a jako wzmoczenie zjawiska fizyologicznego: normalnie kończyny górne i dolne znajdują się w lekkim zgięciu wskutek przewagi mięśni zginaczy, ale zgięcie to daje się łatwo i zupełnie pokonać. Zboczenia od tego normalnego napięcia (*tonus*) mięśniowego mogą przybierać 2 typy krańcowe: osłabienie — (*hypotonia*), tak uderzające u tabetyków w okresie bezładu i wzmoczenie—(*hypertonia*), które cechują zapalenia opon rdzeniowych. Sztywność karku i krzyża w zapaleniach opon mózgo-rdzeniowych jest przykurczeniem wyprostnem, gdyż w tych 2-ch okolicach i normalnie mięśnie wyprostne są silniejsze od zginaczy. CHAUFFARD sądzi, że tę sztywność karku i krzyża dołączyć można do objawu KERNIG'a, który należy rozważać z punktu widzenia bardziej ogólnego. Autor dochodzi do takiego określenia objawu KERNIG'a: przykurczenie jedno lub wielomiejscowe, dotykające tych grup mięśni, których działanie fizyologicznie jest silniejsze, przykurczenie występujące w pozycji ciała, przy której już normalnie ta przewaga jest widoczną.

Z tego punktu widziany objaw KERNIG'a nie jest zjawiskiem odosobnionem z umiejscowieniem wyłącznym w kończynach dolnych, ale może się spotykać i w kończynach górnych a nawet w nich przeważać i że do niego także należy sztywność karku i krzyża.

(*Presse médicale 1901. Nr. 27*).

Stefania Suszczyńska (Genewa).

66. Engelhardt i Neck. Zmiany w wątrobie i żołądku po podwiązaniu sieci.

W roku 1899 EISELSBERG zwrócił uwagę chirurgów na przytrafiające się wymioty krwawe po podwiązaniu sieci lub krezki; w tych razach spotykał on

podobno owrzodzenia na błonie śluzowej żołądka. Dokonawszy kilku doświadczeń na zwierzętach, znalazł on „liczne wybroczyny krwawe”, nie podał przytem żadnych ściślejszych danych anatomo-patologicznych. Ostatnio badania, dokonane w tym kierunku przez FRIEDRICH'a i HOFFMANN'a, wykazały jeszcze współczesną obecność pewnych zmian i w wątrobie, zbliżonych do zgorzeli, lecz mało wyjaśniły sposób powstawania owrzodzeń błony śluzowej.

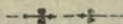
E. i N. dokonali w tym kierunku 21 doświadczeń i otrzymali następujące wyniki. W 11 przypadkach znaleziono mniej lub więcej rozległe zakrzepy, najczęściej w żyłach — kilka razy w tętnicach górnego odcinka sieci; były to tak zwane zakrzepy szkliste („hyaline Thromben”). Na 8-iu wątrobach gołem okiem dało się dostrzedz maleńkie ogniska, w ostro zarysowanych konturach; leżały one przeważnie na powierzchni, bliżej brzegu wolnego, czasami w głębi miąższu; zabarwione były na kolor mętno-żółty, czasami z ciemno-czerwoną obrączką; wielkość wahała się między łebkiem szpilki a ziarnem soczewicy. Badanie drobnowidzowe wykryło zgorzel komórek wątroby i liczne wynaczenia krwawe. W pewnej odległości od owych ognisk znajdowano zatory średnich i drobnych gałązek żyły wrotnej (*venae portae*); często mieściły się one na miejscu rozgałęzień żyły; budowa tych czopów odpowiadała zupełnie wyżej opisanym zakrzepom.

Na błonie śluzowej żołądka zmiany przedstawiały się mniej dobitnie i w paru tylko razach znaleziono drobnitkie wybroczyny krwawe, jak gdyby od ukłucia szpilką, porozrzucane w najrozmaitszych miejscach; raz jeden w różowo zabarwionej zawartości żołądka wykryto obecność ciałek czerwonych krwi; zgorzeli tkanek, pomimo najdrobiazgowszych poszukiwań, nie wykryto ani razu.

W drobnych żyłach tkanki śluzowej i podśluzowej miejscami mieściły się zatory, które najwidoczniej przedostały się tu z zakrzepów naczyń sieci, najoczywiściej wskutek wstecznego kierunku krwioobrotu (*embolia retrograda*). Na tle tych zmian nie odrzucają E. i N. możliwości powstania zgorzeli błony śluzowej, lecz przypisują w tej sprawie dużą wagę zakażeniu tkanek przez przedostające się z oderwanymi cząstkami zakrzepu drobnoustroje („bacteritische Nekrosen”).

(*Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. 58. Z. 3 i 4. 1901.* E. Lewenstern.)

WIADOMOŚCI DROBNE.



— Czy cukier mleczny, jako dodatek do mleka krowiego, jest korzystny dla dzieci? Na pytanie to PRACHTL odpowiada przecząco, kładąc nacisk na szkodliwe działanie cukru mlecznego. Kwas mleczny, wytwarzający się z cukru mlecznego, odbiera wapień związkom białkowym. Podwójna z tego szkoda dla organizmu: po pierwsze, ilość wapnia zostaje zmniejszona, po wtóre, sernik ze stanu płynnego, jako połączenie z fosforanem wapnia, przechodzi w stan stały, trudno rozpuszczalny przez sok żołądkowy. Klinicznie wyraża się to objawami krzywicy i zaburzeniami żołądkowymi. Na tej zasadzie dopomina się autor energicznie o wyrugowanie cukru mlecznego z diety dziecięcej.

(*Jahrbuch f. Kinderheilk. T. III. 1901.*)

J. Salberg.

