

GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI PEDIATRYCZNEJ I POLIKLINIKI PROF. ESCHERICH'a W GRACU.

I. EPIDEMIA RÓŻYCZKI.

(*Rubeola, Kur*).

Podał

Dr. Józef Brudziński.

Różyczka (*rubeola*) dopiero od Zjazdu lekarskiego w Londynie 1881 r. zajęła odrębne miejsce wśród chorób wysypkowych. Swoistość tej choroby, długo podawana w wątpliwość, zaczyna być uznawaną wskutek prac w tym zakresie EMMINGHAUS'a ¹⁾, MEIGS'a i PEPPER'a ²⁾, ROBINSON'a JAMES'a ³⁾, a ostatecznie, jako się rzekło, wskutek komunikatów na Zjeździe w Londynie, przedstawionych przez CHEADLE'a, SCHUTTELWORTH'a, KASSOWITZ'a, LEWIS SMITH'a, którzy podają zupełnie dokładny opis tej choroby.

W ostatnich czasach z prac o różyczce wspomnieć należy RAYMOND'a ⁴⁾, ARNOZAN'a ⁵⁾, RENOY i GAUCHER'a ⁶⁾, SEITZ'a ⁷⁾, GENSER'a ⁸⁾. W naszej literaturze lekarskiej mamy o różyczce prace J. KRAMSZTYKA ⁹⁾, WOLBERGA ¹⁰⁾, czytamy o niej również u BIEGAŃSKIEGO ¹¹⁾.

Różyczka, pomimo sumiennych prac w tym zakresie, i dotąd jeszcze jest przedmiotem sporów i bardzo często bywa zapoznawana; niektórzy autorowie są zdania, że jest to choroba nader rzadka. BOULLOCHE [GRANCHER-COMBY-MARFAN. *Traité de mal. de l'enfance T. I*] sądzi, że rzadkość ta, podnoszona np.

- 1) Handbuch der Kinderkrankheiten. 1887.
- 2) Diseases of children. 1882.
- 3) British med. Journal. 1860 t. I str. 9222.
- 4) De la rubéole. Progrès médical. 1881.
- 5) Une épidémie de rubéole. Journ. de méd. de Bordeaux. 1889.
- 6) Bull. de la soc. méd. des hôpitaux. 1890.
- 7) Ueber Rötheln. Correspondenzbl. für schweitzer Aerzte. 1890.
- 8) Jahrbuch für Kinderheilk. T. 28. str. 420.
- 9) Epidemia różyczki i odry. Przegl. Lek. 1891 r.
- 10) Trzy przypadki różyczki (*rubeola*), poprzedzające odrę. Gaz. Lek. 1885.
- 11) Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. 1896.

Nazwisko.	Wiek.	Czy przechodził [a] odre? Kiedy?	Data obecnej wysypki.	Charakter wysypki, stan gruczołów i t. d.
1. Rosa Renisch.	8 l.	2 lata temu.	28. I.	Na twarzy wysypka drobna, plamki oddzielne nie zlewające się.
2. Aurelia Geisler.	8½ l.	3 lata temu	3. II.	Wysypka obfita, żywo-różowa na twarzy i tułowiu. Plamki oddzielne nie zlewają się. Na kończynach wysypka mniej obfita. <i>Angina cat., adenitis.</i>
3. Johann Giessauf.	7 lat	w r. b. w styczniu	3. II.	Charakter wysypki zwykły. Gruczoły nie powiększone.
4. Grethe Herrmann.	7 lat	w grudniu r. z.	3. II.	Wysypka drobna, głównie na twarzy. Gruczoły powiększone.
5. Leopold Rodi.	9 lat	przed 2-ma laty	4. II.	Wysypka drobna, nie zlewająca się, głównie na twarzy i tułowiu. Gruczoły nie powiększone.
6. Franz Fink.	9 lat	3 lata temu	7. II.	Wysypka, składająca się z oddzielnych, nie zlewających się plamek na twarzy. Na tułowiu i kończynach wysypka plamisto-grudkowata, na kończynach nader słaba. Gruczoły szyjowe boczne i podszczękowe powiększone, wielkości orzecha laskowego.
7. Oskar Lehmacher.	9 lat	przed 3-ma laty	8. II. od rana	Wysypka głównie na twarzy i tułowiu drobna, różowa. Wykwity oddzielne, nie zlewające się.
8. Franz Dellinger.	23miesiące	Odry nie przechodził	10. II.	Wysypka składająca się z oddzielnie stojących drobnych wykwitów. Kończyny dolne i przedramiona mało zajęte. Gruczoły powiększone T. 38,0°
9. Aloisia Riegler.	9 lat	przed 3-ma laty	11. II.	Wysypka drobna na całym ciele, obfita na twarzy i tułowiu. Silny obrzęk gruczołów podszczękowych. Ciepł. 38°
10. Otilie Reisner.	10 lat	przed 4-ma laty	12. II.	Charakter wysypki jak wyżej. Silne obrzmienie gruczołów podszczękowych i karkowych. Stan bezgorączkowy.
11. Stefanie Hasserwahl	6¼ l.	przed 2-ma laty	12. II.	Wysypka obfita, żywo-różowej barwy. Oddzielne wykwity nie zlewają się. Głównie zajęta twarz i tułów. Stan bezgorączkowy.
12. Karolina Swetlin.	5 lat	Odry nie przechodziła.	12. II.	D 13. II. Wysypka nadzwyczaj drobna, barwy żywo-różowej. Stan bezgorączkowy. Gruczoły szyjowe miernie powiększone.
13. Ludmiła Riegler. [siostra Aloisii 9].	10 lat	przed 3-ma laty	13. II.	Wysypka z wykwitów trochę większych, niż zwykle, umiejscowienie zwykle. Stan bezgorączkowy. Gruczoły miere powiększone [podszczękowe].
14. Antoni Aigner.	12 lat	przed 5-u laty	13. II.	Wysypka o charakterze zwykłym. Silny obrzęk gruczołów podszczękowych i szyjowych bocznych.
15. Robert Hütter.	4 lata	3 tygodnie temu	14. II.	Wysypka głównie na twarzy i tułowiu, kończyny dolne stosunkowo mało zajęte. Stan bezgorączkowy. Gruczoły powiększone.

Błony śluzowe.	Przebieg.	Leczenie polikliniczne czy kliniczne?
Ani conj. ani rhin. Kopl. Enanth. abs.	D. 29. I. Wysypka na całym ciele, char. ten sam, na tułowiu i kończ. wysypka mniej obfita 30. I. wysypka znikła.	Kliniczne, na sali wspólnej.
Błony śluzowe wolne, Kopl. Enanth. } abs.	D. 4. II. Wysypka znikła. 1-go dnia gorączka [$\frac{1}{2}$].	Polikliniczne.
Błony śluzowe wolne. Kopl. Enanth. abs.	D. 4. II. Wysypka znikła [ślady], przebieg bezgorączkowy.	Polikliniczne.
Błony śluzowe wolne. Kopl. Enanth. abs.	D. 7. II. Wys. ani śladu [znikła d.5.II]. zdrowa, przebieg bezgorączkowy.	Polikliniczne.
Wolne. Kopl. Enanth. } abs.	D. 6. II. Wysypki ani śladu, przebieg bezgorączkowy.	Polikliniczne.
Lekki nieżyt nosa. Conjunct. niema. Kopl. Enanth. } abs.	D. 8. II. Wysypka znikła, przebieg bezgorączkowy.	Polikliniczne.
Lekka conjunctiv. Światłowstr. niema. Kopl. Enanth. abs.	D. 9. II. Wys. znacznie przybladła. D. 10. II. Wysypki ani śladu.	Polikliniczne.
Lekka conjunc. bez światłowstrętu. Coryza w nader słabym stopniu. Plamek Koplik'a ani Enanth. niema.	D. 11. II. Wys. przybladła, stan bezgorączkowy. D.12. II. Ani śladu wysypki, conjun. niema, rinitis w dalszym ciągu.	Polikliniczne.
Lekka conjunctiv. bez światłowstrętu, plamek Koplik'a ani Enanth. niema. Ani conj., ani rhin. Kopl. Enanth. } abs.	D. 12. II. Wys. wyraźna, stan bezgorączkowy. D. 14. II. Zaledwie ślady wys. conj. ani śladu. D. 15 II. Wys. znikła. D. 14. II. Wysypki ani śladu. Gruczoły powiększone.	11. II przyjęta na klinikę* do sali ogólnej. 17. II. do domu zdrowa. Polikliniczne.
Błony śluzowe wolne. Ani conj. ani rhin. Kopl. Enanth. abs.	D. 13. II. Wys. znacznie przybladła. D. 15. II. Ani śladu. Stan bezgorączk.	Na klinice z porażeniami podłyferyt. Leżała obok R. Reinisch i Leop. Rodi.
Żadnych zmian na błonach śluzowych. Kopl. Enanth. } abs.	D. 14. II. Ślady wys. D. 15. II. Wys. znikła bez śladu, przebieg bezgorączkowy.	Polikliniczne [13 II].
Lekkie przekrwienie łącznicy powiek. Kopl. Enanth. abs.	D. 16. II. Jeszcze ślady wysypki na twarzy. D. 17. II. Wysypka znikła.	Polikliniczne.
Żadnych zmian na błonach śluzowych. Kopl. Enanth. } abs.	D. 14. II. Ani śladu wysypki. Gruczoły powiększone. Stan bezgorączkowy.	Polikliniczne.
Żadnych zmian.	D. 15. II. Zaledwie ślady wysypki. D. 16. II. Ani śladu. Obrzęk gruczołów utrzymuje się.	Polikliniczne.

Nazwisko.	Wiek.	Czy przechodził [a] odrę? Kiedy?	Data obecnej wysypki.	Charakter wysypki. Stan gruczołów i t. d.
16. Hans Gruber	5 lat	w. r. z.	14. II.	Charakter wysypki, jak wyżej. Gruczoły szyjowe boczne, podszczękowe i karkowe znacznie powiększone.
17. Elisabeth Semitschnik.	10 lat	kilka lat temu	14. II.	Wysypka o charakterze zwykłym. Stan bezgorączkowy. Gruczoły miernie powiększone.
18. Otilie Prelog.	7 lat	3 lata temu	14. II.	Wysypka drobna głównie na twarzy. Stan bezgorączkowy.
19. Alois Reiner.	6½ l.	w grudniu r. z.	16. II.	Gruczoły szyjowe powiększone.
20. Józef Stiegler.	3½ l.	przed 2-ma laty	16. II.	Wysypka drobna, różowa na całym ciele, obfitsza na twarzy i na tułowiu, niż na kończynach. Stan bezgorączkowy. Gruczoły miernie powiększone
21. Józef. Rauker.	10 lat	Odry nie przechodził	15. II.	D. 16. II. Wysypka, jak wyżej. Gruczoły szyjowe i karkowe znacznie powiększone.
22. Malvine Gerstner.	9 lat	Odry nie przechodziła	16. II.	D. 17. II. Drobne różowe wykwity najobfitsze na twarzy. Stan bezgorączkowy. Gruczoły powiększone.
23. Maria Matschek.	5 lat	w jesieni r. z.	16. II.	Wysypka obfita. Umiejscowienie zwykłe. Wykwity nieco większe, niż zwykle.
24. Michael Matschek.	3 lata	w jesieni r. z.	16. II.	Gruczoły szyjowe, podszczękowe, głównie karkowe silnie powiększone.
25. Maria Paukartner.	2¾ l.	w st. r. b. 9 l. Zan. pl. Kopl. na bł. śl. pol.	17. II.	Gruczoły nie powiększone. Wysypka drobna, różowa, głównie na twarzy.
26. Gotfried Strasser. [Paulinum]	7½ l.	3 lata temu.	23. II.	Wysypka na twarzy o charakterze plamistym. Na tułowiu i kończynach typ wysypki mieszany [plamisto-grudkowaty]. Gruczoły szyjowe boczne i podszczękowe powiększone. Nadzwyczaj wyraźnie wyczuwalne gruczoły karkowe na brzegu lig. nuch. Trochę bolesne. Stan bezgorączkowy.
27. Maria Schanko.	11 lat	Kilka lat temu	23. II.	Wysypka obfita. Wykwity oddzielne. Gruczoły karkowe znacznie powiększone i bolesne przy dotyku.
28. Johann Ehrenhofer.	8 lat	2 lata temu.	24. II.	Wysypka drobna. Jedna plamka od drugiej dość odległa. Wysypka na twarzy i tułowiu dość obfita. Gruczoły szyjowe powiększone. Lekki niezbyt oskrzeli.
29. Heinrich Wedan. [Paulinum] W pensjonacie sąsiad Strayer'a.	7½/13 l.	3 lata temu	18. III.	Wysypka na całym ciele obfita. Wykwity oddzielne, nie zlewające się. Najobfitsza na twarzy. Silny obrzęk gruczołów karkowych. Stan bezgorączkowy.

Błony śluzowe.	Przebieg.	Leczenie polikliniczne, czy kliniczne?
Conjunct. rihu. w nader słabym stopniu. Kopl. } abs. Enanth. }	D. 16. II. Ani śladu wysypki. Żadnych zmian na błonach śluzowych. Lekki obrzęk gruczołów utrzymuje się.	Polikliniczne.
Conjunct. w słabym stopniu. Kopl. } abs. Enanth. }	D. 16. II. Ani śladu wysypki.	Polikliniczne.
Żadnych zmian. Kopl. } abs. Enanth. }	D. 23. II. Zdrowa. D. 16. II. Wysypka znikła.	Polikliniczne.
Conjunct. catarrh. Kopl. } abs. Enanth. }	D. 20. II. Ani śladu wysypki. Conj. cat. w dalszym ciągu.	Polikliniczne.
Żadnych zmian. Kopl. Enanth. abs.	D. 18. II. Wysypka znikła.	Polikliniczne.
Żadnych zmian. Kopl. } abs. Enanth. }	D. 18. II. Ani śladu wysypki. Przebieg bezgorączkowy.	D. 16. II. Polikliniczne.
Ani conj. ani rhin. Kopl. } abs. Enanth. }	D. 19. II. Wysypka znikła.	Polikliniczne [d. 17. II].
Conj. w dość silnym stopniu. Kopl. } abs. Enanth. }	D. 19. II. Wysypka znikła. Conjunct. w nader nieznaczym strpniu.	Polikliniczne.
Żadnych zmian.	D. 19. II. Ani śladu wysypki.	Polikliniczne.
Żadnych zmian. Kopl. } abs. Enanth. }	D. 24. II. Stan bezchorob. [wysypka znikła d. 20. II].	Polikliniczne.
Żadnych zmian. Kopl. } abs. Enanth. }	D. 24. II. Wysypka przybladła. D. 25. II. Ani śladu wysypki. Gruczoły wyczuwalne.	Kliniczne.
Ani conj., ani rhin. Kopl. } abs. Enanth. }	D. 24. II. Wys. znacznie przybladła. D. 25. II. Znikła. Przebieg bezgorączkowy.	Polikliniczne.
Żadnych zmian. Kopl. } abs. Enanth. }	Przebieg bezgorączkowy. D. 26. II. Wysypki ani śladu. Nieżyt oskrzeli w nader słabym stopniu.	Polikliniczne.
Żadnych zmian. Kopl. } abs. Enanth. }	D. 19. III. Wysypka przybladła. 20. III. Znikła bez śladu. Stan ogólny przez cały czas zupełnie dobry. Przebieg bezgorączkowy.	Kliniczne.

przez autorów francuzkich, pochodzi ztąd, że choroba ta nader często nie bywa rozpoznawana; jako dowód służyć może fakt, że spostrzeżenia mnożą się od czasu, gdy zaczęto skrzętniej obserwować po dokładnym opisie tej choroby. Autor ten przyznaje, że rozpoznanie różyczki nie przedstawia trudności, gdy występuje w postaci nagminnej, a nadto u osobników, którzy już przechodzili odrę, w przeciwnym razie strzedz się trzeba, by jej nie przeoczyć; trzeba ją mieć na myśli, „*il est indispensable de penser à la rubeole pour ne pas la méconnaître*“, mówi BOULLOCHÉ. U HENOCH'a (*Vorlesungen über Kinderkrankh.* 1897) czytamy w tym względzie: „Co się tyczy mojego własnego doświadczenia, to widywałem częstokroć u kilkorga dzieci w rodzinie postać chorobową, podobną do opisywanej przez autorów jako *rubeola*, spostrzegałem również dość często przypadki pojedyncze, dotąd jednak nie miałem sposobności być świadkiem większej epidemii tej choroby; co do samoistności różyczki nie mam jednak żadnych wątpliwości“.

Trafowi szczęśliwemu zawdzięczam, że mogłem podczas panującej w Gracu tej zimy epidemii różyczki, obserwować większą liczbę przypadków, uprzejmości zaś prof. ESCHERICH'a, że zebrany przemnie materyał zużytkować mogę w tej pracy.

Moje własne spostrzeżenia rozciągają się na 29 przypadków różyczki; statystyka polikliniczna wykazuje ilość znacznie większą. W pracy mojej podaję jednak tylko te przypadki, które obserwowałem osobiście od początku do końca, t. j. od pierwszej wizyty chorych w poliklinice, aż do wydania świadectwa zdrowia przez asystenta [po 8—10 dn.]. W tym czasie chorzy zjawiali się zwykle do polikliniki 2—3 razy. Śród tych przypadków cztery obserwowałem na klinice: dwa u chorych przyjętych z różyczką na klinikę, w dwóch innych przypadkach różyczką dotknięte zostały dzieci, które z powodu innych cierpień dłuższy czas leczone już były na klinice. Przypadki polikliniczne pozwoliły mi bliżej zapoznać się z tą chorobą pod względem rozpoznawczym i w grubych zarysach śledzić przebieg choroby, przypadki zaś kliniczne, w których miałem sposobność dokładniej obserwować przebieg choroby, pozwoliły oprócz tego wejrzeć nieco głębiej w istotę choroby.

Ograniczam się do podania wyników spostrzeżeń, wszystkie zaś przypadki zestawilem w oddzielnej tablicy [patrz str. 851].

BIEGAŃSKI ¹⁾ podaje następujące objawy, jako właściwe dla różyczki [kuru u BIEG.]:

1) Brak gorączki wstępnej, poprzedzającej wysypkę; choroba odrazu zaczyna się okresem wysypania, z niewielkim zwykle odczynem gorączkowym. Niekiedy niema nawet zupełnie odczynu gorączkowego.

2) Gorączka, jeżeli jest, trwa krótko, najczęściej na drugi dzień przemija; wyjątkowo trwać może dwa lub trzy dni.

3) Wysypka występuje w tych samych miejscach, gdzie odrowa; najpierw na twarzy, potem na tułowiu i kończynach.

¹⁾ Dyagnostyka różniczkowa chor. wewnętrznych. 1896.

4) Objawy nieżytowe ze strony dróg oddechowych są bardzo nieznaczne i szybko przemijające.

5) Powikłań tej choroby nigdy nie spotykamy.

6) Łuszczenia albo niema, albo bardzo nieznaczne.

Do podanych przez BIEGAŃSKIEGO objawów, na zasadzie spostrzeganych w naszych przypadkach objawów, jak również przez innych autorów podawanych, dodać musimy niektóre uzupełnienia. Wysypka różyczkowa w całości obrazu znacznie się od odrowej różni. Barwa plamek jest żywo-różowa, nigdy nie bywa tak intensywnie czerwona [prawie fioletowa], jak to widzimy przy odrze. Twarz najpierw zajęta bywa przez wysypkę i wysypka jest tu najobfitszą, jak przy odrze, nie spotykamy tu jednak nigdy charakterystycznego dla odry najobfitszego ugrupowania plamek w okolicy ust i skrzydeł nosa. Oddzielne plamki nie zlewają się nigdy, jak przy odrze, między jedną a drugą widzimy zawsze przestrzeń skóry wolną od wysypki. Jakkolwiek i przy odrze kończyny są stosunkowo mniej zajęte, to przy różyczce wysypka na kończynach jest często zaledwie dostrzegalną, gdy jednocześnie spostrzegamy na twarzy i tułowiu wyraźną wysypkę. Wysypka przy odrze rzadko bywa czysto plamistą, najczęściej zaś w zupełnie rozwiniętej wysypce widzimy na każdej plamce pewne wzniesienie, czyli mamy do czynienia z wysypką plamisto-grudkową. Przy różyczce wysypka na twarzy bywa czystą plamistą, wysypka na tułowiu i kończynach przeciwnie przedstawia się nie tylko w postaci plamek, lecz i grudek, tak iż u jednego i tego samego osobnika mamy do czynienia z wysypką wielokształtną; niektórzy autorowie [GUINON] odróżniają dwie postaci wysypki przy różyczce: *exanth. morbilliforme* i *scarlatiniforme*; w naszych przypadkach, jak i w większości innych obserwacji, wysypka nosiła charakter wielokształtny, co zdaniem BOULLOCHE'a i innych stanowi właśnie cechę charakterystyczną wysypki różyczkowej: („Ce polymorphisme de l'éruption constitue même un des attributs les plus caractéristiques de la rubéole“).

Wysypka na drugi dzień po wystąpieniu jest już znacznie bledsza, a na trzeci dzień zwykle nie spostrzegaliśmy ani śladu wysypki. Wszystkie prawie spostrzegane przez nas przypadki przebiegały bez gorączki: w paru, gdzie była pierwszego dnia gorączka, następnego ciepłota była już zupełnie normalną. Pierwszy dzień wysypki był zarazem pierwszym dniem choroby, czyli odrazu następował okres wysypania (*stadium eruptionis*) bez poprzedniego okresu wtargnięcia (*stadium invasionis*).

Nie spostrzegaliśmy w naszych przypadkach ani kataru łącznicy oka, ani kataru nosa — w paru zaledwie przypadkach w nader słabym stopniu; wogóle błony śluzowe były zupełnie wolne.

Większość dzieci, za wyjątkiem kilkorga, o czem niżej, przechodziła już odrę; niektóre z dzieci przechodziły odrę na krótko przedtem, np. w grudniu a nawet styczniu [p. tabl.]. — Zauważyć musimy, że w przypadkach naszych posiłkowaliśmy się nowym środkiem rozpoznawczym, mianowicie objawem KOPLIK'a. Na klinice i poliklinice w Gracu, od czasu komunikatu KOPLIK'a w każdym przypadku choroby wysypkowej szukano objawu KOPLIK'a: chara-

kterystycznych białych plamek z różową otoczką na błonie śluzowej policzków i warg i w ten sposób rozpoznawano, przed wysypką i charakterystycznymi skądinąd objawami odrowymi, *prodromi morbillorum*. Ponieważ dzięki panującej w styczniu epidemii odrowej, pod kierunkiem asystenta dr. SCHMID'a, przez którego i wszystkie przypadki różyczki były również badane, nabrałem wprawy w posilkowaniu się objawem KOPLIK'a, mogłem przeto zużytkować to przy rozpoznaniu różniczkowem odry od różyczki. W każdym przypadku odry, z którym się wcześniej zgłoszono, stwierdzono obecność plamek KOPLIK'a lub plamek czerwonych — *enanthea* na błonie śluzowej policzków.

W żadnym z obserwowanych przypadków różyczki objawu tego nie spostrzegano. W dwóch przypadkach u dzieci, które już przechodziły odrę, spostrzegano na błonie śluzowej policzków wspomniane plamki czerwone — *enanthea*.

E. S., 24. II. 7½ lat. Odrę przechodził dwa lata temu. Chory od paru dni. Dziś rano wysypka drobna, nie zlewająca się. *Conjunctivitis* w słabym stopniu, na błonie śluzowej policzków — *enanthea*. Gorączka. *Diagnosis dubia*. Przyjęty na klinikę do oddzielnej sali. Następnego dnia gorączka 38,5°. Wysypka obfitsza, zlewająca się. *Conjunctiv.*, *rhinitis*, nieżyt oskrzeli. Dalszy przebieg wyraźnie świadczy za odrę.

C. B., l. 4, 7. II. Odrę przechodziła w końcu października roku zeszłego, młodsza siostra przechodziła odrę w kilkanaście dni po starszej. 7. II. Wysypka w zupełności odpowiadająca odrowej, zlewająca się. *Conjunctivitis*, *rhinitis*. *Enanthea* na błonie śluzowej policzków. Plamek KOPLIK'a niema. Gorączka. Przyjęta na klinikę na oddział odrowy. Dalszy przebieg właściwy odrze [nieżyt oskrzeli].

W dwóch tych przypadkach mamy więc do czynienia z nawrotem odry; są one dowodem, o ile odmiennie przebiegają nawroty odry; można je odróżnić od różyczki, w czem znacznie pomaga objaw KOPLIK'a. Oprócz tych dwóch przypadków na poliklinice obserwowano jeszcze parę przypadków nawrotów odry, w których były wyraźne plamki KOPLIK'a; nie przytaczam ich ze względu, iż wzmiankowany objaw usuwał odrazu myśl o możliwości różyczki.

Sądzę, że objaw KOPLIK'a w znacznej mierze przyczynia się do wyjaśnienia kwestyi co do natury różyczki, pozwalając rozpoznawać z większą pewnością niż dotąd przypadki nawrotów odry. Nawiasem tu tylko zauważę, że przypadki nawrotów odry są dość często notowane. Duża stosunkowo ilość przypadków podawanych, jako nawroty odry, pochodzi stąd, na co między innymi zwraca uwagę HENOCH, COMBY, BOULLOCHE, że nader często różyczka rozpoznawana bywa jako nawrot odry. Że jeden i ten sam osobnik—mówi HENOCH—może dwa razy przechodzić odrę, uważam to za pewne, sądzę jednak, że ilość tych przypadków bywa zwykle przesadzana; przypadki nawrotu odry spotykają się wyjątkowo.

W żadnym z obserwowanych przypadków nie spostrzegano nieżyty dróg oddechowych. W większości przypadków spostrzegano obrzęk gruczołów chłonnych. Najczęściej spotykano obrzęk gruczołów podszybkowych i szyjo-

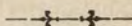
wych bocznych; przy dotyku gruczoły nie były bolesne. Rzadziej stosunkowo spostrzegano—podawany przez niektórych autorów jako nader charakterystyczny objaw dla różyczki—obrzęk gruczołów karkowych, przy dotyku nieco bolesnych niekiedy; obrzęk gruczołów trwał dłużej, niż wysypka, dawały się one wyczuć jeszcze na 2-gi, 3-ci dzień po zniknięciu wysypki, pomijając przypadki, gdzie obrzęk gruczołów występował jako objaw chroniczny. W niektórych przypadkach nie spostrzegano jednak zupełnie obrzęku gruczołów; przypadki te są nader nieliczne, co potwierdzają dane o innych epidemiach. [D. n.].

II. TYPY ODDECHANIA

W ZASTOSOWANIU DO SZTUKI ŚPIEWU.

Opracował

Aleksander Zięciakiewicz.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 32].

Przejdziemy teraz do piersiowego typu oddechania i oceny wartości tego typu z punktu widzenia sztuki śpiewaczej.

Przy piersiowym typie oddechowym działanie czynne mięśni musi unieść klatkę piersiową, skrócić chrząstki i żebra i pokonać sprężystość płuc. Praca ta wymaga dużej stosunkowo siły mięśniowej, to też wchodzi tu odrazu w grę całe grupy mięśni wdechowych. Skoro zaś ustanie czynne działanie sił rozszerzających, wszystkie części, wyprowadzone przy wdechu ze swego położenia rozwijają znakomitą siłę sprężystą i usiłują powrócić do stanu pierwotnego, Zwolnić, przedłużyć lub zatrzymać wydechanie [co, jak wiemy, jest koniecznym dla prawidłowego wydobywania głosu], staje się wtedy wprost niemożliwym; antagonizm pomiędzy mięśniami wdechowymi i wydechowymi nie pozwala nam przeprowadzić opróżnienia klatki piersiowej równomiernie i w zwolnionem tempie. Jednocześnie, ponieważ ilość powietrza wprowadzanego do płuc podczas wdechu tym sposobem jest względnie mała, zachodzi więc potrzeba częstego nabierania powietrza, co szybko bardzo prowadzi do wyczerpania mięśni oddechowych. Oprócz tego przy tym typie skurecz mięśni, idących od kości głowy i szyi ku obojczykom i górnym żebrom klatki piersiowej, pociąga za sobą cały szereg zbyt licznych zupełnie ruchów mięśni gardzieli i krtani i zmienia warunki krwioobiegu w naczyniach tych narządów; ciągłe ruchy krtani prowadzą do całego szeregu zaburzeń koordynacji, leżących powyżej jam rezonacyjnych, a zmiana warunków krwioobiegu w naczyniach głowy i szyi wywołuje znaczny przyływ krwi do gardzieli i krtani, co, naturalnie, ujemnie wpływa na organy głosowe.

Przykładów, dowodzących słuszności naszych poglądów i świadczących o fatalnych następstwach niewłaściwego sposobu oddechania podczas śpiewu,

nie potrzebujemy szukać daleko. Żywą ilustracją pod tym względem może nam służyć przeciętna śpiewaczka, posługująca się obojętnym typem oddechania. Oddechanie górną częścią klatki piersiowej, pozbawiając śpiewaczkę możliwości wprowadzenia do płuc podczas wdechu dostatecznej ilości powietrza, wywołuje potrzebę częstego nabierania oddechu; opróżnienie płuc podczas wydechu przychodzi do skutku nierównomiernie, krótkimi, urywanymi falami, a regulowanie siły prądu wydechanego powietrza staje się w tych warunkach niemożliwym. Piers śpiewaczki, zamiast stać podczas śpiewu nieruchomo, ciągle wznosi się i opada; ramiona przy każdym wdechu podnoszą się ku górze; mięśnie szyi, wskutek niepomiernej pracy, naprężają się i pęcznieją, żyły szyi nabrzmiewają, twarz czerwienieje, stając się w końcu siną. O szerokiej frazie, płynnem *cantabile*, o wytrzymywaniu, „filowaniu“ dźwięków mowy tu być nie może. Żadna, nawet najhjojniej od natury uposażona głosem śpiewaczka, nie jest w stanie w tych warunkach wykazać całego bogactwa materiału, jaki posiada i w końcu, wcześniej czy później, uleść musi w tej istnej walce z oddechem. Przytoczone powyżej fatalne następstwa niewłaściwego sposobu oddechania podczas śpiewu dotyczą głównie kobiet, które współczesna forma ubrania zmusza wprost do oddechania górną częścią klatki piersiowej. Z fizjologii wiemy, że u dzieci do 12-go roku życia typ oddechania u obu płci jest brzuszny i że dopiero w okresie dojrzałości płciowej kobiety stopniowo przyswajają sobie obojętny typ oddechania. Dla wytłomaczenia tego faktu przytaczano rozmaite przyczyny; twierdzono pierwotnie, iż przyczyny różnicy typów oddechowych u obu płci szukać należy w samej organizacji ustroju ludzkiego i funkcjach, do których ustrój jest przeznaczony; brzuszny typ oddechania według tej teorii byłby nieodpowiednim, a nawet szkodliwym w okresie ciąży u kobiet, wskutek czego ustrój kobiecy, w drodze przystosowania nabył typ oddechania piersiowy. Późniejsze badania obaliły ów pogląd i wykazały, że u kobiet zamiana brzuszno typu oddechania na piersiowy następuje głównie pod wpływem sztucznego ściskania klatki piersiowej i brzucha za pomocą sznurówek i gorsetów: u kobiet ludów dzikich i u wieśniaczek, które żadnych pod tym względem sztucznych środków nie używają, powyższej różnicy w typie oddechania obu płci zupełnie nie spotykamy. Że stały i długotrwały ucisk na klatkę piersiową może nawet u mężczyzn być przyczyną niewłaściwego sposobu oddechania, dowodem liczne spostrzeżenia, poczynione nad wojskowymi: u kawalerzystów, używających bardzo często gorsetów, wielokrotnie konstatowano zupełnie kobiecy typ oddechania.

Z powyższego punktu widzenia gorsety, zwłaszcza zaś współczesna ich forma, nie nadają się zupełnie dla śpiewaczek i winny uleść gruntownej reformie. Walka z gorsetem trwa po dziś dzień od tak dawna, odkąd istnieje zwyczaj noszenia gorsetów; tysiące argumentów, którymi próbowano wyrugować z użycia ten szczególnie toalety kobiecej, nie przekonały tych, do których były skierowane. A dla śpiewaczek kwestya gorsetu jest podwójnie ważną. Badania spirometryczne, dokonane nad kobietami w gorsetach i bez gorsetów wykazują, iż 1^o ilość powietrza, wprowadzanego do płuc podczas wdechu przy słabo nawet zaciśniętym gorsecie, jest o $\frac{1}{3}$ mniejszą od normy, i 2^o po zdjęciu

gorsetu pojemność klatki piersiowej zwiększa się natychmiast w stopniu bardzo znacznym. Widzimy więc, iż gorset nie tylko że pozbawia śpiewaczkę możliwości posługiwania się przeponowym typem oddechania, lecz jednocześnie nie pozwala jej skoncentrować w płucach odpowiedniej ilości powietrza, co naturalnie odbija się na sile głosu. Najlepiej więc było by dla śpiewaczek obywać się zupełnie bez gorsetu. Jeżeli zaś już śpiewaczka uważa dla siebie gorset za *conditio sine qua non*, to przynajmniej nie powinna nigdy zasznurowywać go do tego stopnia, by różnica, wykazywana za pomocą spirometru podczas oddechania w gorsecie i bez gorsetu, była tak rażącą. Z liczby licznych, proponowanych ostatnimi czasy modyfikacyj gorsetu, za najodpowiedniejszy dla śpiewaczek uznać [należy model, obmyślany przez panią GACHES - SARRAUTE, lekarza w Paryżu. Nowy ten gorset ¹⁾, mając punkt oparcia wyłącznie na biodrach po linii skośnej od bioder do spojenia łonowego i podtrzymując dolną część brzucha, pozostawia dolnej części klatki piersiowej i górnej części brzucha zupełną swobodę ruchów oddechowych, pozwalając tym sposobem śpiewaczce posługiwać się przeponowym typem oddechania.

Wykazawszy powyżej korzyści przeponowego typu oddechania dla śpiewaków i śpiewaczek i wyższość tego typu nad innymi sposobami oddechania pragnąłbym w końcu powiedzieć słów parę o oddechaniu przy śpiewie wogóle

Podczas śpiewu oddechać należy równo i spokojnie bez wszelkich wysiłków, w prawidłowych odstępach czasu; pierś winna być zawsze wzniesioną i unieruchomioną, ramiona przy oddechaniu nie powinny się unosić ku górze. Oddechać należy przez nos, w wyjątkowych tylko razach posługując się ustami: powietrze, przechodząc przez jamy nosowe, po drodze ogrzewa się, oczyszcza i zwilgaca; suche i zimne powietrze powoduje wysychanie błony śluzowej gardzieli i krtani, drażni ją i często wywołuje cały szereg poważniejszych zaburzeń górnego odcinka dróg oddechowych. Przy każdym oddechu należy napełniać płuca dostatecznie, ale możliwie niewidocznie i bez szmeru: niewidoczny oddech podczas śpiewu — to cecha doskonałości oddechania ²⁾. Opróżnienie płuc z zawartego w nich powietrza podczas wydechu winno się również odbywać bez szmeru, równomiernie i przy stałym regulowaniu siły prądu wydechanego powietrza, tak aby żadna cząstka jego nie uszła bez pożytku. Tak zwane „filowanie“ dźwięku t. j. wytrzymywanie tonu w rozmaitem natężeniu, począwszy od najcichszego piano z przejściem do fortissimo i z powrotem do pianissimo, całe to ćwiczenie, którego dokładne wykonanie jest najpewniejszą oznaką skończonego śpiewaka, wymaga umiejętnego regulowania siły prądu powietrza i zupełnego zapanowania nad wydechem. Nie należy nigdy podczas śpiewu opróżniać płuc do ostatka; każdy frazes powinien śpiewak kończyć z pewnym zapasem powietrza.

¹⁾ Dokładny opis i wskazówki potrzebne do sporządzenia takiego gorsetu znaleźć można w pracy d-ra PAUL'a GARNAULT'a pod tyt.: *Physiol., Hygiène et Ther. de la voix parlée et chantée*.

²⁾ Opowiadają, iż LABLACHE, obserwując RUBINI'ego podczas śpiewu, nie był w stanie w ciągu 4-ch minut zauważyć, kiedy ten wciąga powietrze.

Oddechanie podczas śpiewu — to praca mięśni. Pamiętając o tem, starać się winniśmy o odpowiednie wyrobienie mięśni, przyjmujących udział przy oddechaniu i doprowadzenie ich drogą odpowiednich ćwiczeń gimnastycznych do najwyższego stopnia wydajności. Przedewszystkiem jednak usunąć należy wszelkie wadliwe sposoby oddechania. U mężczyzn, posługujących się i w normalnych warunkach przeponowym typem oddechania, rzadko zachodzi ta potrzeba, gdy przeciwnie kobiety muszą dopiero poznać, zrozumieć i przyswoić sobie ten sposób oddechania. W tym celu, a jednocześnie dla zupełnego zapamiętania nad ruchami przepony i mięśni brzucha — tych regulatorów siły prądu wydechanego powietrza — należy wykonywać następujące ćwiczenia ¹⁾.

1) Leżąc na wznak [w pozycji leżącej łatwiej jest powstrzymać i opanować ruchy górnej części klatki piersiowej], powoli i spokojnie wciągamy powietrze do płuc, przyczem ręka, położona na górnej części brzucha, powinna odczuwać stopniowe wznoszenie się tej okolicy podczas wdechu; górna część klatki piersiowej pozostaje nieruchomą, a dolna jej część winna się wznosić dopiero przy samym końcu wdechu. Skoro poczujemy, iż klatka piersiowa doszła do maximum swego rozszerzenia, zatrzymujemy ją przez czas pewien w tej pozycji, licząc w myśli: raz, dwa, trzy . . . i t. d.; następnie odrazu wypuszczamy powietrze z płuc. Początkowo nie będziemy w stanie zatrzymać oddechu dłużej nad parę sekund, stopniowo jednak osiągniemy możność zatrzymywania go w ciągu kilku i nawet kilkunastu sekund.

2) Szybko, odrazu wykonywamy wdech i, zatrzymawszy przez krótki czas powietrze w płucach, powoli i równomiernie wydechamy, licząc już tym razem na głos: raz, dwa, trzy . . . i t. d., bacznie regulując przytem siłę prądu wydechanego powietrza. Początkowo przy tem ćwiczeniu będziemy w stanie liczyć nie więcej, jak do 5-ciu — 6-ciu; stopniowo jednak osiągniemy możność liczenia bez zbytniego wysiłku do 20-u i więcej.

3) Ćwiczenie trzecie polega na kombinacji pierwszych dwóch ćwiczeń: wykonawszy głęboki i spokojny wdech, równomiernie i w zwolnionem tempie opróżniamy płuca z zawartego w nich powietrza.

Jak wogóle przy ćwiczeniach gimnastycznych tak też i tutaj nigdy nie należy pracować aż do znużenia. Stopniowo i powoli, przestrzegając bacznie tych wskazówek przy wykonywaniu początkowych ćwiczeń wokalnych i kierując się zawsze prawidłowym brzmieniem głosu, doprowadzimy w końcu wszystkie mięśnie oddechowe do automatycznego działania. Dopiero wtedy śpiewak ma prawo mówić o doskonałości sztuki oddechania, gdy stanie się ono u niego bezwiednem, automatycznym i nie będzie absorbować uwagi, która wyłącznie na sam głos powinna być zwróconą.

¹⁾ Podług LENNOX-BROWNE'a i BEHNKE — cytowanych u P. GARNAULT'a.

L I T E R A T U R A.

1. Prof. N. CYBULSKI. Fiziologia człowieka. Warszawa 1891.
2. Prof. M. MACKENZIE. Hygiène des organes de la voix. Paris 1888.

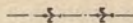
3. DR. PAUL GARNALT. Cours théoretique et pratique de physiol., hygiène et therap. de la voix parlée et chantée. Paris 1896.
4. ALEXANDROWICZ. Głos i jego kształcenie w sztuce śpiewu. Warszawa 1893.
5. SONKI. Teorja postanowki gołosa. Petersburg 1893.

III. SAMOISTNE CIERPIENIA SERCA (PRZEROST I ROZSZERZENIE).

STUDYUM KLINICZNE.

Napisał

Stanisław Pechkranc.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 32].

Różnymi czasy zaznaczali autorzy wielką częstość łżejszych cierpień serca, spowodowanych przemogą. Z nowszych prac znajdujemy o tem wzmiankę u RIEDER'a [14]. W roku przeszłym ukazała się praca L. FEILCHENFELD'a [27], w której autor wyraża słuszny pogląd, że właśnie te łżejsze postaci zasługują na szczególne uwzględnienie, gdyż występują o wiele częściej, niż postaci cięższe, o których wyłącznie jest mowa w licznych pracach. FEILCHENFELD zwraca uwagę na to, że stany wiotkości, słabości serca, rozwijające się bądź nagle, po ostro działającej przyczynie, bądź stopniowo, pozornie bez wszelkiego zewnętrznego powodu, cechują się dolegliwościami, właściwemi neurastenii, a przede wszystkim uczuciem słabości. Już dawniej na tę okoliczność zwrócił uwagę SEELIGMUELLER, który uważa słabość serca za częstą przyczynę t. zw. neurastenii serca i, jako powód do niej, podaje przemogę płciową. BACHUS [28] również zaznacza rozwijające się u neurasteników w następstwie przedrażnienia płciowego powiększenie serca. Do omawianej tu grupy cierpień serca, symulujących neurastenię, możnaby zaliczyć także opisane w r. 1897 przez KISCH'a [29] u wyższych oficerów dolegliwości ze strony serca, zjawiające się w nieokreślonych napadach z przyspieszoną czynnością serca, zmniejszeniem napięcia tętnic i psychicznem przygnębieniem. Po kilku miesiącach, przy odpowiedniem leczeniu, następuje wyzdrowienie. Powstawanie tych dolegliwości KISCH przypisuje wzmożonej pracy umysłowej i upatruje w nich następstwo t. zw. przez ROSENBACH'a *neurastheniae cordis vasomotoriae*.

W ostatnich czasach na nowo dają się słyszeć głosy, że liczbę przypadków samoistnego cierpienia serca należy znacznie zredukować. Już nie mówiąc o przypadkach bez sekcyi, w których zawsze dozwolonem jest wątpić o tem, czy przerost i rozszerzenie są pierwotne, zaznaczyć wypada, że w wielu przypadkach sekcyjnych badanie narządów nie było wykonane z taką skrupulatnością, ażeby można było z całą pewnością wyłączyć wszelkie zmiany w narządach, mogące wtórnie wywołać powiększenie serca. Wymagania w tym względzie w ostatnich latach jeszcze się więcej wzmożyły, a to dzięki pracom, wyszłym głównie ze szkoły lipskiej. W całym szeregu przypadków t. zw. idyo-

patycznych cierpień serca znajdował cytowany już wyżej KREHL [6], dzięki stosowanej przez siebie metodzie badania ¹⁾, zawsze sprawy zapalno-degeneracyjne w mięśniu sercowym. Sprawy te były tak znaczne, że istniejącą w tych przypadkach niedomogę serca można było sprowadzić do zmian, wykrytych w mięśniu sercowym. Z badania ograniczonej liczby przypadków nie wolno naturalnie wyprowadzać wniosków ogólnych, na co zresztą zwraca uwagę sam KREHL; lecz na podstawie zgodnych, wyników we wszystkich przypadkach — pierwszych, jakie dostatecznie dokładnie były badane — należy, zdaniem KREHL'a, wymagać, ażeby wówczas tylko dyagnozować samoistne cierpienia serca, gdy sprawy organiczne będą mogły z całą pewnością być wykluczone. Już wyżej wzmiankowaliśmy, że znalezione przez KREHL'a zmiany mogły powstać wtórnie, w następstwie istniejących już zaburzeń cyrkulacyjnych, zmian warunków ciśnienia i t. d. Zaznaczyć tu jeszcze należy brak badań kontrolujących na sercach ludzi, którzy za życia nie przedstawiali żadnych zaburzeń ze strony serca ²⁾.

Z prac, omawiających tę samą kwestyę, przytoczyć należy jeszcze pracę HAMPELN'a [30]. Na 120 przypadków cierpień serca autor ani razu nie znalazł czystego przerostu lub rozszerzenia serca, zawsze istniały, pomijając wady zastawkowe, zmiany anatomiczne w mięśniu sercowym, wsierdziu, osierdziu lub inne zmiany, wywołujące utrudnienie krwioobiegu, jak rozedma płuc, miażdżyca tętnic i t. d.

Z badań anatomo-patologicznych wreszcie wspomnimy o poszukiwaniach OTT'a, dotyczących zmian w zwojach nerwowych serca. OTT stwierdził w zwojach dwójakiego rodzaju zmiany: postępowe, polegające na rozroście tkanki łącznej, i wsteczne, polegające na mięszszowem zwyrodnieniu komórek nerwowych. Pierwszy rodzaj zmian znalazł OTT przy zastojach i zmianach objętości serca, drugi — przy głębokich, jakościowych zmianach we krwi [mocznica, posocznica i t. d.]. Wpływu tych zmian na czynność serca OTT nie zauważył.

Kwestya przerostu serca w ciąży zdaje się być w ostatnich czasach rozstrzygniętą w znaczeniu twierdzącem, pomimo zaprzeczenia ze strony niektórych, zwłaszcza niemieckich autorów [LOEHLIN, GERHARDT, FRAENTZEL

¹⁾ Zdaniem KREHL'a i ROMBERG'a, pewny sąd o rzeczywistym stanie mięśnia sercowego wydać można dopiero po uprzednim systematycznym zbadaniu całego serca na stwardnionych i barwionych preparatach. Przy zwykłym makroskopowem badaniu serca mogą zostać zupełnie przeoczone nawet rozległe sprawy śródmiaższowe, jakoteż pewne mięszszowe. Nie wystarcza także rozłożyć oddzielne kawałki mięśnia na skrawki i te poddać badaniu drobnowidzowemu. Ponieważ siedliska ognisk chorobowych są bardzo zmienne, uniknąć przeto można pomyłek w ocenieniu własności mięśnia sercowego jedynie tylko przy systematycznym badaniu tego mięśnia. Metoda KREHL'a polega na tem, że serce rozkłada się prostopadle do osi podłużnej lewej komory na odcinki 1—1,5 cm. grubości. Każdy odcinek rozkrawa się potem na rozmaite, stosownie do ich wielkości, liczbe pojedynczych części. Zatapianie w celoidynie. Przygotowuje się skrawki do 0,05 mm. grubości. Barwienie karminem ałunowym GRÄNACHER'a.

²⁾ Zdaniem ROSENBACH'a, często znajdujemy i w takich razach ciężkie zmiany w mięśniu sercowym, choć za życia nie było żadnych objawów ze strony układu serce - naczyniowego, a śmierć nastąpiła z przyczyny przypadkowej [samobójstwo, krwotok . . .].

LEYDEN . . .]. Przyczyniły się do tego przeważnie ściśle badania anatomo-patologiczne BOLLINGER'a [15], na mocy których autor ten doszedł do wniosku, że kobiety ciężarne i położnice okazują nieco wyższy ciężar serca, niż pozostała ludność kobieca. Przyrost na wadze wynosi przeciętnie 8,8% normalnej wagi serca. Powstawanie tego przerostu tłumaczy BOLLINGER i DREYSEL wstawieniem krążenia łożyskowego i wzmocnionym dowozem krwi do serca. SPIEGELBERG przyjmuje związek między ciążą i przerostem, przytaczając, jako momenty etyologiczne, zwiększoną masę krwi i wzmoczone ciśnienie tętnicze. To ostatnie zdarza się, podług spostrzeżeń ROSENBACH'a [17], bardzo rzadko. Jeśli czasem występuje przerost podczas ciąży, to zazwyczaj tam, gdzie istnieje jakieś cierpienie nerek. Ciąża niepowikłana, zdaniem ROSENBACH'a, nie daje żadnego powodu do powiększenia objętości serca, mianowicie lewej komórki, a dla wielu przypadków pozornego przerostu serca podczas ciąży GERHARDT słusznie przyjmuje tylko powiększenie stłumienia serca wskutek podniesienia przepony i silniejszego przylegania serca do przedniej ściany klatki piersiowej. Wogóle przyjąć można [ROSENBACH], że wzmoczone zapotrzebowanie krwi w ciele ciężarnych zostaje dostarczone nie przez zwiększenie ilości krwi, jaką serce wyrzuca przy każdym skurczu, lecz przez zwiększoną liczbę uderzeń serca. Również sceptycznie zachowują się w omawianej kwestyi VAQUEZ i MILLET (31). W pracy tych autorów, ogłoszonej w r. b., wyrażony jest pogląd, oparty na własnych spostrzeżeniach, że wszędzie tam, gdzie w przebiegu ciąży spotykamy się z przerostem, znaleźć można dla tego ostatniego pewną dostateczną przyczynę.

Z zestawienia powyższych poglądów przekonywamy się, że o zupełnej zgodności na tym punkcie między autorami jeszcze mowy niema, jakkolwiek dane, świeżo w tej kwestyi zdobyte, silnie przemawiają za zależnością przerostu serca od ciąży.

Co się tyczy znaczenia wpływów psychiczno-nerwowych, to LEYDEN (11) zwraca uwagę na tę okoliczność, że dawniejsi lekarze bardzo dobrze wiedzieli o tem, że wzruszenia moralne, namiętności, gniew, zwłaszcza zaś zmartwienia i ból, zdolne są wywołać choroby serca. Nowsza medycyna zaniedbała się pod tym względem znacznie, jakkolwiek każdy doświadczony praktyk mógłby przytoczyć wiele odnośnych przykładów. LEYDEN upatruje uderzającą zgodność takich przypadków, odnośnie objawów i przebiegu, z przypadkami przeciążenia cielesnego, tak, że możnaby mówić o cierpieniach serca wskutek przemogi psychicznej. Analogia polega zarówno na tem, że najwybitniejsze objawy, mianowicie nieprawidłowość tętna i rozszerzenie serca, występują także przy chorobach serca, uwarunkowanych wpływami psychicznymi, jak i w tem, że i tu rozróżnić możemy 2 okresy choroby [czynnościowy i organiczny]. Wysoce zgubnie ma, według doświadczenia LEYDEN'a, działać kombinacja przeciążenia umysłowego z fizycznym. Na wybitną rolę wpływów psychicznych, bądź nagłych, bądź długotrwałych, przy powstawaniu chorób serca zwraca także uwagę SCHOTT (32). Nie mniej, niż 140 razy na 505 przyp., wpływy te zostały wyraźnie zaznaczone. Kombinacja czynników psychicznych i fizycznych istniała w 68 przyp. Zdaniem SCHOTT'a, mogą wzruszenia moralne i przeciążenie

umysłowe umiejscowić swój szkodliwy wpływ, nawet u zupełnie zdrowych osobników, wyłącznie w sercu. [Wśród wzmiankowanych 68 przyp. znajduje się 9 przyp. ostrego przeciężenia cielesnego. W niektórych z nich zaledwie można było wątpić, że osoby te przedtem były zupełnie zdrowe].

Że długotrwałe zaburzenia w inerwacyi serca [nerwowe kołatanie serca, choroba BAZEDOW'a, zaburzenia czynnościowe, wywołane nadużyciem wysokości, kawy, herbaty, tytoniu . . .] mogą wywołać przerost serca, nie ulega już obecnie żadnej wątpliwości. Lecz jak pojmować należy patogenezę tego przerostu zarówno w chorobie BAZEDOW'a, jak i przy innych nerwicach serca, dotychczas nie wiadomo. Nie można napewno twierdzić, że bicie serca stanowi samo przez się przyczynę przerostu, ponieważ zwiększona czynność narządu, której wyrazem jest kołatanie serca, zależy może, jak np. w chorobie BAZEDOW'a, od ogólnego nieznanego nam czynnika [toksycznego], który przedewszystkiem wywołuje wzmożoną czynność serca. Że nadużycia płciowe, masturbacja mogą sprowadzać przerost serca, na to zwrócił niedawno na nowo uwagę cytowany już wyżej BACHUS [28], który przyczynę przerostu upatruje tu w przyspieszeniu i wzmożeniu akcji serca, spowodowanem nadużyciem płciowem. Powiększenie serca było we wszystkich 4 przytoczonych przez BACHUS'a przypadkach umiarkowane. Za przerostem przemawiało wzmocnienie uderzenia wierzchołkowego przy dobrze napiętem tętnie, jakoteż natężenie obu tonów u podstawy. Obok przerostu występować mogą także rozszerzenia lekkiego stopnia.

[C. d. n.].

Z ODDZIAŁU III-GO CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I Z ZAKŁADU UNIWERSYTECKIEGO
ANATOMII PATOLOGICZNEJ.

IV. POLYMYOSITIS PRIMARIA.

PRZYCZYNEK KLINICZNY I ANATOMO-PATOLOGICZNY.

Podał

D-r J. Fajersztaju

sekundaryusz lwowskiego szpitala powszechnego.

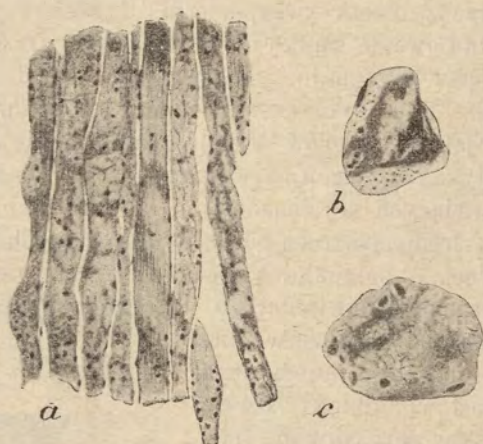
[Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 32].

Na skrawkach z cząstki mięśnia dwugłowego, stwardzonej w płynie MUELLER'a, rzucają się w oczy nadspodziewanie głębokie zmiany patologiczne. Zmianom chorobowym uległy wszystkie bez wyjątku włókna. Liczebną przewagę posiadają włókna zmętniałe, mało przezroczyste, pozbawione niemal całkowicie prążkowania poprzecznego; prążkowanie podłużne również po największej części niewyraźne; tu i owdzie małe, podłużne szczelinki. Grubość waha się pomiędzy 40—60 μ . Podobne włókna nie zawierają wcale środkowych jąder; jądra przybrzeżne, występują w skąpej ilości. Przebieg włókien lekko-

falisty; miejscami zgrubienia, porysowane nieregularnymi szczelinami. Podczas gdy zgrubienia te, przypominające tak bardzo obraz woskowego zwyrodnienia, nie posiadają charakterystycznego połysku, napotykają się w kilku miejscach preparatu wolno leżące, małe, cienkie [20 — 30 μ .], walcowate odłamki istoty kurczliwej, zmienionej w jednorodne, swoiście połyskujące masy.

Na drugim miejscu wymienić należy włókna, odznaczające się niezwykle wyraźnym rysunkiem przekrojów poprzecznych włókienek. Punkciki, odpowiadające tym przekrojom, są w wielu miejscach tak wyraźnie odgraniczone i tak rozproszone, że możnaby je niemal policzyć. Podobna punktowość przekrojów poprzecznych zaznacza się na skrawkach podłużnych już to wyraźnym roz-włóknieniem się i rozpadem na pojedyncze włókienka, już to tylko ostrem zarysowaniem się prążków podłużnych [rys. IV, a] i tworzeniem się szczelin.

Rys. IV.



a Zeiss B., ok. 3.
b, c Zeiss D., ok. 3.

Prążki poprzeczne, niezmiernie delikatne, występują tu i owdzie z wielką wyrazistością; najczęściej jednak nie widać ich zupełnie. Na obwodzie wielu włókien, odznaczających się podobnym rozrzedzeniem, istota kurczliwa rozpada się na okrągłe, dosyć grube ziarna, skupiające się w pojedyncze gromadki, albo też, układające się obrączkowato pomiędzy włóknem a omięsną. Ziarna te barwią się eozyną zupełnie tak samo, jak istota kurczliwa.

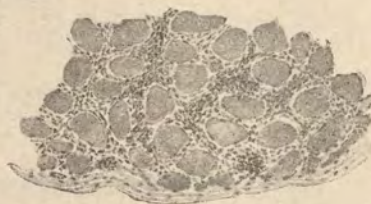
Trzecie miejsce zajmuje zwyrodnienie wakuolarne. Niektóre dosyć duże nawet pęczki, zajmujące całe pole widzenia, są złożone niemal całkowicie z włókien w podobny sposób zwyrodniałych; w innych znów występują tylko nieliczne okazy wakuól, rozrzuconych pomiędzy przekrojami zmętniałych włókien. Sitowatych postaci nie widać zupełnie. Nieliczne siatkowate formy odznaczają się bardzo subtelnym utkaniem [rys. IV, c.]. W skąpej bardzo ilości występują również środkowe, okrągłe luki o głębokich ścianach. Przemagająca więk-

szość wakuół odznacza się wyżartymi, mocno wystrzępionymi brzegami. Łuki sadowią się najczęściej przybrzeżnie. Występują one nieraz w takiej obfitości, że zawierające je włókno przypomina rurkę, wypełnioną owalno-kulistymi, przezroczystymi pęcherzykami. W miejscach największej objętości podobnych pęcherzyków włókno bywa najczęściej nieco wypukłone [rys. IV, a]. W innych znów miejscach wakuole, poprzedzielane cienkimi beleczkami istoty mięsnej, zajmują całą szerokość włókna i układają się w podłużne rzędy; powstają ztąd obrazy bardzo podobne do rys. I, d [sposzrz. I-e]. W końcu napotyka się także wcale nierzadko włókna zupełnie wyżarte, wszelkiego śladu substancji mięsnej pozbawione — są to niejako szkielety włókien [rys. IV, a]. Wśród luźnej, siateczkowato-ziarnistej masy, wypełniającej wnętrze wakuol, napotyka się blade, często na bryłki rozpadłe jądra. Mniejsze wakuole zawierają mocniej zabarwione owalne i okrągłe jądra. W przybrzeżnych wakuolach stwierdzić można nieraz grubo-ziarniste wytwory rozpadu obwodowej części włókien [rys. IV, b]. Ziarna te nie czernieją pod wpływem kwasu osmowego. [Wogóle nie można nigdzie dostrzedz oznak zwyrodnienia tłuszczowego]. W pobliżu wakuol napotyka się tu i owdzie kupkę nie prawidłowo rozrzuconych jąder. Wybitniejsze bujanie jąder występuje tylko sporadycznie; dotyczy ono przeważnie jąder przybrzeżnych. Dłuższych szeregów jąder nie widać. Komórek środkowych [por. sp. I-e], jakoteż tworów wielojądrzastych nie dostrzega się wcale. Podobnie nie napotyka się ziaren barwnikowych, ani też żadnych innych tworów ziarnistych, barwiących się zasadowymi barwnikami.

Tkanka łączna śródmiąższowa odznacza się w wielu miejscach wybitnem bujaniem komórkowem. W beleczkach pochewki wewnętrznej (*perimysium int.*) napotykamy liczne smugi tkanki, bardzo zasobnej w jądra; podobnie tkanka łączna, odgraniczająca pojedyncze włókna zawiera nieraz kolosalną ilość jąder; ulega ona przytem rozrostowi, dzięki czemu włókna mięsne są jakby porozsuwane [rys. V]. Podobny rozrost pochewki włókien nie wszędzie dochodzi do tak znacznego stopnia rozwoju. Wogóle bujanie łącznotkankowe występuje bardzo nierównomierne w rozmaitych okolicach preparatu. Zbite smugi wybujalej tkanki łącznej napotyka się najczęściej w miejscach, obfitujących w zmętniałe włókna; włókna wakuolarnie zwyrodniałe leżą w osnowie, odznaczającej się bardziej rozsianem bujaniem komórkowem.

Należy jednak zauważyć, że miejscami ilość jąder tkanki łącznej, rozgradzającej mętne i wakuolarnie zwyrodniałe włókna, nie różni się od prawidłowej. Naczynia zarówno grubsze, jak drobniejsze są wszędzie mocno bardzo nabite ciałkami czerwonymi; bardzo wyraźnie zarysowują się także naczynia włosowate, dokładnie wypełnione ciałkami krwi. Tu i owdzie napotkać można w pobliżu naczyń gromadki wolnych ciałek czerwonych. Ściany naczyń odznaczają się znaczną zasobnością w jądra; w związku ze ścianami naczyń pozostają

Rys. V.



Zeiss., B., ok. 3.

dosyć liczne ogniska nacieku okrągło - komórkowego; występują one przeważnie w beleczkach tkanki łącznej, przebiegających na granicy pęczków włókien. Komórek tłuszczowych nie napotyka się wcale, ani w pochewkach (*perimysium*), ani też pomiędzy włóknami.

W kilku drobnych wiązках nerwów, przebiegających w pochewce zewnętrznej (*perimysium ext.*), nie można dostrzedz żadnych zmian patologicznych.

Obecności drobnoustrojów nie można nigdzie wykazać. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

88. Beck. O znaczeniu rozpoznawczem tuberkuliny Koch'a.

Tuberkulina Koch'a może być dzielnym środkiem rozpoznawczym wszystkich postaci gruźlicy we wczesnym okresie, gdy nie można jeszcze stwierdzić tej choroby przy pomocy fizykalnych sposobów badania.

Bezasadność twierdzenia, jakoby wstrzykiwania tuberkuliny przyczyniały się do rozpowszechnienia sprawy gruźliczej w ustroju, wykazaną została przy pomocy doświadczeń, czynionych na wielką skalę na zwierzętach i ludziach i popartą sekcjami [na zwierzętach] przez A. EBER'a, BANG'a, VOGES'a i innych.

BANG w Kopenhadze od 1892 do 1895 r. systematycznie wstrzykiwał tuberkulinę bydłu rogatemu w liczbie 53303 sztuk, z których 20665, t. j. 38,7% dawało odczyn na gruźlicę. A. EBER, na zasadzie licznych wstrzykiwań tuberkuliny, dochodzi do smutnego wniosku, że 30—80% ogólnej liczby badanych rogatych zwierząt zarażone są gruźlicą.

Że dodatni odczyn ustroju na tuberkulinę stanowi prawie niezawodną rozpoznawczą wskazówkę, stwierdzili sekcjami na zwierzętach: B. BANG, który z 515 wołów, którym zastrzyknięto tuberkulinę, błędnie postawił rozpoznanie gruźlicy tylko w 60 przypadkach [9,7%], NOCARD, który z 124, poddanych zastrzyknięciu pomylił się raz tylko i VOGES, który z 7327 poddanych zastrzyknięciu bydła, błędnie rozpoznał gruźlicę w 204 przypadkach [2,78%]. Widzimy więc, że ilość błędnych rozpoznań gruźlicy, postawionych na zasadzie wstrzykiwań tuberkuliny, średnio stanowi zaledwie 4—6%.

EBER podał następujące normy dla sądzenia, co należy uważać za odczyn gruźliczy przy wstrzykiwaniu 0,5 ccm. tuberkuliny bydłu rogatemu.

1-o U zwierząt, których ciepłota normalna nie przekracza 39,5° C., należy uważać za niewątpliwy odczyn gruźliczy każde podniesienie się ciepłoty do 40° i wyżej, różniące się najmniej o 1° C. od najwyższej ciepłoty przed wstrzyknięciem.

2-o Jako wątpliwy odczyn, wymagający powtórnego w większej ilości [do 10 ccm. sześć.] wstrzyknięcia, należy uważać podniesienie się ciepłoty, leżące między 39,5° i 40° C., którego różnica od najwyższej ciepłoty przed wstrzyknięciem waha się między 0,5 i 1° C.

3-o Jako brak odczynu gruźliczego należy uważać podniesienie się ciepłoty, różniące się od najwyższej ciepłoty przed wstrzyknięciem mniej, niż o 0,5° C.

Poczynając od roku 1891, w instytucie chorób zakaźnych w Berlinie systematycznie stosowano rozpoznawcze wstrzykiwania tuberkuliny u pacjentów, podejrzanych o gruźlicę, zarówno jak i u rekonwalescentów po innych chorobach. Wstrzykiwania stosowano za zgodą i wolą chorych. Na 1—2 dni przed wstrzyknięciem mierzono co 2—3 godziny ciepłotę, aby ustanowić normalną ciepłotę ciała. Poczem wstrzykiwano 1 mg.; po 1—2 dniach dochodzono do 10 mg. tuberkuliny.

Jeżeli po pierwszym lub drugim wstrzyknięciu następowało podwyższenie ciepłoty, to też sama dawka dla pewności była powtarzana.

U dzieci poniżej lat 10 rozpoczynano od 0,5 mg. i co 1—2 dni wstrzykiwano 1 mg. i 5 mg.

Dzieciom poniżej 5 lat wstrzykiwano w tych samych okresach czasu dawki: 0,3 mg.; 0,5 mg.; 1 mg.; 5 mg. Ponieważ odczyn występuje dopiero po 12 godzinach, najlepiej więc wstrzykiwać około godziny 8 wieczorem. Miejsce wstrzyknięcia: skóra między łopatkami.

Po wstrzyknięciu niezbędnem jest co 2 lub 3 godziny mierzenie ciepłoty ciała.

Za odczyn gruźliczy uważa się podniesienie ciepłoty conajmniej o 0,5°, względnie do określonej poprzednio normalnej ciepłoty. Przy wątpliwych odczynach zaleca się po 1—2 dniach powtórzyć ostatnią dawkę tuberkuliny.

Owo powtórne wstrzyknięcie zazwyczaj wywołuje znaczniejszy odczyn, niż za pierwszym razem, tak że wątpliwość bywa prawie zawsze wyłączoneą.

Chorem gorączkującym nie należy robić wstrzykiwań. Roztwory tuberkuliny z domieszką 0,5% kwasu karbolowego powinny być nie dawniej przygotowane, jak na trzy dni przed wstrzyknięciem i przechowywane w ciemnym i chłodnym miejscu. Cięża w pierwszych 6-ciu miesiącach i miesiączkowanie nie stanowią przeciwskazań dla wstrzykiwań.

Opisanym sposobem od 1891 do 1897 r. w Instytucie dla chorób zakaźnych wstrzykiwano tuberkulinę 2508 pacjentom.

Z tej ogólnej liczby chorych, podejrzanych jedynie o gruźlicę było 382. Rezultaty wstrzykiwań autor podaje, jak następuje:

Forma gruźlicy podejrzananej.	Ilość wstrzykiwań.	Ilość reagujących na gruźlicę.	%
1. Katar wierzchołków płuc.	338	298	85,2
2. Gruźlica kiszek.	2	2	100
3. Pierwotne owrzodzenia krtani.	25	17	68
4. Gruźlica gruczołów	17	16	94

Rezultaty wstrzykiwań rekonwalescentom po innych chorobach wyrażają się w następujących liczbach:

Nazwa choroby.	Ilość wstrzykiwań.	Ilość reagujących na gruźlicę.	%
Influenza	106	67	63,2
Zapalenie płucnej	68	50	73,2
Zapalenie oskrzeli	66	29	43,9
Zapalenie płuc krupowe	76	27	35,5
Rozedma płuc	14	4	
Zolzy	2	2	
Rozrost adenioidnej tkanki nosa	13	12	92,3
Ozaena	4	3	
Róża twarzy	96	52	54,2
Róża innych miejsc	25	7	
Choroba ADISON'a	1	1	
Sepsis puerperalis	5	2	
Phlegmone	4	2	
Ropnie {okołonerkowe	4	2	
{podżuchwowe	2	0	
{migdałów	6	3	
Chloroza	36	19	50,3
Moczówka cukrowa	5	1	20
Tyfus brzuszny	58	27	46,5
Gościec mięśniowy	31	23	72
Gościec stawowy	82	46	56
Dyfteryt	50	11	22
Zapalenie gardła.	127	47	17
Szkarlatyna	49	18	36,7
Odra	26	8	
Ospa	6	1	
Exanthema	11	3	
Eczema	15	7	
Favus	1	1	
Psoriasis [łuszczyca]	3	2	
Choroba BASEDOWA	1	1	
Rzeżączka	106	59	55,6
Szankier miękki	57	26	46
Syfilis	143	59	41,2
Nieżyt żołądka	47	25	53,5
Wrzod żołądka	15	10	66,6
Gastroenteritis	62	29	47
Perityphlitis	13	7	53,8
Zapalenie pęcherza	8	5	
Zapalenie nerek ostre	17	4	
Wady serca	16	10	
Icterus	4	1	
Taenia	1	1	
Zapalenie okołomacicze	87	44	50
Zapalenie jajowodów	20	7	
Białe upławy	21	11	52,7
Puerperium	5	5	
Mastitis	2	2	
Mięsaki	5	2	
Raki	20	4	
Neurasthenia	23	12	
Wiąd rdzenia	5	1	
Hysteria	13	3	
Epilepsya	2	1	
Trąd	3	3	

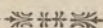
Z ogólnej liczby 2508, poddanych zastrzyknięciu pacjentów, dało odczyn gruźliczy 1525. Po odtrąceniu z tej liczby 371 przypadków różnych form noto-

rycznej gruźlicy, pozostanie 1154=54% ogólnej liczby poddanych zastrzyknięciu, gdzie tylko dzięki tuberkulinie postawiono wczesne rozpoznanie istniejącego w organizmie niewielkiego nawet ogniska gruźliczego, czy to w gruczole oskrzelowym, czy to w płucach, czyli też w innym organie, niedostępnym badaniu fizykalnemu.

Zbytecznym jest chyba dodawać, jak wielkiej wagi jest wczesne rozpoznanie gruźlicy i, co za tem idzie, wczesne stosowanie środków zapobiegawczych, nie dopuszczających przejścia choroby w okres złośliwy.

Deutsch. med. Woch. 1899. № 9.

S. Komwerski.



IX ZJAZD CHIRURGÓW POLSKICH.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 32].

Przed odpowiedzią prof. RYDYGIERA w dyskusji zabierał jeszcze głos kol. KIJEWSKI, który zaznaczył, że podział, podany przez prof. R., przemawia mu do przekonania, gdyż odpowiada tym objawom, jakich dostarcza nam klinika. Po wysłuchaniu referatu zdawało by się, że kwestya leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego jest rozwiązana, należy tylko zastosować podane wskazówki do odpowiedniego przypadku. Tymczasem przy łóżku chorego widzimy, jakie to niekiedy następują się nam trudności do określenia, czy już mamy do czynienia z ropieniem, czy też nie.

Wszystkie przytoczone tu cechy nie są wystarczające i chirurg musi się opierać na swem własnem doświadczeniu. Przy septycznem zapaleniu otrzewnej skutkiem przedziurawienia wyrostka K. otwiera jamę otrzewnej, opróżnia ją z zawartości, usuwa to, co zatruwa organizm, a nie myśli o wycinaniu wtedy wyrostka, uważając usuwanie go w takich razach za szkodliwe dla chorego.

Trudno jest żądać, aby do wszystkich przypadków *appendicitis* interniści natychmiast wzywali chirurgów. Pierwsze okresy częstokroć są tak niejasne, że nie można w zupełności zdać sobie sprawy, z czem mamy do czynienia. Chirurg wtedy nic więcej nie robi aniżeli internista.

Jednak w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, w których rozpoznanie jest niewątpliwe, mając na widoku rozmaite niespodzianki pożądanem byłoby, aby interniści zwracali się do chirurgów nie tylko wyłącznie już dla wykonania operacyi, lecz dla zasięgnięcia rady, jak postąpić w danym razie i czego spodziewać się należy.

Po przerwie kol. RUTKOWSKI demonstrował zdjęcia roentgenowskie w przypadkach kuli w czaszce, uwięźnięcia szpilki podwójnej w pęcherzu i utworzenia około niej kamienia moczowego, połknięcia płytki z zębami, fibromatu przez ucisk, zniepodobniającego kości piętowe, złamania kości podudzia, akromegalii i t. d.

Kol. GROSGLIK mówił „o zwięzieniu skórczowym przełyku jako o objawie zakażenia moczowego“. Rzecz ta będzie umieszczoną w „Gazecie Lekarskiej“.

Następnie prof. RYDYGIER przedstawił dziewczynkę, dotkniętą *kyphosis* POTRIA, z ropniem opadowym na *m. psoas* i przykurczeniem nózki lewej, u której zastosował z doskonałym wynikiem w połączeniu z opatrunkiem gipsowym przyrząd SCHEDE'go, wykonany przez fabrykę GEORGE'NA we Lwowie, nadto przedstawia model przyrządu przez tęż fabrykę zbudowanego, który użyty był u osoby dorosłej w przypadku garbu w części piersiowej, połączonego z gruźlicą płuc i dusznicą.

Kol. BOGDANIK z Białej opisał bardzo ciekawy przypadek ciąży zamalicznej, dotyczący kobiety lat 30, która już raz poprzednio rodziła. Przy pierwszym badaniu w r. 1892 B. stwierdził obecność guza kurczącego się i będącego w związku z macicą; obwód brzucha 95 ctm. W dwa tygodnie potem obwód brzucha wynosił 99 ctm. i wtedy można było skonstatować, że dziecko nie żyje. Na operację wtedy chora się nie zgodziła i dopiero w 6 lat potem [d. 10. III 1898] dokonana została laparotomia, podczas której z wielkiego guza, wychodzącego z okolicy macicy, B. wydobyl kosteczki zmacerowane 7-miesięcznego płodu. W tego rodzaju przypadkach mówca radzi przeczekać ostry okres krwawienia, ażeby przez operację nie zwiększać anemii. Zdanie to spotkało się z opozycją ze strony prof. RYDYGIERA, prof. TRZEBICKIEGO, doc. WEHRA, kol. RUTKOWSKIEGO, WOJCIECHOWSKIEGO i ZIELIŃSKIEGO. Odczyt kol. BOGDANIKA będzie drukowany w „Gazecie Lekarskiej“.

Prof. TRZEBICKI przedstawił statystykę operowanych przez siebie przypadków przepuklin sposobem KOCHER'a. Praca ta ogłoszona będzie w „Gazecie Lekarskiej“.

Dyskussya, w której brali udział doc. WEHR, doc. SCHRAMM, doc. BOSSOWSKI, doc. KRYŃSKI, prof. RYDYGIER i kol. KRASSOWSKI, doprowadziła do wniosku, że sposób KOCHER'a przy modyfikacji, zresztą przez samego autora stosowanej, a dotyczącej wgłobienia worka, daje doskonałe wyniki.

Wreszcie doc. BOSSOWSKI zabrał głos „w sprawie operacyjnego leczenia przy marskości wątroby“ i przedstawił odpowiedni przypadek.

Na podstawie przypadków opisanych przez DELAGÉNIER'a, TALMA'ę i NEUMANN'a, oraz doświadczeń, dokonanych przez TILLMANN'a na zwierzętach, prelegent omawia nowy zwrot w chirurgii wobec leczenia prześięków w jamie brzusznej, powstających w następstwie utrudnionego krążenia w żyłe wrotnej.

Celem zabiegów operacyjnych było wytworzenie cienkich, dobrze unaczynionych zrostów pomiędzy narządami jamy brzusznej [sieć, pęcherzyk żółciowy, jelita] a przednią ścianą brzuszna, przez które to naczynia, rozwijające się w zrostach, mogła by przepływać krew z trzewi brzusznych z pominięciem drogi przez żyłę wrotną. Operowane przypadki dotyczyły transudatów w przebiegu marskości wątroby, a wyniki interwencji chirurgicznej były bardzo pomyślne, gdyż puchlina więcej nie wracała, a czynność wątroby, aczkolwiek powiększonej i twardej, odbywała się prawidłowo.

Jako widoczny skutek zabiegu operacyjnego było po paru tygodniach wytworzenie się rozległych sieci żylnych, ciągnących się od miejsca operacji w ścianie brzusznej do żył międzyżebra. Koniecznym warunkiem udanego wyniku operacyjnego jest zdolność czynnościowa komórek wątrobowych, stąd też operacja powinna być dokonana we wczesnych okresach marskości wątroby.

B. po ogłoszeniu pierwszego przypadku leczonego przez DELAGÉNIER'a wykonał w sposób, przez tego autora podany, laparotomię i cholecystostomię u dziewięcynki 9-letniej, dotkniętej marskością wątroby i wielkim prześiękiem w jamie brzusznej. U chorej tej dłuższe leczenie wewnętrzne było bezowocnem, a po przekłóciu plyn w jamie brzusznej zbierał się na nowo w tej samej ilości. Wynik operacji nie był jednak tak korzystnym jak w przypadkach wymienionych powyżej autorów; jedynem dodatniem następstwem było znacznie powolniejsze gromadzenie się prześięku, tak że po trzykrotnie dłuższym czasie zbierała się w jamie brzusznej o połowę mniejsza ilość cieczy. Aby poprawić niezupełnie pomyślny wynik operacji B. zamierza raz jeszcze wykonać laparotomię, w celu wytworzenia rozleglejszych jeszcze zrostów pomiędzy siecią i jelitem z jednej a przednią ścianą brzuszna z drugiej strony; równocześnie zamknięta będzie przetoka woreczka żółciowego, która, jak dalsze spostrzeżenia

wykazały, nie ma innego znaczenia, jak wytwarzanie dobrze unaczynionych zrostów pęcherzyka żółciowego ze ścianą brzuszną.

W dyskusyi doc. SCHRAMM zaznacza, że wyniki opisanej przez prelegenta operacyi w najpomyślniejszych nawet przypadkach będą krótkotrwałe, gdyż zrosty z biegiem czasu stają bardziej zbitymi, stąd też unaczynienie jest gorsze, a krążenie oboczne znowu się utrudnia. Cholecystostomię S. uważa za zbytęcną; w przypadkach w których tą operacyę dokonywano, chodziło o *cirrhosis hepatis infectiosa*.

Doc. KRYŃSKI zwraca również uwagę na fakt, że w przypadku DELAGÉ-NIER'a była żółtaczka i dla tego też wskazanie do cholecystostomii stanowiła sama istota choroby.

Doc. BARĄCZ sędzi, że laparotomia działa pożytecznie, wytwarzając lepsze stosunki odżywcze. Na dowód tego przytacza przypadek, w którym operacya radykalna przepukliny pępkowej u chorego, dotkniętego marskością wątroby, przeszkodziła na czas dłuższy gromadzeniu się płynu w jamie otrzewnej.

Kol. KIJEWSKI nie rokuje powodzenia tej operacyi, nie usuwającej istoty cierpienia, lecz tylko jeden objaw, który, jak w przypadku prelegenta, jednak powraca. Tak wielki zabieg nie odpowiada wynikom. Cel operacyi, wytworzenie zrostów, przez które odbywałoby się krążenie oboczne, nie zostaje osiągnięty, gdyż zrosty albo się rozrywają, albo zbytęcznie grubieją, utrudniając krążenie. Według zdania kol. KIJEWSKIEGO należałoby wykonać doświadczczenia na zwierzętach w celu przekonania się, o ile przez takie zrosty odbywać się może obieg krwi. Wreszcie mówca uważa przetokę żółciową w operacyi, dokonywanej przy marskości wątroby, za bezcelową.

Doc. CIECHANOWSKI jest zdania, że laparotomia może mieć korzystny wpływ w przypadkach wolno przebiegających, usuwając stale lub choćby tylko częściowo nagromadzenie się płynu. Samo uniknięcie częstych przekłówań powłok brzusznych, nie zupełnie zresztą niewinnych, posiada dość ważne znaczenie. Z drugiej zaś strony nie należy zapominać, że znaczne zrosty mogą wpływać niekorzystnie na czynność kiszki i że zupełne niemal wykluczenie krążenia wątrobowego i zamiana jego na krążenie oboczne wprowadzić może do krwiobiegu szkodliwe produkty, wytwarzane w kiszkach, bez uprzedniego ich zobojętnienia. C. nie zgadza się z poglądem kol. KIJEWSKIEGO co do znaczenia doświadczeń na zwierzętach w omawianej sprawie z tego powodu, że u zwierząt nie łatwo można otrzymać zmiany w wątrobie, któreby co do charakteru żenia odpowiadały zboczeniom, napotykanym w wątrobie u człowieka.

[D. c. n.].

Pruszyński.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— 1 —

SZANOWNY REDAKTORZE!

Z powodu notatki lekarskiej w numerze 31 „Gazety“, w której kol. Wozński przytacza przypadek tężca u noworodka, wyleczony stosowaniem *extracti fabae calabaricae*, mam zaszczyt prosić o łaskawe umieszczenie kilku słów wyjaśnienia.

Extractum fabae calabaricae, pod postacią wstrzykiwań podskórnych, stosowałem w dwunastu przypadkach tężca u noworodków w praktyce szpitalnej i prywatnej. W dwóch przypadkach przebieg cierpienia był przewlekły, objawy choro-

bowe zmniejszyły się w nateżeniu, jednak nie zupełnie ustąpiły. Ostateczny wynik leczenia u tych dwóch chorych nie jest mi wiadomym, ponieważ w takim stanie straciłem ich z oczów. Całkowite wyleczenie cierpienia spostrzegąłem tylko w dwóch przypadkach. W przypadkach pozostałych zejście było niepomysłne.

Racz przyjąć Szanowny Redaktorze i t. d.

L. Rabeli.

Wiadomości drobne.

— W ostatnim (II) zeszytcie „Pamiętnika W. T. Lekarskiego“, b. docent A. Hołowiński podał artykuł¹⁾: „O mikrotonicznym badaniu fal tętna i serca“, który jest uzupełnieniem dawniejszej rozprawy autora [„Metody fizyologiczne“], zamieszczonej w „Pamiętniku“ r. 1891.

Dla objaśnienia treści artykułu omówionego, należy przypomnieć, że sfigmogramy i kardyogramy nie wywierają bezpośrednio żadnych wrażeń słuchowych, a to z powodu niedostatecznej ich częstości. Jeżeli jednakże przyłożymy do tętna odpowiedni mikrofon [włączony do obwodu ogniwa galwanicznego i telefonu], to usłyszymy wówczas szereg szmerów sztucznych, które są synchroniczne z punktami wygięcia odnośnej fali graficznej i stąd wypływa możność określenia kształtu danej fali z wysłuchiwania telefonicznego jej szmerów mikrofonicznych.

Próby fizyologicznego zastosowania mikrofonu są dawne [r. 1876 — HUGHES], ale dziś są one już niemal zapomniane. Wszystkie dawniejsze przyrządy tworzyły bowiem w telefonie szmery mało prawidłowe lub też przerywane, a każda zmiana pochylenia wymagała zmusnej i ponownej regulacji przyrządu. Otóż wymienionym wadom zapobiega nowy, tak zwany „rytmofon“ prof. Hołowińskiego [dla odróżnienia od niego mikrofonu t. z. „kardyofonu“, służącego do fotografowania tonów serca — por. „Gazeta Lekarska“, r. 1896]. Wynalazek ten stanowi kombinację mikrofonu z pantografem, wskutek którego ruch samego tętna jest dwanaście razy zmniejszonym przy zetknięciu [kontakcie] mikrofonicznym platyny i węgla. W tym razie, największe amplitudy pulsu lub serca nie zrywają prądu w rytmofonie i nie zmieniają jego regulacji, a to niezależnie od dowolnych zmian pochylenia przyrządu.

Niezależnie od zastosowań fizyologicznych rytmofonu, służyć on może do diagnozy pulsu, zwłaszcza też tętnicy promieniowej (*a. rad.*), której cechy charakterystyczne [względnie] najdokładniej są poznane. I tak, przy niewielkiej wprawie ucha, można łatwo odróżnić ostry wierzchołek sfigmogramu od wierzchołka płaskiego, zmiarkować stopień „dykrotyzmu“, rozpoznać wygięcia wierzchołków wtórnych i t. d. Wprawdzie wszystkie owe cechy podaje nam bezpośrednio sfigmograf, a to niewątpliwie dokładniej na obrazie graficznym, aniżeli za pomocą jego wysłuchiwania telefonicznego. Nie wyklucza to jednak użyteczności dopełniającego badania pulsu za pośrednictwem rytmofonu.

Wiadomo bowiem, że, przy arhythmii serca, potrzeba dłuższej i ciągłej obserwacji, aby śledzić za odmianami tętna, ku czemu sfigmograf [wykreślający jednorazowy tylko krótki szereg fal] jest mniej odpowiedni, aniżeli dowolnie przedłużona auskultacja telefoniczna.

Na tablicy litograficznej, dołączonej do rozprawy autora, ustrój mechaniczny rytmofonu objaśniony jest dokładnym rysunkiem, a nadto zamieszczone są liczne fale

¹⁾ Drukowany współcześnie w „Zft. f. klin. Medicin“, t. 37. Z. 3 i 4.

graficzne, które wykazują zależność pomiędzy ich kształtem a sztucznymi szmerami telefonu.

— W przypadku tężca połogowego zastosował LEYDEN z dobrym skutkiem antitoksynę BEHRING'a, wstrzykując ją kilkakrotnie do worka opony twardej rdzenia kręgowego (*dura mater spinalis*) według metody QUINCKE'go (*Lumbarpunction*). Dodać jednak należy, że jednocześnie wstrzykiwano chorej podskórnie antitoksynę TIZZONI'ego. Ogółem chora otrzymała 9 grm. antitoksyny, a mianowicie 4 grm. surowicy BEHRING'a i 5 grm. TIZZONI'ego.

Berlin. klin. Wochenstrift. № 20.

Z.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski* № 32. R. URBANIK. O ranach postrzałowych wątroby. M. ŚWITALSKI. Przyczynek do etyologii paralizu postępowego (*dementia paralytica*) [C. d.]. I. KADYI. Przypadek tężca urazowego. — *Medycyna* № 32. K. STRÓŻEWSKI. Uraz jako przyczyna cierpienia nładu nerwowego. [Dok.]. K. SACEWICZ. O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. — *Przegląd Dentystyczny* № 7. A. CZARNOWSKI. Przyrządzenie gipsowego wycisku i modelu. W. ZIELIŃSKI. O przypadkach przy wyjmowaniu zębów. [C. d.].

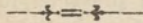
ZA POŚREDNICTWEM REDAKCYI GAZETY LEKARSKIEJ

Na sanatorium dla suchotników [salę lekarską]:

złożyli:

DR. LUDWIK CZYŻEWSKI z Wiślicy [gub. Kielecka] rb. 1, DR. WIKTOR STANISZEWSKI [z Białegostoku] rb. 5, razem rubli 6, łącznie z poprzednimi rubli 832.

DO PP. PRENUMERATORÓW.



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

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. lipiec 1899.

Sprostowanie: W № 32 na str. 847, w. 27 od dołu—zam. *perforatora* powinno być *perforativa*.

Wydawca, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 5 Августа 1899. Друк Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

RZĄDOWO UPRAWNIONY
ZAKŁAD FABRYCZNY
WÓD MINERALNYCH SZTUCZNYCH

i specjalnie lekarskich

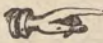
Odnaczony 12 medalami zasługi i dyplomem honoru
w KRAKOWIE, ul. Św. Gertrudy Nr. 4.

Wody mineralne sztuczne:

- Selterska**, używana w katarach oskrzeli i płuc, flaszka 16 ct.
Bilińska, używana w katarach wszelkiego rodzaju, w zaduszcze i cierpieniach przewodu pokarmowego, flaszka 15 ct.
Vichy, powszechnie znana i zalecana, flaszka duża 40 ct., mała 25 ct.
Giesshüblerska, czysta szczawa, alkaliczno-sodowa, jako napój zwykły i dyetyczny, flaszka $\frac{1}{2}$ litrowa 10 ct., $\frac{3}{4}$ litr. 14 ct.
Kissingen Rakoczy, flaszka 20 ct.
 Na wzór wody Maryenbadzkiej, flaszka 20 ct.

Wody specjalne lecznicze:

- Żelazista** (z pyrofosforanem żelazowym), wyborny środek w bezkrwi-
stości i blednicy, mocniejsza 25 ct., słabsza 22 ct.
Jodowa, flaszka 20 ct.
Litowa, środek w cierpieniach pęcherza moczowego i artrytyzmie,
flaszka 15 ct.
Bromowa, przeciwko słabościom nerwowym, migrenie, histeryi, epilepsyi, bezsenności itp. używana na zlecenie lekarza, mocniejsza 28 ct., słabsza 20 ct.
Kwaśna Sodowa, na zlecenie lekarza w słabościach żołądka używana,
flaszka 15 ct.
Woda Alkaliczna (*Aqua alcalina effervescens*) mocniejsza 30 ct. słabsza 20 ct. } Według przepisów
Woda Ziemna (*Aqua calcinata*) 30 " " 20 " } Prof. D-ra
Woda Magnowa (*Aqua magnesia carb.*) 30 " " 20 " } W. Jaworskiego.

 Przyrządzenie wód odbywa się pod kontrolą
KOMISYI LEKARSKO-PRZEMYSŁOWEJ TOW. LEKARSKIEGO,
Brozury przesyła się na żądanie franko.

K. Rząca i Chmurski,
właściciele zakładu.

Według orzeczenia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego,
wody mineralne sztuczne tego Zakładu odpowiadają swym składem
chemicznym w zupełności wodom naturalnym.

SKŁAD
WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
 PRZY APTECE
FR. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna 39, telef. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco gratis. 52—33

Ekspedycya szybka i akuratna.

Dostawa na wszystkie dworce dróg żelaznych

JENERALNA REPREZENTACYA

na Królestwo Polskie wód Contrexeville, Fachingen i Selters.

SKŁAD GŁÓWNY LIMFY D-ra TCHÓRZNICKIEGO.

H. Kucharzewski

GŁÓWNY SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy Aptece, ulica Miodowa Nr. 4.

Z tegorocznych czerpań nadeszły bezpośrednio wprost od wszystkich Europejskich źródeł jak i krajowe wody mineralne wraz z produktami leczniczymi z tychże źródeł. — Broszury, cenniki, wskazówki zachowywania się przy wodach dołączane będą na żądanie, o czem mam honor zawiadomić WW. PP. Doktorów i Szanowną Publiczność.

Telefon 274.

H. KUCHARZEWSKI, Mag. Farm.

12—9

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

25—6

D-ra Juliana Steinhausa

przeniesioną została na ul. Wspólną Nr. 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne guzów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków i t. p. dla celów dyagnostyki lekarskiej.

Podręcznik Rozpoznawczo - Leczniczy

dla użytku

12—16

LEKARZY i STUDENTÓW

zestawiony przez D-rów

H. Schmidta, A. Lamhofer'a, L. Friedheim'a i S. Donat'a
 spolszczył [z 2-go wydania niemieckiego]

Dr. ALEKSANDER FRUCHTMAN.

Cena rub. 3.