

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. O ucieczkach automatycznych.

(Fugues. Automatisme ambulatoire. Dromomania).

Podał

*Dr. med. Ludwik E. Bregman.*

Ordynator szpitala Starozakonných w Warszawie.

(Dokończenie).

Charcot, który jeden z pierwszych zajął się zbadaniem „automatisme ambulatoire“, zalicza go do cierpień natury padaczkowej. Wiadomo, że w padaczce po napadzie drgawkowym, lub w jego następstwie (psychisches Aequivalent) spostrzegamy okresy zaćmienia świadomości, w czasie których chory automatycznie dokonywa różnych czynów, często też wydała się z domu, nie zachowując o tem wcale pamięci. Napady te, jak słusznie zaznaczył Charcot, różnią się od t. zw. „automatisme ambulatoire“, tem, że 1) trwają krótko, zwykle niedłużej nad kilka minut; 2) że chorzy ci dopuszczają się czynów występnych (zabójstwo, samobójstwo, zgwałcenie, podpalenie) lub nieprzyzwoitych (pokazują swe części płciowe, urynują publicznie i t. p.). Znane jednak są przypadki, w których automatyzm padaczkowy był bardziej zbliżony do zwykłych „fugues“. Tak np. Raymond opowiada o chorym epileptyku, który w czasie swych „absences“ odbywał półgodzinne i dłuższe wycieczki. Podobne przypadki opisali Falret, Legrand du Saulle i H. Jackson.

Z drugiej strony t. zw. fugues lub automatisme ambulatoire spostrzegano kilkakrotnie u osobników, bądźto cierpiących na padaczkę, bądźto w wywiadach wykazujących pewne antecedentia epileptyczne (drgawki w dzieciństwie, padaczka rodziców lub krewnych). Skutkiem tego oraz podobieństwa ucieczek automatycznych do niektórych postaci „absence postepileptique“ zrodziło się przypuszczenie, że w tych przypadkach nawet, w których brak dostatecznych danych dla rozpoznania padaczki, ucieczki niemniej jednak są natury padaczkowej.

Chory Charcota nie ulegał nigdy napadom epileptycznym, nikt z jego rodziny nie był również tem cierpieniem dotknięty, mimo to Ch. określa jego ucieczki wprost jako „epilepsia larvata tarda“ (pierwsza ucieczka w 35-ym roku życia), a na poparcie tego mniemania przytacza głównie tę okoliczność, że preparaty bromowe w przypadku tym były bardzo skuteczne. Z późniejszych wszelako doniesień Dutila i Sousa, dotyczących tego samego chorego, dowiadujemy się, że pomimo bromu, w zwiększonej nawet dawce, ucieczki niejednokrotnie jeszcze i częściej nawet się powtarzały. Wywiady, zebrane u najbliższej rodziny, wykazały nadto, że, wbrew przypuszczeniu Charcota, ucieczki niezupełnie były pozbawione motywów, gdyż chory znikał zwykle nazajutrz po sprzeczkach z rodziną. Co się tyczy wreszcie amnezyi, to Charcot sam zauważył, że nie była ona całkowita, że chory pamiętał dobrze niektóre epizody ze swych wędrówek: „pamięć, powiada on, może być w części zachowana, zawsze jednak jest jakby przyćmiona, tak jak się pamięta sny.“

Gdy jedni autorzy wraz z Charcotem zaliczali „ucieczki“ (fugues) do cierpień padaczkowych, inni dopatrywać w nich zaczęli powinowactwa z histeryą. Niektórzy spostrzegali u chorych znamiona tej nerwicy lub charakterystyczne napady drgawkowe, inni objawów tych nie znajdowali, a przekonania swe opierali głównie na spostrzeżeniu, opisanem po raz pierwszy przez Tissie, a potwierdzonem przez innych (Jules Voisin, Duponchel, Proust, Pitres), że chory, który stracił pamięć z okresu wędrówki, odzyskuje ją w stanie hypnotycznym, po przebudzeniu zaś na nowo występuje amnezya. Ponieważ tego rodzaju rozszczepienie osobistości (dedoublement de la personnalité) spostrzega się li tylko w histeryi, zatem i automatyzm wędrówkowy do nerwicy tej włączyć wypadało.

Dalej jeszcze posuwa się w swem wnioskowaniu Raymond. — Chory jego nie dał się wprowadzić w stan hypnotyczny, natomiast pamięć powróciła sama wśród okoliczności rzucających ciekawe światło na sprawę.

P., mieszkaniec Nancy, buchalter, człowiek zdolny i wykształcony, bardzo wrażliwy, usposobienia awanturniczego, po raz pierwszy w życiu uległ napadowi automatyzmu. Powracając z kawiarni do domu, poczuł nagle silny ból głowy; co się z nim później stało nie pamięta, przytomność odzyskał w polu w bliskości Brukselli. W jaki sposób przebył długą przestrzeń między Bruksellą i Nancy, nie wie, z dzienników przekonał się, że spędził w drodze dni 8. Zapisawszy się do szpitala Salpêtrière, był w nocy bardzo niespokojny, mówił przez sen; zrozumieć można było wyraźnie słowa: „dobrze, zgoda“; były to słowa, któremi pożegnał swego sąsiada, wychodząc z domu na początku swej „fugue“. W kilka dni później po rozmowie z bratem chory był zupełnie zmieniony, ból głowy znikł, pamięć w wielkiej części wróciła. Następnego dnia znalazł w kieszeni list polecający do zakładu dobroczynnego w Brukselli, co jeszcze bardziej się przyczyniło do wskrzeszenia w pamięci wszystkich wydarzeń z ubiegłego tygodnia. Rzecz cała wyjaśniła się w ten sposób, iż chory na miesiąc przed ucieczką dowiedział się od brata, że posiadany został o niemoralny stosunek z jedną panią; od tego czasu czuł się zdenerwowany, zdawało mu się, że policya go ściga. Ucieczka była dalszem następstwem tej idée fixe, pamięć zaś powróciła, gdy brat mu oświadczył, że wie, iż oskarżono go niesłusznie.

Spostrzeżenie to streściliśmy bardziej szczegółowo, ponieważ dowodzi, jak wielką rolę w „ucieczkach“ odgrywać mogą motywa ukryte, jak jedna taka idée fixe opanować może w zupełności świadomość chorego. W naszym przypadku podobna idea — myśl o zmarłym bracie — również ważne, jak widzieliśmy, miała znaczenie; łącząc się jednak bardziej nieco ze zwykłym stanem świadomości chorego, nie spowodowała tak wyraźnego rozszczepienia osobistości, jak w przypadku Raymonda.

Przypadki, w których pamięć z wędrowki nie jest całkowicie zatarta, Raymond oddziela od epileptycznych i histerycznych, i, przeciwstawiając je tamtym jako „impulsions conscientes“, tworzy z nich trzecią grupę „fugues des dégénérés ou des psychasthéniques“ (ponieważ osobniki dotknięte odznaczają się zmniejszoną opornością umysłową). Do tej kategorii należy chory Souques'a: nie był on ani epileptykiem, ani histerykiem, a miewał peryodyczne napady dipsomanii; po każdym napadzie czuwał potrzebę chodzenia i po paru dobach dopiero wracał do domu, pamiętając dobrze wszystko co robił.

Raymond opisuje chłopca 10-letniego, który w ciągu paru miesięcy 8 razy uciekał z domu i pozostawał tak długo, póki go głód do powrotu nie zmusił. Chłopiec ten, dziedzicznie obarczony, nie

okazywał żadnych objawów ani histeryi, ani epilepsyi; zdolności miał dobre, charakter bardzo zły. Pytany o przyczynę, dla której uciekał, odpowiadał tak samo, jak nasz chory: „jakaś siła pcha mnie naprzód, tak jakby mnie człowiek pchał“. Do jakiego stopnia chłopiec ten ulegał sugestyi, dowodzi fakt następujący: w czasie bytności w szpitalu jeden z chorych wyłomaczył mu, że największą rozkosz dla Parzyżanina stanowi przespać się pod mostem; w pierwszej ucieczce po wypisaniu się znaleziono go też śpiącym pod mostem.

Naszego chorego zaliczylibyśmy mogli do tej samej kategorii. W dzieciństwie miewał on wprawdzie napady drgawek epileptoidnych, ale po 1-ym roku życia napady te już się nie powtarzały. Bezpośrednio przed ucieczką, lub w czasie wędrowki, o ile z wywiadów wnioskować możemy, również objawów epileptycznych nie było. — Same ucieczki częściowem przynajmniej zachowaniem pamięci, brakiem jakichkolwiek czynów gwałtownych lub występnych, długiem trwaniem wreszcie różnią się od stanów automatycznych właściwych padaczce. Dla rozpoznania histeryi brak wszelkich danych. Nie ulega natomiast wątpliwości, że chłopiec nasz jest dziedzicznie ciężko obciążony: dziadek jego uległ chorobie nerwowej, ojciec zmarł obłąkanym, siostra ojca również umysłowo nie była normalną, kilkoro rodzeństwa zmarło w konwulsjach. Chory sam, prócz zębów nieprawidłowych, nie przedstawia wybitnych oznak degeneracyjnych. Charakter ma dobry, uczciwy, zdolności umysłowe dobrze rozwinięte, brak mu tylko skupienia uwagi, wytrwałości w pracy. Jest bardzo wrażliwy, a w jakim stopniu ulega sugestyi, dowodzi wypadek z jego bytności w Berlinie: dość było pewnego podobieństwa jednego chłopczyka, którego gdzieś spotkał, do zmarłego brata, ażeby zbudzić w nim myśl, że to jest brat sam, a autosugestia ta utrzymała go przez rok cały w bliskości owego chłopca.

Co się tyczy motywów, to myśl o zmarłym bracie, która była przyczyną pierwszych ucieczek, i teraz jeszcze okazuje wpływ wielki, działa jednak, jak się zdaje, w ukryciu, nie dochodząc w chwili ucieczki do świadomości chorego. Tak samo, jak inni chorzy tego rodzaju, chłopiec nasz utrzymuje, że jakaś siła wewnętrzna, coś dla niego niezrozumiałego, zniewała go do opuszczenia domu rodzicielskiego wbrew jego woli, która bezskutecznie usiłuje zwalczyć ów popęd. Ten impuls wewnętrzny, zbliżony do innych, spostrzeganych również u osobników zwyrodniałych, jak np. pyromania, kleptomania, dipsomania, otrzymał odpowiednią nazwę „dromomania“ (Régis). Leży on, zdaniem naszym, w osnowie wszystkich przypadków „automatisme ambulatoire“ zarówno tych, w których pamięć jest zachowa-

na, jak i tych, gdzie jest w mniejszym lub większym stopniu znieśiona, a stanowi tło dla tych nawet, w których (przypadek Reymonda<sup>1)</sup>, nasz) pewne idées fixe daje powód ku ucieczkom.

Z tego, co wyżej powiedzieliśmy o różnych postaciach tego cierpienia, widać, że różnice między nimi nie mają wartości bezwzględnej. W przypadkach, zaliczanych do epilepsji, pamięć może być częściowo zachowana, w histerycznych powraca ona niekiedy sama bez pomocy hypnozy. Również trudno odnaleźć różnicę w motywach, powodujących ucieczki. Spostrzeżenie Charcota pokazuje, że w tych razach nawet, kiedy ucieczki mają pozór zupełnie automatyczny i dlatego zaliczają się do epileptycznych, wykryć można pobudki najpospolitsze. Nasze spostrzeżenie znowuż dowodzi, że w przypadkach, mających wszelkie cechy „impulsion consiente“ wpływać może w ciągu lat wielu, zupełnie tak samo jak w histeryi, idea ukryta, kierując postępowaniem chorego.

U wszystkich tych chorych istnieje niewątpliwy popęd ku opuszczeniu miejsca pobytu, któremu ebery w każdym wypadku zadość czyni z tych lub owych pobudek dla normalnego człowieka zupełnie niewystarczających<sup>2)</sup>. Są to ludzie ciężko obciążeni pod względem

1) Chory ten, rodem z Lotaryngii, mając lat 17, opuścił ten kraj, nie chcąc zostać żołnierzem niemieckim. Przybywszy do Paryża, przyłączył się wkrótce do jednej misji i udał się wraz z nią do południowej Ameryki. Raniony na początku samej wyprawy, przewieziony został do Buenos-Ayres, a stamtąd po wyleczeniu z powrotem do Francji. Wkrótce potem zapisał się do innej misji, przeznaczonej do Gabonu i pozostał w Afryce przez 2 lata.

2) Oprócz spostrzeżeń już cytowanych, możemy przytoczyć jeszcze przypadek Tissié i Pitres'a: chorzy tych autorów przebiegali wzdłuż i wszerz całą Europę, nie mogąc powstrzymać się od zwiedzenia wszystkich miejscowości, o których cokolwiek dobrego usłyszeli; obaj byli histerykami z wyraźnymi stigmatami nerwicy. Do tej samej kategorii należy oczywiście przypadek, podany kilka tygodni temu w „Kur. Warszaw.“ p. t. „Wieczny tułacz“. Jeden z mieszkańców naszego miasta, pracownik uczciwy, skromny i obciążony obowiązkami rodzinnymi, posiada syna, obecnie 16-letniego chłopca, zdradzającego wyraźne instynkty „wiecznego tułacza“. Do 12-go roku życia malec uczęszczał do szkoły elementarnej, następnie do gimnazjum; uczył się dość pilnie i wogóle nie zdradzał żadnych zbroceń umysłowych. Odtąd jednak zaczął peryodycznie porzucać dom rodzicielski i puszczać się na bliższe i dalsze podróże. Za każdym razem, po kilkumiesięcznej nieobecności, chłopiec powraca obdarty, głodny i niechętnie mówi o wycieczce, jakby się jej wstydził; odpocząwszy, wstępuje do warsztatu, z którego po pewnym czasie znika bez wieści. W ciągu ubiegłych czterech lat, o ile sprawdzić zdołano, malec, podróżując pod ławkami wagonów lub w zakamarkach okrętów, zwiedził Konstantynopol, Rumunię, był kilkakrotnie w Petersburgu i Moskwie, skąd go zwracano do Warszawy drogą administracyjną, był sługą folwarcznym, pasterzem i owczarkiem

dziedzicznym, którzy często sami również przedstawiają pewne oznaki degeneracyjne. U niektórych stwierdzić można objawy histeryi lub epilepsyi, ta okoliczność jednak nie może, zdaniem naszym, dać powodu do wyróżniania tych przypadków jako histerycznych lub epileptycznych. Czy zaś w sposobie powstawania ucieczek, w ich „psychologii“ uda się, jak utrzymuje Raymond, znaleźć cechy dostateczne dla wyodrębnienia owych postaci wydaje się nam na zasadzie naszego własnego spostrzeżenia, zarówno jak i przejrzania odnośnej literatury, rzeczą wątpliwą.

Powracając raz jeszcze do naszego przypadku, chcielibyśmy zwrócić uwagę na objaw, którego w dostępnej mi kazuistyce nie spotkałem, mianowicie halucynacye wzrokowe. Treść ich wskazuje na to, że były one wpływem idei, stanowiącej główną pobudkę ucieczek. Z jaką siłą zapanowały one nad stanem świadomości chorego, dowodzi to, iż przestał on równocześnie odbierać wrażenie rzeczywiste: wyżełek, który cały czas mu towarzyszył, powiada on, znikł wraz z pojawieniem się omamów zmysłowych i wrócił dopiero po zniknięciu tych ostatnich. Do powstania halucynacyi przyczyniło się niewątpliwie osłabienie ustroju kilkudniowem włożeniem się w zimnej porze roku przy niedostatecznem odżywianiu.

Na zakończenie tej pracy słów kilka o leczeniu omawianej choroby. Wyżej już wspomniałem, że podawanie bromu nie daje wyników stałych, gdyż pomimo tego środka napady nie ustają. Wobec tego jednak, że w niektórych przypadkach środek ten okazał się do pewnego stopnia skutecznym i wobec wielkiej wrażliwości tych chorych, uważamy za właściwe podawanie bromu w każdym takim przypadku przez czas dłuższy. Najważniejszem jest leczenie psychiczne, czy to pod postacią hypnotyzmu lub też sugestyi à l'état de veille; leczenie to jednak wobec natury cierpienia jedynie w zakładzie specjalnym dla chorych umysłowych racjonalnie przeprowadzom być może.

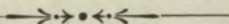
### Literatura.

Charcot. Leçons du Mardi à la Salpêtrière, 1878 — 88, p. 155, 1888—89, p. 303.

Tissié. Les aliénés voyageurs Thèse de Bordeaux, 1889.

w rozmaitych okolicach kraju, tułał się po Księstwie Poznańskiem i na Szląsku. Nie przeszkadzało mu to pracować w przerwach w Warszawie u ślusarza, stolarza i garbarzy; w r. z. umieszczono go w pewnym tutejszem gimnazyum prywatnem, lecz po kilku dniach chłopiec zemknął do Finlandyi.

- J. Voisin. Semaine médicale, 1889, 10 sierpnia.  
 Duponchel. Étude clinique et médico-légale des impulsions morbides.—  
 Annales de l'hygiène publique, 1888, lipiec.  
 Proust. Bulletin médical, 1898.  
 Pitres. Leçons cliniques sur l'hystérie, t. 2.  
 Raymond. Clinique des maladies du système nerveux, I, 1896.  
 Souques. Automatismes ambulatoires chez un dipsomatique—Archive de  
 neurologie, 1892.  
 Sous. De l'automatisme comitial ambulatoire, Th. de Paris, 1890.  
 Westphal. Superarbitrium der K. wissensch. Deput. f. d. Medizinalwesen  
 u. d. wegen unerlaubter Entfernung im wiederholten Rück-  
 fall angeklagten Musketier etc. ges. Abhandlungen. Tom I.  
 Régis. Un cas d'automatisme ambulatoire hystérique Journ. de méd.  
 de Bordeaux N. 8 et 26 ref. Arch. de Neur., 1894.  
 Fournier, Kohne, Gilles de la Tourette. Rapport médico-légal sur un  
 militaire déserteur atteint d'automatisme ambulatoire. Nouv.  
 iconogr. de la Salpêtrière, 1895, N. 6.  
 Pitres. Congrès des Aliénistes et des Neurologistes. Bordeaux, 1895.  
 Géhin. Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire du vaga-  
 bondage impulsif. Th. de Bordeaux, 1894.



## II. POGLĄDY WSPÓLCZESNE

# NA ISTOTĘ CHOROBY ADDISONA

z powodu przypadku tej choroby.

PODAŁ

*Dr. W. Miłkaszewski.*

Asystent szpitala Dzieciątka Jezus.



(*Dokończenie*).

Takim jest stan naszych wiadomości o chorobie Addisona po 44-letnich latach od chwili ujęcia szeregu opisanych objawów klinicznych w jedną postać chorobową, której źródłem miały być zmiany w nadnerczach. Pomimo licznych badań i spostrzeżeń klinicznych, pojmowanie istoty choroby brązowej nie pogłębiło się znacznie. Zapewne ważną zdobyczą są doświadczenia na zwierzętach, które wykazały, że nadnercze jest narządem, niezbędnym do życia ustroju i że pełni pewne czynności przeciwdziałające samozatruciu, jak chcą jedni, lub wytwarza ciała, pobudzające działalność układu naczyniowego i oddechowego, jak sądzą inni; ważnemi są prace, wskazujące

na pewien związek anatomiczny i fizyologiczny pomiędzy nadnerczem i układem nerwowym. przeważnie współczulnym; ważnemi są zdobyte anatomo-patologiczne, zwłaszcza statystyka z tej dziedziny, wykazująca współistnienie choroby nadnercza z objawami klinicznymi choroby Addisona w 88% przypadków; ważnemi są badania nad zabarwieniem skóry, sprowadzające zabarwienie jej do warunków miejscowych w tym narządzie; ważnemi są badania kliniczne; bogata kazuistyka, spostrzeżenia lecznicze i t. d.; lecz wyniki całego tego dorobku naukowego nie pozwalają jeszcze dotychczas sformułować jasno zdania o istocie choroby.

Współczesne poglądy na tę sprawę można sprowadzić do dwóch: jedni badacze czynią nadnercze odpowiedzialnem za całokształt choroby, inni widzą w niej tylko objawy choroby nerwu współczulnego.

W ostatnich czasach Mühlmann<sup>1)</sup> kładzie wielki nacisk na brenzkatechinę, którą znalazł w wyciągu nadnercza i uważają za ciało, które zatrzuwa chorych na chorobę brązową i sprowadza obraz kliniczny samozatrucia; pogląd ten nie różni się niczem istotnem od dawniejszych.

Większość badaczy łączy obydwie poglądy i uważa chorobę Addisona za mieszaną (nadnerczowo-nerwową), ponieważ w 12% przypadków tej choroby nadnercze bywa nienaruszone, a w znacznej ilości innych nie znajdujemy zmian widocznych w układzie współczulnym.

Na tym gruncie stoją obecnie Fleiner<sup>2)</sup>, Kahlden<sup>3)</sup>, Boinet<sup>4)</sup>, Neusser<sup>5)</sup>, Chvostek<sup>6)</sup> i inni.

Nowemi poniekąd są poglądy Neussera, który uważa nerwy trzewiowe za odżyweze (troficzne) i wydzielnicze (sekrecyjne) dla gruczołu nadnercza i w tem właśnie dopatruje się ściśłego związku pomiędzy temi narządami: gdziekolwiek będzie umiejscowiona sprawa chorobowa, upośledzająca lub znosząca czynności nadnercza, czy to będzie miało miejsce w samym gruczole, czy w nerwach trzewiowych, dochodzących do niego, czy w ganglion coeliacum, czy w ośrodkach rdzeniowych nerwów trzewiowych; — zawsze będą dostateczne przyczyny do powstania zaburzeń, jakie spostrzegamy w chorobie Addisona, ponieważ czynność nadnercza zostanie zniesiona.

1) Deutsch. Med. Woch., 1896, n. 26.

2) Saml. Klin. Vortr. Volkmann's, 1892, n. 38.

3) Centralbl. f. alg. Path. u. Path. Anal., 1896.

4) Revue de Méd., n. 2, 1897.

5) Op. citata.

6) Op. citata.



Jak wytłómaczyć na zasadzie takiego pojmovania istoty choroby Addisona całokształt jej objawów?

Upadek sił postępujący, wyczerpanie stopniowe tłómaczymy na zasadzie doświadczeń Szymonowicza, Cybulskiego, Olivera i t. d. przez spadek ciśnienia ościennego krwi. Spadek ten, zależny od rozszerzenia naczyń krwionośnych, od utraty ich napięcia (tonus), wywołuje przekrwienie bierne narządów jamy brzusznej i niedokrwistość reszty narządów. Taki niewłaściwy podział krwi prowadzi do osłabienia sprawności narządów słabiej ukrwionych (układ nerwowy mięśnie) i do zaburzeń chorobowych w narządach, przepelnionych krwią. Ten ostatni moment oraz podrażnienia nadnerczy (Jacoby) są przyczyną zaburzeń żołądkowo-kiszczowych.

Cały szereg objawów niedokrwistości przy normalnym stanie krwi znajduje swoje tłómaczenie również przedewszystkiem w znacznym spadku ciśnienia ościennego.

Jeżeli do upośledzenia ciśnienia krwi wskutek braku wytworu nadnercza, pobudzającego działalność narządów ustroju, dodać jeszcze możność samozatrucia, to te dwie przyczyny objaśnią nam całość obrazu choroby Addisona prócz jedynie zabarwienia skóry. Ten ostatni objaw przedstawia największe trudności do wytłómaczenia. Neusser uważa zabarwienie skóry za skutek udziału w cierpieniu nadnercza układu nerwu współczulnego. Powołuje się on w tym względzie na dawne doświadczenie Vulpiana, który znalazł, że u żab liczne komórki barwnikowe skóry są w ścisłym związku z układem nerwowym; kurczą się one przy podrażnieniu nerwów, zwążających naczynia i sprowadzają zmniejszenie ilości barwnika w skórze oraz rozszerzają się przy pobudzeniu rozszerzaczy naczyń i nadają skórze mocniejsze zabarwienie.

U człowieka znajdujemy podobne objawy wpływu układu nerwowego na zabarwienie skóry. Pomijając stany fizyologiczne, np. ciążę z jej uprzywilejowaniami pigmentacyami, spotykamy ten objaw przy władzie rdzenia, syringomyelii, zapaleniach nerwów obwodowych, a nawet przy chorobie Basedowa, nerwicach i nerwobólach. Neusser uważa również zabarwienie skóry przy przewlekłym zatruciu arsenikiem za objaw pochodzenia nerwowego, ponieważ ten środek jest trucizną dla układu współczulnego. Na zasadzie powyższych danych Neusser odmawia wprost nadnerczom udziału w powstawaniu zabarwienia skóry i całą sprawę uważa za skutek udziału w chorobie nadnerczy układu nerwu współczulnego, który został wciągnięty bezpośrednio czy pośrednio w sprawę chorobową, odbywającą się w nadnerczu. Takie wciągnięcie ma miejsce bardzo często z powo-

du blizkiej styczności anatomicznej tych narządów; dlatego też zabarwienie skóry brązowe spotykamy aż w 88% przypadkach. Brak tego objawu może wskazywać zatem tylko na nieuszkodzenie nerwu sympatycznego przez sprawę chorobową w nadnerczu. Bezpośrednim wnioskiem z takiego poglądu jest orzeczenie Neussera, że zabarwienie skóry i błon śluzowych brązowe nie stanowi integralnej części obrazu chorobowego i, chociaż znacznie ułatwia rozpoznanie, nie należy jednak do objawów choroby nadnercza.

Takie postawienie sprawy nie jest bezwzględna nowością; już Fleiner<sup>1)</sup> w r. 1892 patrzy na pigmentację, jako na zaburzenie troficzne i poszukuje źródła jego w udziale nerwu współczulnego i splotów rdzeniowych. Nie podaje on jednak argumentów dość przekonujących do przyjęcia takiego poglądu.

Rzecz prosta, że strącenie najbardziej bijącego w oczy objawu choroby Addisona z wyżyn jednego „z trójcy kardynalnych objawów“ do rzędu przypadkowych, nie mogło obejść się bez zaprzeczeń. — Schultze<sup>2)</sup> np. powiada, że w takim razie musielibyśmy rozpoznawać chorobę Addisona na zasadzie dwóch tylko objawów: postępującego osłabienia i zaburzeń w narządach trawienia; wtedy cały szereg chorób przewlekłych z charakterem wycieńczającym (np. rak, niedokrwistość złośliwa, gruźlica i t. d.) należałoby uważać za chorobę Addisona. Nawet obecność zabarwienia brązowego błon śluzowych bez wyraźnego udziału skóry nie może dowodzić istnienia choroby brązowej, ponieważ Schultze spotykał je przy raku żołądka, marskości wątroby, suchotach i t. d.

Nie można twierdzić, że pogląd Neussera jest rozwiązaniem pytania co do istoty choroby Addisona; to wszakże można powiedzieć napewno, że jest on najbardziej przekonującym z poglądów współczesnych.

Zespolenie anatomiczne i czynnościowe układu współczulnego z nadnerczem czyni zrozumiałem zjawisko, że najczęściej dotknięte są one chorobą współrzędną, choć niezawsze jednocześnie. Jeżeli sprawdzą się poglądy Neussera, że nerw współczulny jest nerwem odżywczym i wydzielniczym dla nadnercza, to zaburzenia czynności tego narządu bez zmian w nim, na skutek choroby układu sympatycznego, będą postawione po za granicami wątpliwości i możliwym będzie pojmowanie tych 12% przypadków choroby Addisona bez udziału nadnerczy. Nakoniec, jeżeli poglądy co do wpływu układu

1) Op. cit., str. 381.

2) Deutsch. med. Woch., 1898, n. 46.

sympatycznego na chromatofory i zabarwienie skóry i błon śluzowych nie ulegną zachwianiu, to wyjaśnimy sobie te 28% przypadków chorób nadnerczy bez objawów choroby bronzowej.

\* \* \*

Przypadek, spostrzegany przezemnie, przedstawia się jak następuje.

Chora Grz. Wal., lat 29, wyrobnica, została przysłana przez kol. W. Zurakowskiego na oddział kol. Chełmońskiego 17 czerwca 1898 r. Skargi chorej sprowadzały się do: 1) osłabienia ogólnego (stopniowo wzmagającego się), które doszło w ostatnich czasach do takiego stopnia, że każdy ruch był bardzo męczący dla chorej; 2) do zaburzeń trawienia, objawiających się przez brak łaknienia, nudności i wymioty niezależnie od jedzenia, zaparcia stolca, naprzemian z rozwolnieniem; 3) do kaszlu przeważnie suchego, męczącego, potów nocnych, dreszczów, gorączki i wreszcie 4) do zabarwienia brązowego skóry. W. czuje się chorą dawno, kaszle od wielu lat; zabarwienie ciemna-  
we skóry zauważyła już przed 1<sup>1/2</sup> rokiem; od tego czasu objaw ten stawał się coraz wyraźniejszy i stopniowo zaczęły rozwijać się zaburzenia w narządach trawienia, oraz ogólne osłabienie. Ojciec chorej umarł na suchoty, matka i brat są zdrowi.

Stan chorej po przyjęciu do szpitala przedstawiał się jak następuje. Chora średniego wzrostu, prawidłowo zbudowana. Skóra na całej swej rozciągłości zabarwiona bardzo mocno na kolor brązowy; najmocniejsze zabarwienie jest na karku, pod pachami, na środkowej linii ciała, zwłaszcza zaś na brodawkach sutkowych, które są całkiem czarne. Błony śluzowe jamy ustnej i nosa są blade, gdzie indziej zabarwione słabo brązowo. Tkanka podskórna w bardzo małej ilości; gruczoły sutkowe wielkości orzecha włoskiego. Mięśnie wiotkie i bardzo słabo rozwinięte. Żebra zarysowują się bardzo wyraźnie, przestrzenie międzyżebrowe są szerokie, wszystkie wgłębienia na klatce piersiowej wybitnie uwydatniają się. Tętno 68, miękkie, puste; oddech 30, ciepłota rano 36.3°, wieczorem 38.1°. Waga ciała 35 kilo.

Przy badaniu szczegółowem znajdujemy stłumienie odgłosu opukowego w ustępach górnych klatki piersiowej po obu stronach i na tych miejscach wydech mocno wydłużony, oraz liczne rżenia drobno-pęcherzykowe dźwięczne. Plwocina śluzowo-ropna, niezbyt obfita, zawiera znaczne ilości laseczników grzybli. Badanie serca nie wykazuje wyraźnych zaburzeń. Tony serca nieco głuchawe, chociaż

czyste. Szmerów żylnych niema. Język bladej, nieco obłożony; błona śluzowa jamy ustnej bladej; bolesność nieznaczna przy dotyku w dołku i niewielkie wzdęcie brzucha były jedynymi przedmiotowymi objawami chorobowymi w narządach trawienia przy pierwszym badaniu. Badanie moczu dało następujące wyniki. Ilość dobową 700 ctm<sup>3</sup> (?), ciężar właściwy 1013, odczyn kwaśny, barwa ciemno-żółta (№ 3 Vogla). Ilość mocznika 15.2<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, kwasu moczowego mało, chlorków 10<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, fosforanów 3<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, siarczków 2<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, indykanu dość dużo, ślady białka, trochę barwników żółciowych. W osadzie, prócz norm. składników, trochę ciałek białych. Badanie krwi wykazało: czerwonych krążków 4,200,000, ciałek białych 3,600, hemoglobiny 60%. — W ciągu 4-ech tygodni, które chora spędziła na oddziale, notowaliśmy bardzo wzmagające się osłabienie, częste wymioty, zaparcie stolca naprzemian z rozwolnieniem, stały brak łaknienia, bóle w dołku, częste dreszcze, poty i czucie rozpalenia; ciepłota wahała się przeciętnie pomiędzy 36.3<sup>0</sup> rano i 38<sup>0</sup> wieczorem, spadki dzienne wynosiły przeważnie 1.5<sup>0</sup>; parę razy ciepłota ranna obniżała się do 35<sup>0</sup>: najwyższa wieczorna wynosiła raz jeden 38.8 i największy podskok tegoż dnia — 3.5<sup>0</sup>. Tętno było stale małe, puste 64 do 88 na minutę. Ilość moczu dochodziła do 800 ctm.<sup>3</sup>, a właściwości jego były mniej więcej stale też same.

Rozpoznanie sprawy chorobowej nie przedstawiało wielkich trudności. Obecność trzech podstawowych objawów choroby Addisona na postępowej bezsilności, zaburzeń chorobowych w czynności narządów trawienia i zabarwienia brązowego skóry skłaniały do rozpoznania tego cierpienia; objawy zaś gruźlicy płucnej pozwalały przypuszczać, że sprawa chorobowa w nadnerczu jest zapewne tej samej natury gruźliczej, co i w płucach.

Wychodząc z założenia, że nadnercza chorej naszej były zniszczone i przeto czynność ich zniesiona, chciałem zastosować w celu leczniczym wyciąg nadnercza. Nie można było jednak dostać go w Warszawie. Wreszcie po czterech tygodniach leczenia obojętnego, nie doczekawszy się wyciągu nadnercza, spróbowałem zastąpić go przez sporyż z chininą, chcąc przeciwdziałać przynajmniej jednemu ze skutków domniemanego upośledzenia czynności nadnercza: sprowadzić zwężenie naczyń krwionośnych i przez to podnieść ciśnienie krwi ościenne. Tegoż wieczóra po zażyciu jednego proszku 0.5 grm. chora dostała silnych wymiotów, upadła jeszcze znacznie na siłach i przepędziła całą noc bezsennością. Nazajutrz rano przy wizycie zastałem ją w stanie nawpół przytomnym, obłąką zimnym potem przy ciepłocie ciała 35.6<sup>0</sup>; oddech rzadki, głęboki, świszczący z rżęczeniami tchawicy.

cowemi, tętno znacznie przyspieszone (120), ledwo wyczuwalne, sini-  
ca na błonach śluzowych. W takim stanie chora przeżyła jeszcze do  
następnego ranka i umarła przy objawach zapaści.

Sekeyę wykonał prof. Przewoski. Wyniki jej potwierdziły zu-  
pełnie rozpoznanie za życia. Znalaziono: gruźlicę płuc, umiejscowio-  
ną w obu szczytach, znaczny zanik tkanki tłuszczowej, mięśni, nar-  
ządów mięsnych i t. d.; zapalenie przewlekłe nerek oraz sprawę  
gruźliczą w okresie zserowacenia w nadnerczach. Te ostatnie przed-  
stawiały się jako guzy, wielkości jaja gęsiego, zrosnięte z sąsiednimi  
narządami (wątroba, nerkami, otrzewną), wypełnione masami serowa-  
temi, otorbionemi twardą tkanką łączną; przy krajaniu ich otrzymy-  
wało się chrzęst wskutek nacieczenia solami mineralnymi. Na twar-  
dówce prawej znalaziono plamkę brązową wielkości 0.5 cm.<sup>2</sup>.

Badanie narządów mikroskopowe przedstawia się w następujący  
sposób. (Preparaty stwardniałem w sublimacie 5%, zatapiałem w pa-  
rafinie). Skrawki skóry z tułowia, z miejsc najslabiej zabarwionych,  
uwydatniają już makroskopowo ciemną smugę, zarysowującą się tuż  
po za brzegiem skrawka. Pod mikroskopem smuga ta odpowiada  
komórkom cylindrycznym strąti Malpighii, które są prawie całkowi-  
cie wypełnione drobnymi ziarenkami barwnika ciemno-brązowe-  
go. Przy słabym zabarwieniu tkanki hemateiną i rotbengalem lub  
eozyną widać, że stosunki i budowa skóry zupełnie są normalne. Bar-  
wnik zawarty przeważnie w komórkach cylindrycznych, chociaż parę  
warstw komórek nad nimi zawiera również nieco ziarenek barwnych,  
zawsze jednak tem mniej, im bliżej komórek zrogowaciałych, w któ-  
rych barwnika nie można wykazać. Ziarenka układają się w proto-  
plazmie komórek i skupiają się w koło jądra w największej ilości.  
Niektóre komórki są przepełnione taką ilością barwnika, że nie moż-  
na odróżnić w nich jąder; w innych jądra barwią się bardzo słabo  
lub nawet całkiem nie hemateiną, hematoxyliną i barwnikami anilin-  
owymi zasadowymi. Twory dodatkowe skóry (woreczki włosowe, gru-  
czoły łojowe, potowe i t. d.) zawierają barwnik brązowy również  
w dużej ilości, w nabłonkach cylindrycznych; mniej go jest tu wszak-  
że, niż w odpowiednich miejscach powierzchni. *Cutis* nie przedsta-  
wia zmian widocznych, wyjąwszy pewnego rozmnożenia komórek  
barwnikowych (chromatoforów), które układają się w największej ilo-  
ści wkoło naczyń i przedstawiają się w postaci bryłek o nieprawi-  
dłowych granicach, często z licznymi wyrostkami, bryłek, w których  
trudno jest często dopatrzeć się jądra, tak dalece są one przepełnio-  
ne drobnymi ziarenkami barwnika. Ziarenka te są znacznie większe,  
niż w komórkach nabłonkowych. Przy pomocy odczynu Perlsa,

i Quincego nie zdołałem wykryć w barwniku obecności żelaza; tylko w pobliżu naczyń i w ich wnętrzu na niektórych skrawkach występowało słabe zabarwienie swoiste.

Badanie nadnerczy napotkało pewne trudności z powodu zwapnienia i zserowacenia tych narządów; musiałem przeto wyciągnąć sole wapienne przez macerowanie preparatów w kwasie solnym i potem dopiero zatopić, krajać i barwić. Skrawki przedstawiają na znacznej przestrzeni przeważnie zbitą tkankę łączną, zawierającą małą ilość jąder, oraz większe lub mniejsze przestrzenie znekrotyzowanej tkanki, barwiącej się rozlanie; w tych masach trudno jest dopatrzeć się budowy, tylko na obwodzie ich spotyka się twory komórkowe.

Przy barwieniu swoistem nie zdołałem wykazać obecności laseczników gruczyznych ani w tkance nadnercza, ani też w masach serowatych, dobytých z niego.

Badanie nerek drobnowidzowe potwierdziło rozpoznanie sekcyjne.

Nie mogłem, niestety, zbadać wspomnianej plamki na twardówce, ponieważ, podług praw obowiązujących, nie możemy uszkadzać twarzy bez zezwolenia rodziny. Sądząc z wyglądu zewnętrznego należy jednak przypuszczać, że zabarwienie tego narządu miało ten sam charakter, co i zabarwienie skóry i błon śluzowych. Zaznaczam tu ten szczegół, ponieważ dotychczas przyjmowano powszechnie, że twardówka i łącznica należą do tych nielicznych narządów, w których nie spotyka się nigdy zabarwienia brązowego.

Przechodząc do badania układu nerwowego, muszę zaznaczyć, że nie miałem możności zbadania dokładnego całego układu, ponieważ tylko nieznaczna cząstka jego została mi udzielona przy sekcji przez prof. Przewoskiego. W mózgu, mózdku i rdzeniu nie znalazłem żadnych zmian widocznych ani w komórkach, ani włóknach nerwowych i neuroglii. Tylko w zwojach międzykręgowych spotkałem bardzo silne zabarwienie komórek nerwowych; barwnik zbiera się w tych komórkach przeważnie po jednej stronie jądra w postaci półksiężyca, w którym przy większem powiększeniu łatwo jest odróżnić wielkie ziarnka, przeświecające w środku i ciemne na obwodzie. Te ziarnistości barwne wypełniają prawie wszystkie komórki, które rozpatrywałem. Co się tyczy własności tego barwnika, to niema on żadnego podobieństwa do barwnika skóry już z wyglądu zewnętrznego; pod względem chemicznym należy on do grupy lipochromów i pochłania mocno barwniki anilinowe, zwłaszcza anilinblau wysokowe (metoda Lenhossék'a), czego bynajmniej nie można powiedzieć o barwniku skóry (melaninie). Lipochromy stanowią normalną część

składową komórki nerwowej; w naszym przypadku możnaby mówić tylko o nadmiernej ich ilości, co jednak nie stanowi wyłącznej własności choroby brązowej, ponieważ daje spotykać się często w różnych innych chorobach.

Podobne ziarnistości barwnikowe w dużej ilości znalazłem w komórkach układu współczulnego. Innych zmian w tych komórkach nie zdołałem wykazać; jedno tylko uderzało mnie bardzo, że ilość komórek była wogóle bardzo nieznaczna, że były one jakgdyby pokurezone, barwiły się lichem hemateiną, karminem i podług Nissla. — Włókna układu współczulnego barwiły się źle podług Pola, Lissauera i t. d. i również jak i komórki, były nieobfite. Za to tkanka łączna rozwinięta była bardzo silnie, w wielu miejscach nacieczona, w innych zmieniona bliznowato.

Do podanego opisu badania układu współczulnego nie mam prawa przywiązywać wielkiej wagi dla wyłuszczonych powyżej powodów. Poprzestaję przeto na wrażeniu ogólnem, jakie otrzymałem po zbadaniu kawałka ganglii coeliaci et nervi sympathici; a to wrażenie sprowadza się do zdania, że nerw współczulny przyjmował w naszym przypadku udział w sprawie chorobowej.

Opisany przezemnie przypadek nie różni się wiele od setek przypadków, zebranych przez innych autorów. Jedyna osobliwość jego stanowi zabarwienie twardówki, którego dotychczas nie spostrzegano. Drugą sprawą, godną uwagi, jest nagłe prawie zejście śmiertelne u naszej chorej po zażyciu sporyżu z chininą. Trudno zapewne powiedzieć: „post hoc, ergo propter hoc“; bo przecież zdarzają się i normalnie przypadki z nieoczekiwaniem szybkim zejściem. Jeżeli jednak przypuścić, że samo podniesienie ciśnienia krwi w naszym przypadku było przyczyną zejścia śmiertelnego, to sam ten fakt mógłby mieć duże znaczenie w sprawie pojmowania istoty choroby Addisona.

Nie chcę w tych warunkach wypowiadać poglądów co do wniosków teoretycznych na zasadzie jednego przypadku; zaznaczam jednak ten fakt, że podniesienie ciśnienia krwi było w danym przypadku prawdopodobnie przyczyną nieoczekiwaniem szybkiego zejścia śmiertelnego i powrócę do tego pytania jeszcze w przyszłości, o ile w następujących spostrzeżeniach znajdę jego usprawiedliwienie.

---

Zwracając się nakoniec do kazuistyki choroby Addisona w piśmiennictwie polskiem, zaznaczyć muszę, że przedstawia się ona nader skąpo. Zwłaszcza w ostatnim dziesięcioleciu zaprzestano zupeł-

nie notować przypadki choroby bronzowej, które choćby ze względów statystyki zasługują na zaznaczenie. Prócz tego szereg pytań zajmujących, jakie każdy taki przypadek nastęrcza, powinienby skłonić do ściślejszych badań anatomo-patologicznych zwłaszcza układu współczulnego.

Z prac ogłoszonych w piśmiennictwie polskiem znalazłem następujące: Le Brun'a (1858 r.), w którym u kobiety 36-letniej rozwinął się zupełny obraz choroby bronzowej. Na sekcji znaleziono: „degeneracya nadnerczy, lewe w stanie zaniku, prawe powiększone, zawierające zgruzłowany wysięk wielkości tureckiego orzecha.“

Przypadek Dorantowicza (1866 r.), który wszakże był błędnie tylko podany jako choroba Addisona. Prawdopodobnie D. miał do czytowania z herpes zooster.

Dalej idą przypadki: Mecedzińskiego (1871); Jerzykowskiego (1874), oraz Pawińskiego (1888), w których znaleziono gruczę nadnerczy.

Jest to wszakże nie cały materiał kazuistyczny. Sam widziałem trzech chorych odnośnych, którzy byli sekowani po śmierci i po których nie zostało żadnego śladu w piśmiennictwie; mówiąc zaś o moim przypadku w Towarzystwie Lekarskiem, miałem możność przekonania się, że jest sporo przypadków, które nie zostały zupełnie zanotowane.

\* \* \*

Pod koniec drukowania pracy niniejszej spotkałem w piśmiennictwie dwie nowe prace, zasługujące na zaznaczenie. Sergent i Bernard<sup>1)</sup> zbrali szereg spostrzeżeń, w których na sekcji znaleziono gruczę lub raka nadnerczy, a które przebiegały przy objawach ostrych, bez zabarwienia skóry bronzowego. Przypadki te autorzy grupują w trzy działy: błyskawiczne, ostre i podostrawe, zależnie od szybkości zejścia śmiertelnego od chwili wystąpienia objawów swoistych (1 dzień do 2 miesięcy). Wniosek ogólny z tej pracy: t. zw. przebieg ostry choroby bronzowej bez zabarwienia skóry nie należy właściwie do choroby Addisona i winien być wydzielony w osobną grupę: niedomogi ostrej nadnerczy z samozatruciem ustroju następczem.

Druga praca porusza sprawy fizyologiczne. Lewandowski krytykuje w niej poglądy o wydzielaniu wewnętrznem gruczołów i odrzuca je w zasadzie. Co się tyczy specjalnie nadnercza, to spadek

<sup>1)</sup> Arch. de génér. de Med., N. 7, 1899.

<sup>2)</sup> Zeitschr. f. klin. Med., N. 5 i 6, 1899.



ciśnienia krwi po jego wycięciu autor uważa nie jako wynik zawieszenia wydzielania wewnętrznego, lecz jako skutek ciężkiego dla zwierzęcia rękoczynu, ponieważ spadek ten następuje dopiero po dłuższym czasie, a dwie ilości (10 — 30 ctm.<sup>3</sup>) krwi z żyły nadnercza, zastrzyknięte zwierzęciu, podnoszą ciśnienie nieznacznie i na czas krótki. Wreszcie wyciągi innych narządów mają własność również podnoszenia ciśnienia krwi, choć w mniejszym stopniu. Jeżeli doświadczenia Lewandowskiego znajdują potwierdzenie, to może zająć duża zmiana w naszych obecnych poglądach.



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. *Medycyna wewnętrzna.*

425. **Rafaele Pirone** (Neapol). **Marskość wątroby.** (Wien. Med. Woch., № 37, 1899).

Pomimo ogromnej literatury przedmiotu, pomimo napozór bardzo stałych podstaw anatomo-patologicznych, ciągle wylaniają się odnośnie marskości wątroby nowe pytania, wykrywano są nowe postacie anatomiczne, a etyologia ulega nowemu oświetleniu w miarę występowania nowych pojęć o samozatruciu ustroju, o wpływie nieprawidłowych spraw w trawieniu kiszki. Typowa postać, opisana przez Charcot'a i Gombault'a, stała się niejako tylko pierwszym ogniwem całego szeregu zmian, mniej lub więcej słusznie podciąganych do typu marskości; następnie starano się te różne postacie wyosobnić jako odrębne typy histologiczne, pod osobnymi nazwami (Hanot, Dupont, Gilson, Bellangé etc.).

Z drugiej strony i poglądy na etyologię zaczęły ulegać zmianom, odpowiednio do panujących poglądów ogólniejszych w współczesnej patologii. Podniesiono ważne znaczenie bakterii i ich toksyn (Scagliosi, Charrin, Roger etc.), wpływ wytworów w kiszki i nieprawidłowych fermentacji w żołądku (De Dominicis, Reale, Rovighi), opisano osobną postać marskości, zależną jakoby od samozatrucia (Boix).

Jak wiadomo, Laennee określał pod nazwą „Cirrhosis“ żółte zabarwienie wątroby z zanikiem i stwardnieniem narządu. Powoli jednak nazwy tej zaczęto używać wogóle dla oznaczenia przewagi tkanki łącznej nad mięsistą, stąd też nazwy: cirrhosis renum, pulmonum i t. d. Ponieważ zmiany te spotykają się zwłaszcza przy powolnym biegu zapalenia z przewagą hyperplazji tkanki łącznej,

przeto rozszerzono ten termin na przewlekłe sprawy zapalne i mia-  
nowicie więcej na samą sprawę, niż na jej następstwa. Oczywiście  
więc wszystkie te sprawy, przy których charakterystycznym jest nie  
zapalenie ale rozlane parenchymatyczne zwyrodnienie, jak cirrhosis  
hypertrophica w gruźlicy, cyroza przy wadach serca — nie mają nic  
wspólnego z właściwą cyrozą wątroby.

Czy pewne postacie marskości wątroby rozwijają się zawsze  
z tej samej przyczyny? Na pytanie to autor, na podstawie swych  
10 spostrzeżeń, badanych klinicznie, anatomicznie i histologicznie,  
skłonny jest czuże do odpowiedzi przeczącej.

Tak np. jeden z przypadków autora na podstawie spostrzeżenia  
klinicznego i badania pośmiertnego był uważany za wyodrębnioną  
przez Hanot'a postać cyrozy przerostowej, z przewlekłą żółtaczką.  
(Etyologia niepewna. Bóle w prawym podżebrzu, zaburzenia w tra-  
wieniu, żółtaczką, swędzenie skóry, następnie powiększenie\* wątroby  
bez puchliny, powiększenie śledziony, długi przebieg choroby). Sekcyja  
potwierdza przypuszczenie. Tymczasem badanie drobnowidzowe, na  
którem musi opierać się rozpoznanie różniczkowe, daje obraz inny.  
Zamiast charakterystycznych danych Hanot: rozlana hyperplazja  
tkanki łącznej, całość komórek wątrobowych, stale powtarzające się  
angio i perioangiolitis dróg żółciowych małego i średniego kalibru,—  
znaleziono: obok angio i perioangiolitis — phlebitis i periphlebitis  
portalis; komórki zmienione w rozległych rozmiarach, tkanka łączna  
w silnem bujaniu.

W innym przypadku, w którym moment przyczynowy stanowi-  
ła malarya, znaleziono stosunek odwrotny. Z punktu widzenia klini-  
cznego i anatomo-patologicznego była marskość wątroby zwyczajna,  
z histologicznego zaś — był typ Hanot'a: angiolitis, perioangiolitis,  
nabłonek przewodów żółciowych drobnych i średnich bez zmian, ko-  
mórki wątrobowe prawidłowe.

W innym przypadku niepewność i niestałość co do typu były  
jeszcze większe, tak wobec obrazu histologicznego, jak i co do jako-  
ści czynników etyologicznych i obrazu kliniczno-anatomicznego.

Odnosnie etyologii autor zastanawia się nad kwestyą zmian,  
jakie wywołują nienormalne wytwory trawienia kiskowego na wą-  
trobę. O możności powstawania na tej drodze zmian różnych w wą-  
trobie wiadomo z prac de Dominicis i Rovighi. Ostatnio, Boix — co  
prawda na podstawie pojedynczego przypadku — postawił tezę, że  
zaburzenia żołądkowo-kiskowe są w stanie wywołać specjalną po-  
stać cyrozy wątroby, cechującą się, w porównaniu z innymi postaciami,  
rozlanem zapaleniem tkanki łącznej i zmianami w komórkach.  
Jednak doświadczenia na królikach, którym Boix wprowadzał kwasy,  
powstające przy nieprawidłowych fermentacjach (kw. octowy, masło-  
wy), świadczą, że na tej drodze nie powstaje atroficzna cyroza Laen-  
nec'a. Sam zaś Pirone widział na dwóch królikach, które w ciągu  
trzech miesięcy karmił wyskokiem amyłowym i kwasem masłowym,  
że wyskok amyłowy działa przeważnie na tkankę łączną wątroby  
i od początku daje bodziec do zapalenia śródmiaższowego (Hepatitis

interstitialis), podczas gdy kwas masłowy wpływa ujemnie przeważnie na komórki mięszu i sprowadza ich zwyrodnienie.

Te wyniki bynajmniej nie odpowiadają anatomicznemu obrazowi cyrozy, otrzymanej przez samozatrucie. Należałoby zatem twierdzić, opierając się na wynikach doświadczalnych, że „dyspeptyczna cyroza“ nie różni się od innych zwykłych postaci, albo też, niezależnie od rezultatu doświadczeń, stać na gruncie anatomicznym.

Do tego ostatniego zaś nie wystarczy pojedynczy przypadek. Z drugiej zaś strony zamozatrucie z kanału żółądka-kiszeczkowego są tak różnorodne, że byłoby ryzykownem stawiać tezę tak absolutnego i stałego związku ich z cyrozą mięszową.

Patologo-anatom powinien mieć to na uwadze, że bardzo często pod wpływem tej samej przyczyny powstają postacie przewlekłego zapalenia wątroby, różniące się zarówno pod względem anatomicznym, jak i histologicznym.

Autor objaśnia to w sposób następujący. Między prostem przekrwieniem wątroby a wyraźną cyrozą, spowodowaną przez daną przyczynę — istnieją najróżnorodniejsze fazy przejściowe, które dają najrozmaitsze obrazy anatomiczne i histologiczne. Nie możemy powiedzieć przy badaniu zwłok, czy sprawa w wątrobie jest zakończona, czy też w trwaniu. Stąd to i marskość wysokowa nie zawsze ma te same cechy. Stan znajduwany przy sekcji jest tylko okresem sprawy, ogniwem w łańcuchu — ciągnącym się od lżejszych do cięższych zmian.

Należałoby umieć odtworzyć cały przebieg sprawy anatomicznej. Dopóki to nie nastąpi, można przy każdej sekcji znajdować i opisywać odmienne postacie marskości, — ale bez pożytku zarówno dla anatomii patologicznej, jak i kliniki.

Hepatitis chronica, jako sprawa zapalna, może, według analogii z innymi narządami, przejawiać się tylko w 2 postaciach anatomopatologicznych, jako postać przeważnie mięszowa lub postać przeważnie śródmięszowa. Do tych można dołączyć jako trzecią tę, w której istnieje utrudnienie odpływu żółci. Zmiany, wywołane tu przez żółć samą przez się oraz przez zawarte w niej bodźce zakaźne, występują tu na pierwszy plan przed zmianami w tkance łącznej — i zasługują na wyróżnienie jako Hepatitis biliosa.

Dotąd istnieje jeszcze ciągle spór o to, czy pierwotne zmiany mają siedlisko zawsze w mięszu, czy też w naczyniach: tkance łącznej. Ta różnica zdań wynika zapewne z zmieniających się zapatrywań na naturę sprawy zapalnej wogóle.

Rzadko gdzie, jak w wątrobie, istnieją tak bliskie i ciasne stosunki pomiędzy mięszem i naczyniami, tak że trudno wprost zrozumieć, aby pewien wpływ szkodliwy mógł dotknąć jedne pierwiastki, nie oddziałując jednocześnie na drugie. Jest to teoretycznie do pomysłenia, ale zdaje się, że bliższem prawdy będzie uważać, iż czynniki chorobotwórcze działają jednocześnie na naczynia i na komórki, a wpływ ich występuje silniej tam, gdzie z przyczyn nieokreślonych bliżej oporność jest mniejsza.

W końcu autor zaznacza, że obecnie przy nacisku, jaki w etyologii zmian wątrobowych kładzie się na infekcyę i intoksykacyę ze strony kanału pokarmowego, rola wysokoku schodzi na drugi plan niejako. Ma on wywoływać wysokokowy katar żołądka, a nieprawidłowe produkty fermentacyi prowadzą do cyrozy. Jednak i po wywołaniu kataru żołądka wysokok może jeszcze, zdaniem autora, działać jako taki na wątrobę — i niewątpliwie oba wpływy składają się na wywołanie i klinicznego obrazu marskości i jej anatomicznej postaci.

*O. Hewelke.*

426. R. Koch. **Pierwsze sprawozdanie z czynności wyprawy dla badań nad malaryą.** („Erster Bericht über die Thätigkeit der Malariaexpedition.“ Deut. Med. Woch., № 37, 1899).

Wyprawa, złożona z prof. R. Kocha, prof. Froscha i lekarza sztabu dr. Ollwiga, rozpoczęła swe badania we Włoszech, a, idąc za radą przyłączonego do niej przez rząd włoski prof. Gosio, za punkt wyjścia spostrzeżeń obrała miasto Grosseto, leżące w środku morémów tokańskich.

Malarya w błotnistych okolicach Toskanii utrzymuje się rok okrągły, w miesiącach jednak od czerwca do października dosięga takiego nasilenia, że ludność opuszcza więcej nawiedzane miejscowości i ucieka w góry. Do takich należy i Grosseto, pomimo usilnych starań rządu osuszania sąsiednich błot i ogólnego uzdrowotnienia miasta. Jest tu szpital dobrze urządony na 200 łózek, a więc dobre pole do obserwacyi, oprócz tego korzystano z obszernego materiału praktyki prywatnej dr. Pizzeti, co pozwalało badać powstawanie choroby w innych warunkach życia, miejscowości etc., niż u chorych szpitalnych.

W roku 1898 było w szpitalu chorych na malaryę: w kwietniu 46, maju 52, czerwcu 33, w lipcu 264, sierpniu 384, wrześniu 332, — następnie coraz mniej (jak? niepodane) w lutym 1899 r. — 73, w marcu — 68.

Wszystkie osoby dostarczone, jako chore na malaryę albo też podejrzane o nią, badano na obecność pasorzytów we krwi i tylko przypadki o dodatnim wyniku badania uważano za malaryczne. Dalsza obserwacya potwierdziła słuszność tej zasady; nie zdarzył się ani jeden przypadek malaryi, w którymby nie można było wykazać obecności plazmodyi. Po postawieniu rozpoznania starano się o ile można określić, czy była to recydywa z roku przeszłego, czy też przypadek świeży, tegoroczny. W ostatnim razie badano miejscowość, gdzie mogło prawdopodobnie nastąpić zakażenie.

Badania rozpoczęto 25 kwietnia, a ukończono 1 sierpnia; zbadano 650 osób, z których 408 chorych na niewątpliwą malaryę; 281 obserwowano w szpitalu. Było zastanowienia godnem, że w początku obserwacyi nie miano wcale przypadków świeżych. Oprócz paru

wyjątków, z wywiadów można było przekonać się, że choroba datuje od lata ubiegłego roku. Przypadki świeże zaczęły napływać później: od pewnej daty, i to w takiej odbitości, jak gdyby wybuchła nagle silna epidemia. I tak, od 23 kwietnia do 23 czerwca z liczby 59 przypadków obserwowanych w szpitalu było zaledwie 5, które mogły powstać w roku bieżącym, chociaż i to nie bez wątpliwości. Od 23 czerwca zaś w ciągu 5 tygodni przybyły 222 przypadki malaryi, a w tych tylko 17—recydywy.

Jest to tembardziej uderzające, że autorzy włoscy odróżniają oprócz wielkiej febry letnio-jesiennej i małą — wiosenną. Koch podaje istnienie tej ostatniej w wątpliwość, przynajmniej dla Grasseto. Ma to wielkie znaczenie dla kwestyi walki z malaryą.

Wszystkie spostrzeżenia dotychczasowe wskazują, że pasorzyty malaryi oprócz w ustroju ludzkim mogą żyć tylko w pewnych rodzajach komarów. W tych ostatnich mogą się one rozwijać tylko w gorących miesiącach letnich, tak że po za latem utrzymują się one tylko w ustroju ludzkim; w innych ustrojach żyjących nigdy się ich nie udało wykryć. Człowiek sam zatem jest wyłącznem źródłem, w którym przechowują się pasorzyty malaryi, a komary przenoszą je tylko w ciągu kilku miesięcy letnich. Łącznikiem między okresem febrycznym danego roku i poprzedniego są przypadki recydywy malarycznej. Gdyby udało się nie dopuścić do rozwoju recydyw, — tem samem udało by się uprzędzić i powstawanie świeżych przypadków.

Koch sądzi, że przy pomocy chininy jest to w zupełności do osiągnięcia przez przeciąg 8 — 9 miesięcy wolnych od zachorowań świeżych.

Odpowiednio do tych poglądów kształtują się też i stosunki zapadania na malaryę w Grosseto i w okolicy. Częstość nie odpowiada mniej lub więcej ujemnym warunkom miejscowym; ogniska zachorowań rozłożone są bardzo nieprawidłowo. Miejsca złe napozór nie dawały chorych i odwrotnie. Dawała się zauważyć zależność od stosunków życiowych; np. niektóre oberże okazały się punktem wyjścia masowych zachorowań.

Co się tyczy rozmaitych gatunków malaryi, to obecne badania potwierdziły dawniejsze spostrzeżenia, zrobione w Rzymie. Najrzadszą postacią była f. quartana (15 razy na 408), tertiana w 202 (w tem 106 recydywy z przeszłego roku, a 196 świeżej infekcyi). — W większości przypadków były — podwójne trzeciaczki. Z tak zwanych przypadków letnio-jesiennej febry było 191, z tych 151 świeżych były obserwowane w szpitalu. Dały one sposobność Kochowi do stwierdzenia już dawniej wypowiedzianego zdania, że wszystkie febry letnio-jesienne przedstawiają jeden gatunek malaryi, identycznej z malaryą zwrotnikową. We wszystkich 151 przypadkach były przerwy 48-godzinowe, wszędzie znajdowano duże obrączkowe pasorzyty. Po podaniu chininy, albo gdy zdarzyły się nawroty i wystąpiły postacię półksiężycowe typ febry się zatracił; nigdy jednak nie zdarzyło się obserwować — typu codziennego, remitującego lub stałego.

Leczenie prowadzono według zasad ustalonych w zachodniej Afryce. Chininę podawano tylko w okresie bezgorączkowym febry zwrotnikowej, gdy były obecne duże obrączkowe pasorzyty.

Przebieg był wogóle lekki. Zwykle wystarczało dwóch dawek chininy po 1 gr., aby napady przerwać na czas dłuższy lub zupełnie.

Świeże postacie febry zwrotnikowej czyniły wrażenie choroby ciężkiej i niebezpiecznej. Objawy miały cechę tyfusowych. W pierwszej przerwie podawano 2 grm. chininy i tyleż w drugiej. Przerываło to zwykle napady; dla pewności podawano jeszcze przez 2 — 3 dni rano po 1 grm. W niektórych przypadkach jeszcze co 10 dni podawano po 1 gr.

W jednym przypadku był krwimocz, zależny od idiosynkrazji tego chorego do chininy.

Dalsze badania nad etyologią, a zwłaszcza nad znaczeniem malaryi przez komary nie przyniosły już wiele nowego. Przedewszystkiem poszukiwano komarów w mieszkaniach, gdzie zaszły przypadki świeżego zachorowania.

Wogóle w Toskańskich Maremmach zdarzają się wszystkie te same gatunki komarów, co i w całych Włoszech. Dla etyologii malaryi ważne są te gatunki, które przebywają w mieszkaniach. Mieszkańcy nie tylko bowiem nie mają zwyczaju sypiać pod gołym niebem, ale się tego strzegą. W tych stronach zaś niema komarów gryzących w dzień, jak to można się było przekonać z częstych wycieczek na błota. Zakażenie może następować przeto tylko w nocy.

Cztery gatunki komarów spotykają się tu najeczęściej: *C. pipiens*, *Anopheles maculipennis*, *Culex nemerosus* i rodzaj *Phlebotomus*. Znaczenie mają jednak tylko dwa pierwsze.

Liczba *Culex pipiens* zwiększa się z postępem lata i z 49 mieszkań malarycznych znajdowano go albo jego poczwarki w każdym. W jednym osobniku znaleziono, w gruczołkach jadowitych, w wielkiej ilości zarodki sierpowate, dawniej przez Kocha opisane. Podobnie skonstantowano obecność pasorzytów malaryjnych w 7-iu osobnikach *anopheles maculipennis*. W mieszkaniach Grasseto owad ten znaleziono tylko 8 razy i to w niewielu egzemplarzach; osobniki te nie zawierały przytem pasorzytów malaryi; w innych malarycznych miejscowościach nie było go wcale. Tak, że co do częstości przeniesienia choroby ustępuje on pierwszeństwa *C. pipiens* (przeciwne zdania są Ross i Grassi).

Przeciw przypuszczeniu omawianego związku między malaryą a komarami możnaby zauważyć, że komary te, zwłaszcza *anopheles*, utrzymują się i kasają okrągły rok, a tymczasem zimą niema świeżych zachorzeń. Sprzeczność tę objaśnia Koch tem, że pasorzyty malaryi w ustroju komara mogą rozwijać się tylko przy pewnej ciepłocie, której dostarcza ciepłota otaczającej atmosfery.

Nagły skok w szerzeniu się malaryi latem przypada regularnie w jakie trzy tygodnie po dojściu ciepłoty do 27° (nocą w zamkniętych mieszkaniach 24 — 25°); przy tej ciepłocie zarodki *Proteosoma* mogą się rozwijać w ciele komarów. Jak pokazuje obserwacya, komary po ukąszeniu nie opuszczają mieszkania, ale zasuwiają się

w ciemne kąty i pozostają tam aż do złożenia jaj. W tym czasie dojrzewają w nich pasorzyty malaryi. Czas na to potrzebny wynosi około 8 — 10 dni. Tyleż czasu potrzeba, aby rozwinęły się one w człowieku ukąszonym przez zarażonego komara. Dodawszy te dwa odstępy czasu, otrzymujemy 20 dni, t. j. tyle mniej więcej czasu, ile upływa, od ustalenia się maksymalnej ciepłoty powietrza aż do wybuchu letniego nasilenia febry.

Na potwierdzenie powyższego przypuszczenia Koch dodaje, że owe zarodki pasorzytów malaryjnych w komarach znajdowano tylko w miesiącach gorących, podczas chłodu wyniki odnośnych badań były zawsze ujemne.

*O. Hewelke.*

427. S. Gabrilowitch. **Przyczynę do poznania najważniejszych wymiarów ciała u suchotników i stosunek wzajemny narządów piersiowych i brzusznych.** (Berl. klin. Woch., № 21, 1899).

Punktem wyjścia dla tych obliczeń i dla osiągnięcia normalnej podstawy porównawczej były pomiary osobników zdrowych (31), o ile można jednego wieku, wzrostu, żyjących mniej więcej w podobnych warunkach, bez śladu obciążenia dziedzicznego gruźlicą. Mierzono: 1) długość ciała; 2) obwód klatki piersiowej na wysokości brodawek sutkowych przy wdechu i wydechu; 3) obwód brzucha przez pępek, średnio przy wdechu i wydechu; 4) długość tułowia, od górnego brzeгу rękojeści mostka do spojenia łonowego; 5) przeciętne kl. piersiowej przednio-tylną i boczną.

Okazało się, że długość ciała do obwodu klatki ma się średnio, jak 1.8 : 1.0 (obwód = 100 ctm. = jedność). Krańcowe wahania w obie strony dochodzą do 20 ctm. (160 : 200). Najlepiej zbudowana klatka piersiowa przedstawia stosunek 1.6 : 1.0, najgorsza 2.0 : 1.0. Cyfry te wykazują, że wymaganie, aby obwód klatki wynosił połowę długości ciała należy uważać za minimalne. Średnia cyfra obwodu brzucha równa się 89, długość tułowia 62, średnia stosunku obu wymiarów klatki piersiowej była 70.

Wymiary u odpowiednio wybranych 21 suchotników (jeden wiek i warunki, jednakowy rozwój choroby) były następujące: stosunek długości ciała do obwodu klatki piersiowej 2 : 1 (od 1.8 : 1.0 do 2.2 : 1.0). Stosunek obwodu klatki do brzucha 86, długość tułowia średnio 67; stosunek wymiarów klatki piersiowej 73.

Wynika stąd, że u suchotników klatka piersiowa znacznie jest gorzej rozwinięta w obwodzie, niż u zdrowych. Zaznacza się to zwłaszcza w stosunku obwodu klatki do długości tułowia. Ostatnia jest u suchotników większą, zatem klatka jest mniej rozwinięta. — Obwód brzucha też jest u suchotników mniejszy, co dowodzi słabszego rozwoju trzewiów brzusznych.

Ciekawym jest wynik pomiarów przecięt klatki piersiowej u suchotników. Popularne mniemanie o płaskości jej nie znajduje po-

twierdzenia, przeciwnie, wymiar przednio-tylny jest raczej większy w stosunku do boczego, niż u zdrowych. *O. H.*

428. Neumann. **Związek między miesiączkowaniem i gruźlicą.** — (Berl. kl. Woch., № 21, 1899).

Kwestya to mało znana, na co być może wpływa i to, że kobiety w czasie peryodu unikają wogóle badania lekarskiego.

Regularność bezpośrednio zdaje nie ulegać wpływowi gruźlicy. Często, wobec postępującego osłabienia, przerywa się i potem znów wraca. Z drugiej strony wiadomo, że podczas peryodu niektóre kobiety, a zwłaszcza suchotnice są skłonne do potów, katarów, bólów głowy, rozwolnień. Tak zwane zastępcze krwawienie są jednak zjawiskiem rzadkiem. Badanie płuc w okresie miesiączkowania nie rzadko wykazuje dane, mogące być spożytkowane dla rozpoznawania i rokowania.

I tak u niektórych suchotniczek w czasie peryodu zwiększa się gorączka, nawet u nie gorączkujących zwykle ciepota nieco się podnosi. Jednocześnie w płucach dają się wykrywać zmiany, których poprzednio nie było, trwają one zwykle nieco i po skończeniu peryodu. Niekiedy w pewnej części płuca wzmagają się zjawiska kataralne i bez gorączki. U chorych, będących na drodze do wygojenia, gdzie stłumienia się rozchodzą, występowanie rzeżeń podczas peryodu każe być bardzo ostrożnym w rokowaniu.

Godnem uwagi jest fakt, że u pacjentek podejrzanych, a pozornie tylko niedokrwestwych — udaje się nie rzadko w czasie peryodu wysłuchać zjawiska patologiczne w płucach, uważanych za zdrowe. I tak w niektórych miejscach (np. na spina scapulae) znajdujemy oddech szorstki i zaostrzony, trochę trzeszczeń pod koniec wdechu, przytem niby kaszelek „nerwowy“. Objawy te mijają po paru dniach.

W niektórych przypadkach u suchotnic w czasie peryodu autor nie widział żadnych zmian miejscowych, natomiast po przejściu — następowało pewne wygładzanie się objawów wysłuchowych: mniej rzeżeń, oddech mniej szorstki.

Stan taki utrzymywał się do następnego peryodu, po którym znowu miało miejsce zwrot ku lepszemu.

Rozumie się, że opisane zjawiska są indywidualne u obserwowanych chorych, że nie można ich uogólniać — i że jakieś pewniejsze rozejrzenie się w tych sprawach możebnem będzie przy większym materiale. Należy go więc zbierać. W każdym razie już z doświadczenia autora wynika, że suchotnice w czasie peryodu powinny zachowywać się nader ostrożnie i unikać wszelkiego narażania się. — A więc spokój, nawet leżenie w łóżku, pożywienie nie pobudzające.

*O. H.*



429. Dr. Karol Schütze. **Hydroterapia w suchotach płucnych.** (Bl. f. kl. Hydr., № 7).

W krótkim artykuli, przeznaczonym na ubiegły zjazd w Berlinie, autor składa wyciąg z doświadczenia swego i innych nad stosowaniem zabiegów wodoleczniczych w suchotach płucnych. Suchotnik niezamożny, który leczy się i wyzdrowieć musi w warunkach swego klimatu, a więc zmiennego, w którym też żyć będzie w dalszym ciągu, powinien się koniecznie zahartować przeciw wpływom zmiany ciepłoty okrażającej. Wiadomo bowiem, jak małe nawet zaziębienie, katar, źle oddziaływa na sprawę płuca.

Ranne wycierania wodą zimną lub zimne natryski, o możliwie wysokim ciśnieniu, wywołujące energiczne pobudzenie skóry, oddają tu wielkie usługi.

Poprawy apetytu osiąga autor, oprócz poprzednich procedur, przez tak zwany „Winternitz“, polegający na zimnem opakowaniu tułowia i gorącym ślimaku (Leitera) na okolicę żołądka. Suche wycieranie tułowia z następczem oblaniem zimną wodą, wywołuje bezpośrednio uczucie głodu. Przeciw gorączce i głównemu jej następstwu — osłabieniu czynności mięśnia sercowego stosują się stopniowo ochładzane wanny — według Ziemssen'a — z wycieraniem ciała, albo też krótkie kąpiele, ale o niskiej odrazu ciepłocie.

Te zabiegi radzi autor stosować i zapobiegawczo u osób dziedzicznie obciążonych. Sprzyjają one przemianie materii i wydalaniu z ustroju ciał toksycznych, jak wykazuje różnica jadowitości moczu przed i po zimnej kąpiele z roztarciem.

Przy krwotokach płucnych nakłada autor zimne owinięcie klatki piersiowej, a na przypuszczalną okolicę krwawienia przyrząd ochładzający Leitera do wody lodowej. W lżejszych przypadkach zaleca jaknajzimniejsze kąpiele z rozcieraniem. Pomimo napozór heroicznego wyglądu metoda ta daje niewątpliwie dobre wyniki. Męczący kaszel — w zastępstwie narkotyków — łagodzi krzyżówkami Winternitza (Kreutzbinde, Dunstumschlag) niekoniecznie niskiej temperatury. Te owijania przy gorączce można robić i na dzień. Znoszą one nieprzyjemne łaskotanie, a przytem nie sprzyjają zatrzymywaniu się wydzieliny — jak to bywa przy morfinie i t. p.

O. Hewelke.

430. C. Gerhardt. **O pluciu krwią suchotników.** (Berl. klin. Woch., № 21, 1899).

Autor podnosi znaczenie krwawień płucnych, jako wczesnego objawu, zdradzającego zupełnie nieraz ukryte cierpienie, a zarazem ostrzegającego chorego i pobudzającego go do leczenia porządnego. Dlatego też nie radzi G. zbyt zmniejszać znaczenia krwotoku, w celu uspo-

kojenia chorego; należyta ocena niebezpieczeństwa może pacjentowi wyjść tylko na dobre.

G. uważa krwotok płucny u suchotników, jako objaw jamowy. Oprócz na samą istotę tego faktu (aneuryzmaty art. pulm.), należy zwracać uwagę i na krwawe nacieczenie tkanki płucnej, wokół krwawiącego miejsca i w dolnych częściach dolnego zrazu; są one różnej wielkości i siły i dochodzą aż do zupełnego wycieśnienia powietrza. Obecność rzeżeń wilgotnych w dole płuca może wskazywać na stronę, po której ma miejsce krwotok, i kierować miejscem wyboru okładów lodowych.

Co się tyczy częstości krwawień i ich siły, to na 879 suchotników w klinice Gerhadta miało krwotoki 264 — 30%. Z tych 61% bardzo nieznaczne, przejściowe; w 38% silniejsze do 100 cc., w 48% do 500 i w 15 do przeszło 500 c. sz.

Krwawienie nie wywiera wyraźnego wpływu na gorączkę. Znaczne podniesienie zdarza się przy silniejszych krwawieniach i jest złym zwiastunem. Krwawienie jako wczesny objaw gruźlicy w znaczeniu prognostycznym jest znakiem względnie pomyślnym.

Co się tyczy leczenia, to teoretycznie rozważając właściwie powinniśmy zapatrywać się sceptycznie na nasze środki, szczególnie przy pękaniu większego rozmiaru tętniaków.

Uspokojenie moralne jest pierwszem wskazaniem; dalej leżenie, spokój zupełny, milczenie, lód i sól. Niezłe wyniki daje przewiązywanie umiarkowanie silne uda na 1/2 godziny, to po jednej, to po drugiej stronie; przyływ powinien być wolny, a tylko odpływ krwi utrudniony. Środki narkotyczne przy napadzie kaszlu. Przy krwawieniu często się powtarzającym Gerhardt zaleca duże dawki sporyszu (Infus. z 8—12 gr. co 2 godz. łyżkę).

Przy gorączce Digitalis; w paru razach otrzymano dodatni wynik po zastrzyknięciu atropiny 0.0003. W uporczywych przewlekłych krwawieniach zalecano (według Zdekauera) wdechanie słabego roztworu półtora chlorku żelaza.

Podskórnych wstrzykiwań żelatyny autor nie próbował.

O. H.

431.

## Mór w naszym wieku.

Zaraza morowa przyjmowała w XIX-ym wieku kilkakrotnie charakter epidemiczny, ale, dzięki przedsięwzięciu energicznych środków przez rządy lub z powodów innych, nieznanych nam, nie dosięgła ani razu charakteru klęski powszechnej.

Indye były w ciągu 1815 — 1838 wielokrotnie mniej lub więcej ciężko nawiedzane przez epidemie, które nosiły nazwę zarazy Poli, Cyrenejskiej, Benghazi. W Persyi i Mezopotamii występował mór w latach od 1858 do 1874. W r. 1874 w Arabii, w r. 1878—1879 w Wietnauce, gub. Astrachańskiej.

Istnieją kraje, w których mórz utrzymuje się stale i stąd bywa zanoszony do krajów sąsiednich i dalej, a mianowicie: Trypolis i Uganda w Afryce, Assy w Arabii, Irak, Kurdistan, dolina rzeki Indu w okolicy Garthwal, Junnau w Chinach, okolice Bajkału.

W roku 1895 większa epidemia rozwinęła się w Hong-Kong, Kantonie i na Formozie; w roku 1896 wystąpiła w Bombaju i na całym pobrzeżu zatoki Perskiej, gdzie dotąd jeszcze grasuje potężnie.

Według Proust'a warunki geograficzne i klimatyczne nie mają żadnego wpływu na rozwój i szerzenie się zarazy. Panowała ona zarówno dobrze w Indyach na wysokości 2,000 metrów, jak i na równinach Wetljangi przy 23°. Jednak wysoka ciepłota żarów letnich 45 — 50° zdaje się wpływać ujemnie na jej rozwój. (Niektórzy autorzy objaśniają to tem, że w Indyach podczas wielkich upałów cała biedna ludność, wśród której właśnie głównie szerzy się choroba, porzuca swe nędzne mieszkania — istne gniazda wszelkich infekcyi — i spędza cały dzień na powietrzu, przez co znajduje lepsze warunki higieniczne, mniej sprzyjające szerzeniu się epidemii. Z nastaniem chłodniejszej pory i powrotu do mieszkań ilość zachorowań wzrasta — *przyp. ref.*). Wogóle złe warunki zdrowotne, nędza, głód i nadużycia wyskokowe usposabiają do zachorowania, jak reszta we wszystkich zarazach.

Od roku 1894 mórz został zaliczony do chorób pasorzytniczych, dzięki wykryciu przez Yersin'a swoistego lasecznika moru. Jest to lasecznik krótki, z zaokrąglonemi końcami, nie barwiący się metodą Grama, łatwo barwnikami anilinowemi. Rośnie na żelatynie, dając kolonie białawe, przezroczyste o brzegach nieco wpadających w tęczę. Hodowle bulionowe przypominają hodowle róży. Szczepi się łatwo i szczególnie jadowitym okazuje się dla drobnych gryzuniów.

U chorych przebywa we krwi, gruczołach i wogóle we wszystkich narządach. Najłatwiej otrzymać hodowle z ropy dymieniec.

Co się tyczy sposobu szerzenia się zarazy, to nie ulega wątpliwości, że łatwo i najczęściej przenosi się ona przez odzież. We wrześniu 1896 r. skonstatowano w Londynie, że dwie osoby, które wróciły z Indyi zdrowe na statku, na którym nie było ani jednego przypadku zachorowania, podległy morowi po ubraniu się w fulary, pochodzące z Bombaju. Możliwe jest i bezpośrednie zarażenie się. Częstość zapadania chińczyków objaśniają tem, że chodzą oni dużo boso, że przez różne zadry etc. na stopach może wnikać zaraza; potwierdza to częstość dymieniec pachwinowych w morze u chińczyków. Prawdopodobnem jest zarażenie przez oddychanie, jak o tem świadczą nieszczęśliwy przypadek d-ra Müllera w Wiedniu.

Szczury, myszy i ich pasorzyty (pehły) niewątpliwie przyczyniają się do szerzenia się epidemii. Zwykle epidemia bywa poprzedzoną przez epizootyę tych gryzuniów.

Mórz rozwija się nagle, najczęściej po 5 — 6 dniach wylegania, przypomina zwłaszcza ospę: gwałtowny dreszcz, wysoka ciepłota 40 — 41°, ból głowy, kolumny, wymioty, obawa światła, silne pragnienie. Twarz zapada, biała, oczy nalane, język obrzmiały nieco, ciemno obłożony, z niebieskawą obwódką na końcu, którą von Heine

uważa za charakterystyczną. Ciężota przez pierwsze dwa dni wzrasta się i osiąga czasem 41.5°; niekiedy trzeciego dnia następuje spadek, ale później znów ciężota się podnosi.

W początkach zarażony jest pognębiony, ale przytomny, potem występuje bredzenie, często z przywidzeniami, carpilegia, zapaść.

Ze strony narządu trawienia z początku zjawiają się wymioty, potem rozwolnienie; wątroba jest nieco powiększona. Uderzenia serca są częste i słabe, tętno miękkie, często dwubitne. Oddech przyśpieszony. W moczu niekiedy bywa krew. W lekkich przypadkach (bardzo rzadko) choroba ustaje trzeciego dnia, pozostawiając znaczne osłabienie. Najczęściej przyłączają się powikłania; najczęstszym z nich — dymienice, szczególnie w pachwinach, w sąsiedztwie v. Saphena; dalej na szyi, pod pachami, rzadziej pod kolanami, na łokciach. Dymienice przedstawiają się jako guzy jajowate, wielkości orzecha, zwykle bolesne na dotyk. W zajętych pakiecie zwykle jeden tylko gruczoł jest mocniej obrzmiały, a około niego reszta tylko nieco jest powiększona. Niekiedy obrzmienia rozchodzą się, często ulegają ropieniu, wrzodzieją i po zagojeniu zostawiają blizny charakterystyczne o bardzo twardych brzegach.

Niekiedy podpadają sprawie i głęboko położone gruczoły — śródpiersia, krezkowe. W trzeciej części przypadków, oprócz bubonów, tworzą się wagliki i ciężkie karbunkułowe i zgorzelinowe porażenia skóry, idące niekiedy daleko w głąb, do mięśni i kości.

Wogóle skóra przyjmuje znaczny udział w chorobie i oprócz zmian wyliczonych, bywają różnego rodzaju wysypki od roseola do petechii.

Charcot odróżniał 3 postacie moru: 1) piorunująca, zabijająca w kilka godzin lub parę dni; 2) ciężką, zwykłą; 3) łagodną; we wszystkich jednak rokowanie jest nader wątpliwe, gdyż i w łagodnej zdarzają się ciężkie nawroty.

Netter, oprócz postaci zwykłej klasycznej, wyróżnia kilka typów klinicznych: 1) postać posocznicową, bardzo ciężką, często z wybroczynami krwawymi; 2) postać płucną (opisane w Bombaju przez Childe w r. 1897). Choroba rozwija się jak zwykle zapalenie płuc: kaszel, kłucie w boku etc. Plwocina jest charakterystyczna: różowa, piana i wodnista, a nie ciągnąca się, gęsta, jak w zwykłym zapaleniu płuc. Ale przy współczesnym występowaniu i pneumokoków, różnice te się zacierają. Badanie bakteriologiczne wykazuje zawartość w plwocinie dużej ilości laseczników Yersin'a. Ta postać występuje w epidemiach t. zw. czarnych, gdzie jest skłonność do wylewu krwi, petechii etc.;

3) postać kiszkowa, opisana przez Hojel'a, jeszcze nie dość dobrze scharakteryzowana i nie częsta. Przeważają objawy brzuszne: wzdęcie, wymioty;

4) mór chodzący (ambulant) równa się postaci łagodnej Charcot'a.

Oczywiście, w każdej epidemii występuje swoisty charakter, przewaga tych lub innych objawów i tylko ogólne cechy utrzymują się stale. Tak np. w niektórych epidemiach charakter krwotoczny

występował tak dalece na pierwszy plan, że chciano widzieć tu osobną chorobę. W ostatniej epidemii w Persyi i Kurdystanie (1897 — 1899) dymienice były rzadkie, za to często zdarzały się wągliki i wybroczyny. Postać płucna była częstą w Aleksandryi i obecnie w Oporto (patrz Kronikę bieżącą tego №).

Rozpoznanie trudnem może być tylko w początku epidemii wobec postaci płucnych, septycznej i kiszkowej. Rozstrzyga i wtedy badanie bakteryologiczne.

Rokowanie jest bardzo złe, przypadki łagodne są rzadkością; przeciętna śmiertelność wynosi 50 — 60 na sto, a niekiedy dochodzi 95%!

Środki zapobiegawcze pozostały w zasadzie te same, co i w wiekach średnich: kordony, kwarantanny, odosobnienie, odkażanie. Niestety, środki te w zastosowaniu przyjmują nieraz charakter drakoński i wywołują niezadowolenie ludności, nawet opór zbrojny (Indye — i świeże rozruchy w Portugalii, napaści na dr. Jorge — *przyp. ref.*). Środki te skuteczne są tylko w samym początku epidemii. Dzięki im udało się powstrzymać zarazę w Wiedniu w r. 1898, w Oporto ograniczenie nie dało się przeprowadzić (w braku dostatecznej energii rządu i nie zdawania sobie sprawy z miary niebezpieczeństwa, pomimo że uprzedzono je wcześniej. Środki przedsięwzięte zostały w miesiąc przeszło od pierwszych ostrzeżeń dr. Jorge).

Leczenie moru, dołąd zupełnie bezskuteczne, w ostatnich latach przyjęło charakter nowożytny i polega na stosowaniu swoistej surowicy. Wynalazcą jest Yersin przy udziale Roux, Calmette i Borrel'a. Doświadczenia prowadzone były w instytucie Pasteur'a w Paryżu, oraz w pracowni Nha Trony w Tonkinie (Yersin).

Hodowle, pozbawione życia przez ogrzewanie do 70°, szczepiono zwolna i stopniowo królikom aż do ich uodpornienia, następnie postępowano tak samo z końmi; do tego potrzeba od roku do 1½. Po tym czasie konie znoszą wprowadzenie hodowli żywych. Surowica takich koni w ilości 0.05 c. sześć. wprowadzona szczurowi na 12 godzin przed zaszczepieniem mu żyjącej hodowli, sprawia, że zwierzę przetrzymuje chorobę, która w zwykłych warunkach zabija je w ciągu 1 — 2 dni. Wprowadzenie 0.5 c. sz. leczy szczura zarażonego od 20 godzin. Wyssokowicz i Zabolotny sprawdzali dobry wpływ surowicy Yersin'a na małpach. Yersin zastrzykiwał surowicę uodporniającą 26 zarażonym w Kantonie i Amoy i miał 24 wyleczeń. Wyniki Yersin'a w Bombaju były nieco mniej pomyślne, co Netter objaśnia częstością w tej epidemii przypadków płucnych i posocznicych, przeciw którym surowica nie działa. Ostatecznie zdanie co do działania środka Yersin'a nie może być jeszcze ugruntowane i rzecz ta wymaga jeszcze dalszej pracy i udoskonaleń.

Misye rosyjska, niemiecka, austriacka i angielska, które pracowały nad dżumą, wyraziły się o surowicy sceptycznie.

Roux polecał inny rodzaj surowicy: od koni, którym zastrzykiwał rozpuszczalne toksyny dżumy, ale następnie zarzucił ten sposób. Sposób ten, podjęty przez Lustiga, Galeotti i Polnerini na nowo, przy próbach w Indyach nie dał wyników zadawalniających.

Yersin twierdził też, że jego surowica zabezpiecza po zastrzyknięciu zdrowym od zapadnięcia na dżumę na 14 dni. Haffkin w tym celu używał bulionu z hodowlami moru, które były pozbawione żywotności przez doprowadzenie do 70° C. Zastrzyknięcie 3 c. sz. silnemu mężczyźnie wywołuje gorączkę i początkowe objawy moru: obrzmienie gruczołów w sąsiedztwie zastrzyknięcia. Wogóle metoda Haffkina ma charakter szczepienia (*vaccinatio*).

Doświadczenie pokazuje, że ten sposób daje niezłe wyniki; uodpornienie trwa blisko roku. Władze angielskie w Indyach są przychylnie przekonane co do uodporniającego wpływu zastrzykiwań Haffkin'a i nie żądają odosobnienia osób, które mogą wykazać, że poddały się metodzie Haffkin'a.

Być może, że w Portugalii nastęczy się sposobność ostatecznego wypróbowania tych metod. Z Rosyi posłany został tam dla badań nad morem dr. Heppener, Francya wysłała dr. Calmette, Niemcy dr. Frosha (*przyp. ref.*).

(Według dr. J. Noir, „*Progr. med.*“, 36).

H.

## II. Choroby układu nerwowego.

432. Hildebrand. **Badania doświadczalne nad czuciem skórny.**  
 („*Experimentelle Studien ueber Hautsensibilität.*“ St. - Petersburg.  
 Med. Woch., № 28, 1899).

Dwie są fizyologiczne teorye czucia skórnyego.

Według dawniejszej (E. H. Weber, Funke, Vierordt, doświadczenia Fik-Wunderlich) skórę zaopatrują jedne nerwy czuciowe. Różne jakości czyli gatunki czucia, jak dotykowe, czucie ciepłoty, bólowe zależą od różnych własności bodźca i powstają z kombinacyi zmian ilościowych. Teorya ta uznaje, że z każdego miejsca skóry można równocześnie lub kolejno otrzymać wrażenia dotykowe i ciepłikowe, znajduje też poparcie w spostrzeżeniu, że przy małym natężeniu bodźca można się mylić w ocenie gatunku wrażenia i tak np. wrażenia ciepłikowe przyjąć za dotykowe. Z biegiem czasu teorya ta ustąpiła miejsca nowszej. Na podstawie spostrzeżeń i doświadczeń (Alsberg, Keller, Adamkiewicz, Puchett, Herzen, Blix, Goldscheider, Donaldson, v. Frey) zaczęto traktować każdy gatunek czucia skórnyego jako zmysł oddzielny, mający oddzielne nerwy obdarzone specyficzną energią i których zakończenia na powierzchni skóry stanowią odrębne terytorya. Stąd powstała teorya oddzielnych punktów skóry, z których jedne służą wyłącznie dla wrażeń dotyku, inne wyłącznie dla wrażeń ciepłikowych (nb. oddzielne dla zimna i oddzielne dla ciepła), a nawet oddzielnych punktów dla wrażeń bólowych (v. Frey). Autor założył sobie sprawdzić doświadczalnie tę teoryę specyficzných punktów zmysłowych skóry. A ponieważ ta teorya najzupełniejszy

wyraz swój znalazła w badaniach Goldscheidera, których wyniki zawarte są w jego „Physiologie der Hautsinnesnerven“, wyszłej w Lipsku w r. 1898 i w której podane są rysunki i wyszczególnione metody badania, autor postanowił iść za Goldscheiderem i za pomocą tejże samej, nawet ulepszonej przez siebie metody (np. pod względem dokładności stosowanej ciepłoty) sprawdzić następujące wyniki, które podaje Goldscheider:

1) Czy istotnie wrażenia cieplikowe dochodzą z pewnych tylko punktów skóry i czy istnieją oddzielne punkty dla wrażeń zimna, a oddzielne dla wrażeń ciepła?

2) Czy punkty cieplikowe dają się pobudzić i przez inne nie tylko cieplikowe bodźce i czy odpowiadają na te pobudzenia jedynie za pomocą specyficznych wrażeń zimna lub ciepła?

3) Czy można za pomocą pobudzenia pnia nerwowego wywołać wrażenia cieplikowe na obwodzie?

4) Czy istnieją na skórze specyficzne punkty dla wrażeń dotykowych?

5) Czy istnieją na skórze specyficzne punkty dla wrażeń bólowych (v. Frey)?

Po szczegóły metody badania odsyłamy do oryginału. Winniśmy tylko wspomnieć, że bodziec cieplikowy był aplikowany na sposób Goldscheidera za pomocą punkcikowego dotknięcia skóry odpowiednim aparatem, że temperatury stosowane były też same, co przez Goldscheidera, tylko dokładniej mierzone; ze doświadczenia dokonywane były na 4 cm. kw. terytoryach skórnych pod względem histologicznym i fizyologicznym jednorodnych, branych z różnych odcinków kończyn górnych 4-ch osobników i zachowane były warunki, uwzględniające znużenie fizyologiczne, oraz wykluczające sugestye.

Pytanie 1-sze rozłożył autor na 3 zadania, a mianowicie:

a) Czy wogóle istnieją na skórze oddzielne punkty dla wrażeń zimna i dla wrażeń ciepła?

b) Czy te punkty są stałe, t. j. czy dają się w powtórnym badaniu wykazać punkty zgodne z wykazaniem badaniem poprzednim?

c) Czy te punkty ułożone są w pewnym porządku podług pewnego typu?

Co do a). Wydało się autorowi na początku doświadczeń, że nie ze wszystkich punktów skórnych daje się otrzymać jednakowe wrażenie, że nawet istnieje wiele punktów, w których wrażenie cieplikowe jest obojętne, a odczuwa się jako proste dotknięcie. Ma to miejsce zarówno dla wrażeń zimna, jak dla wrażeń ciepła. Z biegiem jednak doświadczeń przekonał się, że na początku każdego doświadczenia najprzód dotykane miejsca skóry dawały wrażenia tak zimna, jak ciepła najsilniejsze, podczas gdy słabsze wrażenia cieplikowe dopiero pod koniec szeregu doświadczeń resp. dotyków występowały wtedy, gdy przyrząd utracił swą pierwotną intensywną ciepłotę. Wnosi z tego autor wbrew Goldscheiderowi, że *nie od punktów skóry zależy pewne niezmiennie natężenie wrazenia, lecz że jest ono zależne wprost od natężenia każdorazowo użytego bodźca*. Nadto nie udało się wykryć autorowi punktów bezwzględnie na bodziec cie-

plikowy obojętnych. Jeśli który z nich nie oddziaływał na bodziec cieplikowy w danej chwili użyty, to tenże sam punkt oddziaływał zawsze na bodziec intensywniejszy, skąd wniosek, że *każde miejsce skóry jest wrażliwe na bodziec cieplikowy*. Stwierdził wprawdzie autor, że nie wszystkie punkty skóry oddziaływają w jednym stopniu na jeden stopień ciepłoty, lecz z tego nie może wnosić o specyficznej energii każdego punktu. Okoliczność ta daje się dostatecznie objaśnić zjawiskiem zmęczenia fizjologicznego i wahaniami uwagi, gdyż w toku doświadczenia na jednych i tych samych punktach spostrzegał wahania w natężeniu wrażeń. Jeśli wszystko powyższe przemawia już przeciw specyficzności punktów cieplikowych, to ostatecznie obalają okoliczność, że *z tegoż samego punktu skóry udało się autorowi wywoływać wrażenia zarówno zimna, jak ciepła*.

Co do b). Punkty cieplikowe nie są stałe (anatomicznie), gdyż w kontrolujących doświadczeniach, dokonywanych w 8 — 10 dni po pierwotnym badaniu, otrzymane wyniki nie przedstawiały żadnego podobieństwa do czynników pierwotnych.

Co do c). Autor nie mógł stwierdzić żadnej regularności w układzie punktów cieplikowych na skórze. Co najwyżej miejsca wyjścia włosków skórnych wydały mu się na pobudzenia cieplikowe najbardziej wrażliwe.

Wogóle zatem co do pierwszego pytania autor nie stwierdził bynajmniej specyficznej natury punktów zimna i ciepła. Wrażenia te przeciwnie wydały mu się zależne od natężenia bodźca. Jest zatem skłonny cieplikowe punkty skórne Goldscheidera uważać za produkt sztuczny, a rysunków nie uznawał za istotnie punkcikowy rozkład zmysłu cieplikowego, lecz za obraz przedsiębranych w pewnych granicach punkcikowych pobudzeń cieplikowych.

2) Czy udaje się punkty cieplikowe pobudzić za pomocą innych, nie cieplikowych bodźców? Autor stosował bodźce mechaniczne, faryadzyczne i ukłucie igłą z wynikiem ujemnym. Jeśli niekiedy osoba badana określała wrażenie doznane jako cieplikowe, to zdarzało się to tylko w tych przypadkach, w których o celu doświadczenia była uprzedzona (sugestyja). Nadto ukłucie igłą wywoływało wrażenie bólu, nie ciepła.

3) Czy udaje się, drażniąc pień nerwowy, otrzymać w zakresie jego obwodowych rozgałęzień wrażenia cieplikowe? Autor za przykładem Goldscheidera stosował ucisk za pomocą korka, oraz faryadzycę za pomocą cienkiej elektrody n. medianus, radialis, a zwłaszcza ulnaris. Oddziaływaniem na ucisk mechaniczny było wrażenie bólu lub zdrętwienie, na faryadzycę ból, a niekiedy całkiem nieokreślone wrażenie cieplikowe zimna lub ciepła, które objaśnia za pośrednictwem wpływów naczynioruchowych.

4) Czy istnieją specjalne punkty skóry do odbierania wrażeń ucisku lub dotknięcia? Autor posługiwał się specjalnym aparatem, który pozwolił mu ujednostajnić siłę i szybkość, czyli czas trwania dotknięć za pomocą ostro zakończzonego drzewca. Doświadczenia robił na określonych przestrzeniach skóry, jak w badaniach wrażeń cieplikowych i doszedł do wniosku, że równomierny słaby ucisk resp.



dotknięcie odczuwa cała powierzchnia skóry. Szczególniej wrażliwymi są punkty wyjścia włosków skórnych. Specyjalnego wrażenia ziarnistości, przypisywanego przez Goldscheidera jego punktom uciskowym, autor nie wykrył.

5) Czy istnieją specjalne punkty skóry bólowe, jak utrzymuje v. Frey? czyli czy ból jest osobnym gatunkiem wrażenia, czy też, jak utrzymuje większość psychologów, jest tylko uczuciem towarzyszącym innym wrażeniom?

Autor badał punkt za punktem odmierzone terytorya skórne za pomocą ukłuć igłą i przekonał się, że cała powierzchnia u wszystkich badanych osób jest na ból wrażliwa. Na tej podstawie przyjąć musi, że ból jest skutkiem bodźców, które wprost nerwy uczucia podrażniają.

W zakończeniu autor nie ośmiela się na podstawie swoich stosunkowo nielicznych badań odrzucić wyniki Goldscheidera, oparte na wieloletnich nader licznych doświadczeniach. Ograniczą się zatem na zachęcaniu innych do dalszego prowadzenia tych zarówno teoretycznych, jak praktycznie ważnych doświadczeń.

*Rzeczniowski.*

433. Dejerine. **O znieczuleniu połowicznym pochodzenia mózgowego.** („De l'hémianaesthésie d'origine cérébrale.“ Sem méd., № 32, 1899 roku).

Powód do ogólnego wykładu o znieczuleniu połowicznym pochodzenia mózgowego na podstawie organicznej dał autorowi przypadek następujący:

55-letnia chora uległa w 16-ym roku życia zarażeniu syfilitycznemu od męża. Cierpiała następnie na silne bóle głowy, potem miała padaczkę częściową prawostronną. W 29-ym roku życia uległa nagle porażeniu prawostronnemu, oraz straciła zupełnie wzrok na oba oczy i powonienie (amaurosis, anosmia). Z powodu swego kalectwa znajduje się od 5 lat w szpitalu. Badanie wziernikiem ocznym wykazało zanik obu nn. wzrokowych; węch zniesiony po obu stronach. Porażenie prawostronne w słabym stopniu. Chora mimo inkoordynacji ruchowej posługuje się w stopniu wystarczającym kończyną górną, w której tylko siła mięśniowa gruba okazuje się słabszą. Chodzi nie pówłócząc nogą. Odruchy ścięgnowe łokciowy i kolanowy po prawej stronie wzmożone.

*Czucie.* — *Cz. powierzchowne:* dotykowe, bólowe i ciepłkowe w prawej połowie ciała zmniejszone. Pod względem topograficznym znieczulenie przekracza nieco po za linią środkową ciała i jest nierównomierne, największe w częściach najbardziej odległych od osady kończyn ku obwodowi, nadto większe na górnej kończynie, niż na dolnej, tułowiu i twarzy. W tem rozmieszczeniu topograficznym, oraz stopniu znieczulenia leży pierwsza różnica od znieczulenia hi-

sterycznego, które odgranicza się ściśle linią środkową ciała i jest równomierne na kończynach, tułowi i twarzy.

Nadto czucie dotykowe jest zmniejszone w nieznacznym stopniu, tak, że daje się wykryć dopiero za pomocą cyrkla Webera.

Umiejscowienie wrażeń dotykowych jest w danym przypadku dokładne. Lecz w innych analogicznych przypadkach może być upośledzone. Niema opóźnienia w odczuwaniu wrażeń, czem różni się od znieczulenia pochodzenia rdzeniowego lub nerwowego.

*Czucie głębokie*, czyli *mięśniowo-stawowo-kostne* jest bardzo upośledzone, jako czucie ruchów czynnych i biernych, czyli położenie członków. Następstwem utraty czucia mięśniowego jest ataksya czyli brak koordynacji dokładnej.

*Czucie stereognostyczne* czyli zdolność oceny za pomocą dotyku i czucia mięśniowego formy, spójności, ciepłoty i t. p. przedmiotów zupełnie u chorej nie istnieje. Utrata czucia stereognostycznego u tych chorych jest następstwem utraty czucia powierzchownego i mięśniowego. Tylko w histeryi przy zniesieniu czucia powierzchownego i mięśniowego może być czucie stereognostyczne zachowane, lub odwrotnie przy zachowaniu wrażeń dotykowych i mięśniowych zniesione np. przez sugestyę. Czucie stereognostyczne nie jest jakimś dodatkowym zmysłem, lecz powstaje z asocjacji prostych wrażeń czucia powierzchownego i głębokiego i potrzebuje dla swego wyrobienia pewnej wprawy, ćwiczenia, może go więc nie być u osobników, które w bardzo wczesnym wieku uległy hemiplegiae cerebralem infantili z utratą czucia, dlatego że nie zdążyli wyrobić sobie przez ćwiczenie tego rodzaju czucia. W danym jednak przypadku, w którym chora podległa porażeniu, w wieku dojrzałym brak czucia stereognostycznego jest skutkiem jego utraty przez chorobę. W miarę poprawy w sferze czucia u niektórych tego rodzaju chorych czucie stereognostyczne może być drogą ćwiczeń odzyskane. Na podstawie powyższych danych klinicznych autor podaje *następujące cechy różniczkowe znieczulenia połowicznego pochodzenia mózgowego od znieczulenia histerycznego*:

1) Nie dosięga ono nigdy tego stopnia natężenia, nie bywa tak absolutne, jak w histeryi.

2) Bywa proporcjonalne do stopnia porażenia ruchowego (hemiplegii) większe na kończynie górnej, niż na dolnej, tułowi i twarzy; nadto większe w częściach obwodowych, niż u osady kończyn. Nigdy nie spotyka się znieczulenia „en segments“, jak w histeryi.

3) W znieczuleniu połowicznym mózgowego pochodzenia narządy wyższych zmysłów nie uczestniczą w tej postaci, jak w znieczuleniu histerycznym, nigdy np. nie występuje zwężenie pola widzenia po stronie odpowiadającej znieczuleniu, jak w histeryi. Uczestniczyć mogą, lecz obustronnie i pod inną postacią zaburzeń. Niekiedy udział zmysłów np. ślepotą obustronna, jak w danym przypadku, zależy od spółtowarzyszącej odmiennej lokalizacji cierpienia podstawowego (w danym przypadku amaurosis zależy od umiejscowienia na podstawie czaszki w okolicy siodła tureckiego).

4) Ataxia ruchów w związku z utratą czucia mięśniowego, ślady bezwiednych uszkodzeń skóry np. blizny od oparzeń spotykają się tylko w znieczuleniu połowicznym organicznym, a nigdy w histerycznym. W tem ostatniem natomiast stan psychiczny chwilowy, ześrodkowanie uwagi na objaw, lub odwrócenie jej w innym kierunku, wpływ sugestyi wyraźnie oddziałują na wyniki znieczulenia.

Odróżnienie znieczulenia połowicznego organicznego od histerycznego ważne jest ze względu, że do porażenia organicznego może się niekiedy przyłączać znieczulenie histeryczne, a więcej jeszcze ważne ze względu na umiejscowienie zmian anatomo-patologicznych w znieczuleniu połowicznym pochodzenia mózgowego na podstawie organicznej. Gdzież owe zmiany mogą mieć swe siedlisko? Jak wiadomo, zdaniem Charcota, hemianaesthesia hysterica była całkiem podobna do hemianestezyi towarzyszącej hemiplegii w skutku uszkodzenia tylnej części tylnego odcinka torebki wewnętrznej (t. zw. *carefour sensitif*). Otóż nowsze badania zmieniają ten pogląd. Wprawdzie od czasów Türeka i Charcota panuje powszechna zgoda co do tego, że uszkodzenie t. zw. „*carefour sensitif*“ wyraża się klinicznie znieczuleniem połowicznym obok hemiplegii, lecz zmieniły się poglądy na charakter tego znieczulenia, jak również na umiejscowienie zmian. Większość dawnych spostrzeżeń hemianestezyi organicznej odnosi się, jak dziś poznano, do hemianestezyi histerycznej, co na podstawie dzisiejszych wiadomości o asocjacyach hystero-organicznych dziwić nie powinno. Przypisywano też dawniej hemianestezyi organicznej, że jest ona *sensitivo-sensorialis*, tak samo jak histeryczna. Tymczasem, zdaniem autora, uszkodzenie tylnego odcinka torebki wewnętrznej nie wywołuje ani zwężenia pola widzenia, ani amblyopii po stronie znieczulenia.

Jeśli zmiany usadowią się in parte subthalamica torebki wewnętrznej i przetną na tym poziomie pęczek wzrokowy, to mogą wywołać jedynie *hemianopsiam homonym. lateral.* Lecz najpospoliej zmiany dotyczą partis Thalam. mediae torebki wewnętrznej i wtedy niema żadnych zaburzeń wzroku, ani słuchu, powonienia lub smaku, gdyż wszystkie te zmysły mają ośrodki korowe w obu półkulach. Neurony słuchowe, wychodząc z pierwszego zawoju skroniowego przebiegają przez pars sublenticularis torebki wewnętrznej, udając się do corp. geniculat. intern. i do corp. quadrigem. poster.

Zmiany, naruszające te włókna mogą wprawdzie spowodować przytępienie słuchu, lecz obustronne. W uszkodzeniach *carefour sensitif* będzie tylko hemianaesthesia sensitiva. Badania, dokonane przez autora wespół z Long'em, dawniejszych przypadków za pomocą metody Weigerta i Pahla, a nowych za pomocą metody Marchi'ego wykazały, że hemianaesthesia capsularis może mieć miejsce tylko wtedy, gdy uszkodzenie sięga wewnątrz wzgórką wzrokowego, lub jeśli wzgórek wzrokowy zostanie izolowany przez zniszczenie włókien, łączących go z korą. Potrzeba nadto pewnego specjalnego umiejscowienia zmian w thalam. opticus, mianowicie, aby się mieściły w części tylnej i dolnej jądra zewnętrznego thalami opt., czyli w okolicy

*wstęgi Rheila*. Autor wykazał nadto za pomocą tychże metod, że uszkodzenie jedynie tylko tylnego odcinka torebki wewnętrznej może powodować haemiplegiam bez zaburzeń czucia, co dowodzi, że włókna czuciowe czyli thalamo corticales mieszają się w t. zw. carefour sensitif torebki wewnętrznej z włóknami projekcyjnymi.

Dla znieczulenia połowicznego pochodzenia torebkowego (*hemianaesthesia capsularis*) koniecznymi warunkami według autora są: 1) Uszkodzenia w thal. opt. niszczące włókna końcowe wstęgi Rheila i włókna thalamo-corticales. 2) Lub jeśli w thal. zmian niema, potrzeba, aby połączenie thal. opt. z okolicą ruchomo-czuciową kory było zniszczone. Najczęściej zdarza się 1-szy warunek.

Lecz hemianaesthesia pochodzenia mózgowego może być też korową (*hemianaesthesia corticalaris*, pamiętając, że ośrodki ruchowe i czuciowe kory (czucie ogólne i mięśniowe) zajmują jedne okolice. Cech różniczkowych klinicznych znieczulenia korowego niema. Zarówno znieczulenie korowe, jak torebkowe, towarzyszą porażeniu połowicznemu i odnoszą się do czucia skórniego i mięśniowego, nie zaś do narzędzi zmysłów wyższych.

Rozpoznanie czy hemianaesthesia jest capsularis lub corticalis musi się opierać na objawach dodatkowych. W danym przypadku h. jest corticalis z powodu, że poprzedzała padaczka częściowa. — W innych razach cechą tą będzie równoczesna monoplegia. Na mocy prawa, że hemianestezya pochodzenia mózgowego jest proporcjonalna do stopnia porażenia w przypadku monoplegiae znieczulenie na tułowiu, oraz na kończynach nieporażonej może być w bardzo małym stopniu.

Hemianestezya mózgowego pochodzenia na podstawie organicznej w przebiegu swym albo stopniowo ustępuje, co głównie zdarza się w młodym wieku. Poprawa postępuje w stosunku do poprawy porażenia najprzód więc na twarzy, tułowiu, u osady kończyn, najpóźniej na rękach. Że jednak niekiedy mimo powstania w młodym wieku znieczulenie może trwać uporczywie za dowód służy przypadek wyżej opisany.

Rzeczniowski.

### III. Choroby dzieci.

434. Henry Böhm (Wrocław). O t. zw. *lingua geographica* w wieku dziecięcym. (Volkmann. Samml. Klin. Vortr., № 249, 1899).

Prawie wszyscy lekarze, którzy opisują to cierpienie, dowodzą, że napotyka się ono przeważnie u dzieci. Pomimo to, autorzy najpopularniejszych podręczników pedyatrii mało się zajmują tą sprawą. Henoeh i Baginsky nie przyznają mu prawie żadnego znaczenia pod względem nozologicznym i rozpoznawczym; Biedert weale o niem nie wspomina. Bouchut w kilku słowach tylko zbija hipotezę Parrot'a o luetycznym pochodzeniu tegoż. Obszerniejszy opis znajdujemy

w najnowszym wydaniu podręcznika Gerhardta (opracowanym przez Seiferta), gdzie skreślony jest obraz powierzchownych czerwonych złuszczeń języka, otoczonych najeźściej białym walikiem i niejednakowych pod względem kształtu i wielkości. Plamy te mogą znikać, ale na czas krótki, występują zazwyczaj w pierwszych miesiącach życia, nieraz u kilku członków jednej rodziny, częściej u osobników płci żeńskiej. Etyologia jest ciemna; ani wzmiankowane przypuszczenie Parrot'a (lues hereditaria), ani poglądy Butlin'a (wpływy nerwowe), ani Gubler'a (pochodzenie pasożytnicze) nie ostały się wobec krytyki. Seifert nie wyjaśnia też kwestyi, czy sprawa ta stała towarzyszy cierpieniu jakiego narządu, będącemu następstwem ogólnych zaburzeń odżywiania (Spehlman), gdyż linguam geogr. napotykał też u dzieci zdrowych.

Z obszernego przeglądu odnośnych prac, omawianych przez autora, oraz z bogatej nomenklatury tego cierpienia, łatwo dojść do przekonania, że pomimo licznych poszukiwań zarówno pod względem anatomo-patologicznym, jak i semiotycznym (t. j. co do stosunku tego cierpienia do chorób miejscowych lub ogólnych), sprawa ta nie wyszła po za sferę hipotez. A jednakże sprawa ta jest ważna dla lekarza, a zwłaszcza dla pedyatry, nie tylko ze stanowiska naukowo-teoretycznego, ale i praktycznego, — gdyż w przypadkach tego rodzaju otoczenie dziecka nagabuje lekarza o istotę cierpienia tak uporczywego i ciągnącego się nieraz przez całe lata. Autor przekonał się, że i lekarzy wprawia nieraz w kłopot to cierpienie pod względem rozpoznawczym; jeden z kolegów skierował do kliniki taki przypadek, jako podejrzany o błonicę języka. Szczególniej ważnem byłoby przekonanie się, czy omawiany wizerunek języka pozostaje w związku z jakiembądź cierpieniem ogólnem, którego rozpoznanie mogłoby tym sposobem stać się łatwiejszem lub zyskać na pewności. Tymczasem dotychczas przeważnie zajmowano się jedynie przypuszczalnym związkiem między nim a przymiotem, nie czyniono zaś żadnych usiłowań w celu określenia stosunku omawianego cierpienia języka do 2-ch chorób ogólnych niemniej ważnych w dzieciństwie, mianowicie do żołądów (skrofulose) i gruźlicy. Zadania tego podjął się autor, zestawiając w szeregu starannie ułożonych tablic szczegóły, dotyczące 103 chorych, spostrzeganych w klinice (uniwersyteckiej) chorób dzieci we Wrocławiu. W tablicach tych podano imię, wiek i wagę dziecka, czas pojawienia się plam na języku, następnie różne szczegóły i poszlaki co do skrofulotuberkulozy (obarczenie dziedziczne, zmiany skóry, błon śluzowych, zębów, gruczołów limfatycznych, podejrzenie na obrzmienie gruczołów oskrzelowych, stan płuc i opłucny) i t. d. Nie mogąc streszczać wszystkich szczegółów, podajemy tylko następujące dane. Co do wieku zbadano: od 0 —  $\frac{1}{2}$  roku 11 przyp., od  $\frac{1}{2}$  — 1 roku 25 przyp., od 1 — 2 lat 31 przyp., od 2 — 3 lat 10 przyp., od 3 — 4 lat 5 przyp., od 4 — 5 lat 5 przyp., od 5 — 6 lat 3 przyp., od 6 — 7 lat 2 przyp., od 7 — 8 lat 4 przyp., od 8 — 9 lat 4 przyp. i po jednym od 9 — 10, od 10 — 10 i od 11 — 12 lat. Termin rozpoczęcia się choroby zanotowano w 45-ciu przypadkach, z tych więcej niż w połowie początek datował się od

urodzenia. Co do płci: chłopców 58, dziewcząt 45. Obarczenie dziedziczne stwierdzono w 31 przypadkach.

Wnioski autora brzmią, jak następuje:

Tak zwana lingua geographica napotyka się dość często u dzieci, zwłaszcza w pierwszym i drugim roku życia; tło jej anatomo-patologiczne jest jeszcze nieznanne. *W największej ilości przypadków cierpienie spostrzegano od samego urodzenia, w mniejszej ilości w ciągu pierwszego roku życia, w późniejszych latach rzadko. Przebieg cierpienia: całe lata; przemijające znikanie tegoż przez czas krótszy lub dłuższy stwierdzono niejednokrotnie. Około  $\frac{2}{3}$  przypadków, spostrzeganych przez autora, przedstawiało objawy już to dowodzące istnienia żołądów lub gruźlicy, już to pozwalające podejrzewać takowe i to po części obok obarczenia dziedzicznego, po części bez tego ostatniego.*

Co się tyczy pytania, czy omawiane cierpienie języka pozostaje w ścisłym związku ze skrofulozo-tuberkulozą, to wprawdzie na mocy poszukiwań autora nasuwa się odpowiedź twierdząca, wszelako nie można tego oświadczyć stanowczo; z tej racji pożądane są jeszcze dalsze spostrzeżenia i zwłaszcza na dorosłych, którzy są lub byli dotknięci tem cierpieniem, a także dokładne wywiady co do tych ostatnich. Stwierdzone w wielu przypadkach autora i innych badaczy fakt występowania w mowie będącego cierpienia u członków jednej rodziny, przewlekły przebieg tegoż i powolne znikanie w późniejszym wieku wydaje się analogicznem z uporczywemi, często powracającemi nieżyłtami innych błon śluzowych, spostrzeganemi w skrofulo-tuberkulozie.

B. Polikier.

---

435. Prof. A. Papapanagiotu (Ateny). **Rozpoznanie drobnowidzowe gruźlicy płuc i dławca u dzieci.** (Annales de Médecine et Chir. infant., 15 Juillet, 1899).

Rozpoznanie gruźlicy płuc u małych dzieci i odróżnienie jej od zapalenia płuc (bronchopneumonii), występującego po odrze lub krztuścu, jest bardzo trudne.

W celu pokonania tej trudności proponowano różne zabiegi, które okazały się niezadawalniającemi i trudno wykonalnemi.

Kossel zalecał poszukiwanie mikroba w wypróżnieniach pacjentów. Kaufman proponował wprowadzenie zgłębnika kauczukowego do podstawy języka w celu wywołania kaszlu i badanie na laseczniki swoiste śluzu, przylegającego do zgłębnika, a nawet, gdy to nie prowadzi do celu, aspirację tegoż śluzu za pomocą zgłębnika. Inni radzili wydobywać plwocinę palcem z ust natychmiast po napadzie kaszlu lub podawać lek wymiotny i badać wyrzuconą plwocinę.

Autor w kilku słowach krytykuje powyższe sposoby i zaleca następujący rękoczyn, stosowany przez niego w klinice dziecięcej w Atenach.

Usadowiwszy dziecko, jak się czyni przy oglądaniu gardła, otworzywszy usta łyżeczką, wywiera nią ucisk na podstawę języka w kierunku na dół i ku przodowi, dopóki nagłośnia nie stanie się widoczną. Wtedy końcem łyżeczki dotyka nagłośni, co wywołuje natychmiast silny napad kaszlu, któremu towarzyszy bezzwłocznie wydalenie plwociny. Ta ostatnia wystaje z krtani i przylega do gardzieli. Tę występującą plwocinę chwytą się tamponikiem z waty, umocowanym na paleczce drewnianej i wydobywa się ruchem obrotowym (*écouvillonnage*), zanim zostanie połknięta. Pierwsze porcje plwociny, tym sposobem wydobyte, mogą pochodzić z wyższych dróg oddechowych i nie zawierać lasecznika gruźliczego.

Wtedy autor powtarza opisany zabieg, wywołując znowu kaszel, poczem wydaloną plwocinę, pochodzącą, zdaniem autora, z głębi płuc, bada pod mikroskopem.

U niektórych dzieci, zwłaszcza nerwowych, zabieg ten nie wywołuje kaszlu, ale wymioty. Wtedy należy poczekać 1 — 2 minut i powtórzyć zabieg. Powtórne nieudanie się omawianej manipulacji jest rzadkością.

Procedura ta, zdaniem P., daje się stosować łatwo u dzieci poniżej lat 3-ch, u dzieci starszych autorowi udaje się otworzyć usta, wprowadzając łyżeczkę po za ostatni ząb trzonowy dziecka.

Autor zapewnia, że w ten sposób badał wiele przypadków podejrzanych, gdzie na mocy oznak fizykalnych nie można było orzec, czy ma się do czynienia z gruźlicą. Na poparcie tych słów podaje opis 3-ch przypadków tego rodzaju.

W jednym u półrocznego dziecka z poważnymi objawami fizykalnymi (jednostronne stępienie, podmuch, subkrepitacje, bronchofonia), znaleziono liczne laseczniki Kocha, a po śmierci wiele gruzelków w prawym płucu; w drugim u dziecka 2-letniego z objawami kondensacji prawego szczytu znaleziono również las. Kocha,—dziecko zmarło na meningit. tuberc., przy autopsyi: gruzelki na podstawie mózgu i w prawym płucu; wreszcie trzeci przypadek dotyczył 4-letniego dziecka z objawami fizykalnymi, zbliżonymi do poprzednich; wynik badania drobnowidzowego był ujemny; dziecko wyzdrowiało.

W drugiej części artykułu autor mówi o rozpoznaniu dławca bez jednoczesnej błonicy gardzieli (*croup d'emblée*). W tym razie autor bierze do zbadania to, co zostaje wykrztuszone przy kaszlu już to ślinę, już to plwocinę, już to błonę rzekomą i bada pod mikroskopem albo wprost, albo po rozwinięciu hodowli. I tu autor popiera swoje twierdzenie opisem 2-ch odnośnych przypadków.

Wniosek autora: sposób powyższy (badanie wydzieliny, otrzymanej przy kaszlu) jest pewniejszy, niż proponowane przez większość autorów badanie śluzu ust i gardzieli.

*B. Polikier.*

## IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

436. Neil Macleod w paru przypadkach przewlekłego otrucia **morfina, kokainą i chloralem** podawał z dobrym skutkiem duże dawki bromku sodu. W ciągu 3 — 4 dni zniża się szybko ilość morfiny, natomiast podaje się proszek sodu w ilościach od 22.5 — 33.75; dawki te znoszone były dobrze. Najczęściej po głębokim śnie następowało wyleczenie.

(Br. M. J., 1899; — Deut. Med. W., № 37).

O. H.

437. A. Platzer z Bukaresztu zwraca uwagę na ogromną częstość **uszkodzeń brodawek u karmiących**: na tysiąc badanych znaleziono je u 515. Główną rolę w ich powstawaniu gra ssanie, a mianowicie zdarzające się przytem ukąszenie, nadmierne wyciąganie i rozpulchanie brodawek. U rodzących po raz pierwszy bywają częściej te uszkodzenia i występują na 2 — 4 dzień po rozpoczęciu karmienia, najczęściej po obu stronach. Bywają tu uszkodzenia z utratą ciała i tylko pęknięcia. Drugie są gorsze; trudniej się goją i częściej dają początek ropniom. Ból bywa czasem tak silny, że zniwala przerwać karmienie, gorączka zdarza się w 6.5%; czasem bywają krwawienia. Pęknięcia autor radzi leczyć kompresami z 2% karbolu. Pierwszem wskazaniem jest absolutna czystość.

(Arch. f. Gynaek., 58).

O. H.

438. **Okres wylegania w szkarlatynie, ospie wietrznej, zausznicy (świnka), kurze i odrze.**

Dr. Cl. Duker, jako lekarz szkoły w Rugby, zrobił spostrzeżenie w ciągu 28 lat nad trwaniem okresu wylegania w rozmaitych wysypkach i określa go, jak następuje:

	przyp. krańcowe	w większości
	od 1 — 9 dni	2 — 4 dni
szkarlatyna	od 1 — 9 dni	2 — 4 dni
ospa wietrzna	„ 13 — 19 „	15 „
świnka	„ 14 — 25 „	19 „
kur	„ 12 — 22 „	16 „
odra	„ 8 — 14 „	11 „

Co się tyczy zapobiegania szerszenia się epidemii przez natychmiastowe odosobnienie, to udało się ono: 2 razy przy kurze, 3 razy przy odrze, 5 razy przy śwince, 9 razy przy szkarlatynie, 11 razy przy wietrznej ospie. Kur więc najtrudniej było przerwać, wobec tego należy tej sprawie przypisywać największy stopień zaraźliwości.

(Lancet, 29 kwiet., — W. M. W., 35).

O. H.

439. **Oxyuris vermicularis u dzieci.** Glistnica robaczkowa spotyka się bardzo często w przewodzie kiszki dzieci; na 200 sekyi dzieci do 12 roku Still znalazł je w 19 — 32%. Najważniejszym



z obserwacji S. jest to, że według niego oxyuris najchętniej przebywa w wyrostku robaczkowym (w  $\frac{2}{3}$  przypadków, a w 6 były tylko w tem miejscu), podczas gdy według panującego dotąd zdania ulubionem ich siedliskiem miała być kiszka prosta. Autor sądzi, że tu odbywa się ich wylęganie z jajek, a nie w żołądku, dokąd miały dostawać się przez polykanie. Obecność glistnic w appendix wywołuje tu objawy kataralne, zgrubienie ścian. Stąd wynika, że dla leczenia nie wystarcza przemywanie kiszki prostej, ale wlewania (Inf. Quassiae) powinny sięgać dalej, być większe (16 — 20 uncyi) i wzmocnione przez jednoczesne dawanie wewnątrz santoniny. Czystość rąk, paznogi u dzieci konieczna.

(Br. Med. J., 15 kw., — W. Med. Woch., 35). O. H.

440. Marion Dorset z Waszyngtonu podaje w New-York. med. Journal, 4/II, 1899, nowy sposób **barwienia laseczników gruźliczych**. Preparaty barwią się 80% wysokowym roztworem Sudanu № 3. Laseczники zabarwiają się na jasno-czerwony kolor; podbarwienie sinkiem metylu uwydatnia zabarwienie jeszcze wyraźniej.

H. K.

441. Schein zachwala **masaż brzucha jako środek zwiększający wydatność mleka u karmiących**. Należy wykonywać mięsienie codziennie od  $\frac{1}{2}$  do 1 godziny, kierując ruchy od miednicy ku piersiom. — Sutki również trzeba masować.

(Jour. de Méd. de P., — Wr., 34). O. H.

442. Dr. Sarremone z Paryża spostrzegł niezwykle rzadki, a może jedyny przypadek umiejscowienia **pierwotnego stwardnienia przymiotowego w krtani**. Wrzód zajmował prawą chrząstkę nalewkową i rozszerzał się ku nasadzie języka. Sposób zarażenia nie został wyjaśniony. Chory objaśniał zarażenie tak, że całował kobietę, która miała plaques muqueuses w ustach.

(Rev. hebdomadaire de laryng. Août). O. H.

443. Dr. Niessen z Wiednia jakoby odkrył **lasecznika przymiotu** i wyhodował go z płaskich lepieży i moknących pryszczów. Na hodowlach bulionowych z początku rosną tylko łańcuszkowce i gronkowce, dopiero po 8 — 14 dniach zaczyna się rozwój laseczników smegni praepatii, a następnie wśród tych zdarzają się i laseczники przymiotu. Morfologicznie twory te są do siebie podobne.

Od dzieci zmarłych z dziedzicznego przymiotu bardzo trudno wyhodować te bakterye. Na 8 trupów tylko raz udało się autorowi wyhodować ze szpiku kostnego prątki, przypominające przymiotowe. Ostatnie barwią się dobrze barwnikami anilinowemi, tioniną, fuksyną karbolową. Najlepszym podłożem dla ich hodowli jest krew, ale rosną też i na agarze, żelatynie i kartoflu. W hodowlach na agarze po upływie doby występują niewielkie kolonie w postaci błyszczących punktów, lekko uchodzących uwagi; następne pokolenia są już wyraźniejsze. Na żelatynie hodowle rozwijają się dopiero po 2 tygodniach w postaci niewielkich wyniesień koloru perłowej masy. Na surowicy świńskiej hodowle miały barwę pomarańczowo-żółtą;

z krwi syfilityka z objawami wtórnymi otrzymano hodowle szare, a z szerokich kondylomatów szare i szaro-cynamonowe. Lasecznik przmiotu we krwi znajduje się albo w stanie wolnym, albo też mieści się w białych lub czerwonych ciałkach krwi. Liczba ich we krwi ulega ciągłym zmianom, w zależności od antagonistycznego działania protoplazmy.

W dalszych badaniach autor badał zachowanie się tych pasorzyców w warunkach aglutynacji.

Wyraźną reakcyę otrzymywano z surowicą syfilityków, niewyraźną z surowicą ludzi zdrowych. Zastrzykiwania hodowli robiono 4 małpom, 1 świni, 1 psu, 1 królikowi i 3 świnkom morskim. Otrzymywano następnie objawy: obrzmienie gruczołów, plamy i grudki na skórze i błonach śluzowych, periarteriitis, zajęcie ośrodkowego układu nerwowego, wylewy i t. d.

(Wien. Med. Woch., 11—14, 1899, — Wr., 34, 1104). O. H.

444. Dr. Batsch widział pomyślne wyniki w rozpaczliwych przypadkach **wymiotów kałowych** (ileus) po zastrzyknięciu (0.0005) atropiny. Środek ten (belladonna) był w tym celu stosowany już w wieku przeszłym przez Theden'a.

(Wien. M. Woch., 37).

O. H.

445. Dr. Crocq zachwala w uporeczywych przypadkach **nerwobólu kulszowego ichtyol** do wewnątrz i nazewnątrz; z 20 przypadków otrzymał wyleczenie w 14. Podaje na dzień 6 do 8 kapsulek albo pigulek po 0.10 ichtyolu, a oprócz tego radzi 5 do 6 razy wcierać w bolesne okolice smarowidło:

ichtyoli 50.0

glycerini 20

Aq. destill. 30.

(Jour. de Neurol., 1899, — Pr. Méd., 37).

O. H.

## V. Korespondencya Kroniki Lekarskiej.

### Listy z Paryża.

#### III.

#### Walka z gruźlicą we Francyi.

*Paryż, w sierpniu.*

Od ostatniego kongresu przeciw suchotom, który odbył się z taką wystawnością w Berlinie, walka z tą groźną chorobą zaprzątęła wszystkie umysły lekarskie Francyi. Można powiedzieć, że w świecie lekarskim francuskim sprawa gruźlicy należy obecnie do najbardziej aktualnych.

Postępy, jakie wykazały na tem polu szczególnie Niemcy i Dania, zawstydziły trochę francuzów. A jednak trudno zaprzeczyć, że i oni pracują gorliwie nad osłabieniem potęgi suchot. Może nawet w żadnym zakresie nie ujawniło się w republice do tego stopnia poczucie obowiązku lekarzy względem społeczeństwa. Niestety, jeśli publiczność staje po stronie dzielnych inicjatorów walki, władze popierają ich zbyt mało. Objawiają one prawie że obojętność.

Inaczej bywa naprzykład w Niemczech.

Jako znamienny fakt w tym względzie przytoczę historję budowy dwóch sanatoryjów: francuskiego w Angicourt i niemieckiego w Ruppertstein. Pierwsze zostało uchwalone w r. 1893, nie wykonano go do dziś. W r. 1897, czyli w cztery lata po uchwaleniu, był gotów pawilon z pięćdziesięciu łózkami; postanowiono wówczas rozszerzyć gmach, i dać w nim pomieszczenie dwustu chorym. Lecz to opóźniło otwarcie sanatorium i, jeśli nie zajdą nowe przeszkody, zostanie ono oddane do publicznego użytku aż w roku 1900.

Sanatorium w Ruppertstein obliczone na 75 łózek uchwalono po sanatorium w Angicourt. W r. 1896 (a więc wcześniej, niż 50 łózek z Angicourt) już było gotowe!

Pod względem powolności walczą ze sobą o lepsze władze państwowe i miejskie. Nie dziw, gdyż Francję poczyna zalewać biurokracizm. Jednak jeśli gdzie, to zwłaszcza w sprawach dotyczących się zdrowia publicznego, należy żądać od państwa i czynnego udziału i rażności.

Historja zabiegów przedsięwziętych we Francji przeciw suchotom datuje się od mało co więcej, niż dziesięciu lat. W całości swej przedstawia ona obraz piękny i podniosły.

Pierwszym jej ważnym momentem jest zwołanie do Paryża pierwszego kongresu gruźliczego w r. 1888. Na czele organizatorów stanął sędziwy profesor paryskiego fakultetu, Verneuil. Przy nim należał do najczynniejszych L. H. Petit. Kongres poruszył wszystkie kwestje teoretyczne, obchodzące badaczy suchot, nadto — co dla nas w danym razie najważniejsze — wysunął na pierwszy plan szereg zagadnień praktycznych. E. Nocard z Alfortu i Arloing z Lyonu referowali o udzielaniu się suchot przez spożycie mięsa i mleka gruźliczego; referaty ich zakończyły się zatwierdzeniem przez członków kongresu żądaniem, aby zostały wprowadzone odpowiednie zmiany w ustawodawstwie.

Już na tym kongresie grono ludzi energicznych zdało sprawę z zawiązania towarzystwa, mającego na celu ratowanie dzieci tkniętych suchotami. Było to istniejące do dziś „Oeuvre des enfans tuberculeux“. W rok później otworzyło ono szpital dla suchotniczej dziatwy w Ormesson.

Wnet po kongresie powstało inne stowarzyszenie, które położyło do dziś znakomite usługi w walce z suchotami: „Dzieło narodowe szpitali morskich“ (Oeuvre nationale des hôpitaux marins).

Zważywszy doniosłość powietrza morskiego dla suchotników, wzięło ono sobie za zadanie wznoszenie szpitali i uzdrowisk nad morzem. Gdy zaczęło swą działalność miało szczególnie ważny punkt

oparcia w rezultatach zyskanych przez mały i duży szpital w Berc sur Mer (pierwszy powstał w r. 1861, drugi w r. 1869). Jakoż znalazło żywe poparcie. Już w r. 1891 mogła odbyć się inauguracja uzdrowiska morskiego na 200 łózek, w Banyuls sur Mer.

Powodzenie sprawy dodało otuchy twórcy stowarzyszenia, doktorowi Armaingaud z Bordeaux. Założył on był przedtem w Archachon (na południowym wybrzeżu Atlantyku) sanatorium dla 47-iu osób; na drugim kongresie gruźliczym w r. 1891 był pewnym, że liczbę łózek dobroczynność ogółu pozwoli wkrótce podnieść do trzechset.

Po drugim kongresie tenże lekarz zawiązał „Ligę obronną przeciw suchotom“ (Ligue préventive contre la tuberculose). Zmierza ona do nauczania mas o naturze suchot i o sposobach zapobiegania im. Jej działalność wzrasta z każdym rokiem; doszedłszy do r. 1899 zapoznamy się z nią bliżej.

Widzimy już z przytoczonych faktów, jak potężnymi bodźcami były dwa kongresy gruźlicze. Po każdym z nich walka ze straszną chorobą, wydierającą rocznie Francji 150,000 ofiar, potężniała. Po każdym wzrastał arsenał broni, którą potrzebą było szczerbić na karkach wiecznie odradzającej się hydry.

Po trzecim kongresie (1893) zdołano założyć specjalny organ: „Revue de la tuberculose“. Wychodzi on do dziś i zawiera mnóstwo cennych prac.

W tymże roku Coutenot z Besançon dał pierwszy we Francji przykład stworzenia w szpitalu dla wszelkiego rodzaju chorych osobnego oddziału suchotniczego. W kierowanej przez się części szpitala bezansońskiego oddał dwie sale wyłącznie chorym, u których badania bakteriologiczne ujawniły lasecznik Kocha. Pierwsza liczyła dwadzieścia pięć łózek, szerokie jej okna wychodziły na południe, gdzie wiała się rzeka Doubs i ciągnęła szeroka aleja spacerowa, obsadzona rozłożystymi lipami. Druga nieco mniejsza (dwadzieścia łózek) była przeznaczona dla tych, co nie znosiliby gorąca, ani gwaru — wychodziła bowiem na podwórze.

Obie codziennie odkażano, a korzyść z nich okazała się w krótkim stosunkowo czasie znaczną.

Okres między trzecim a czwartym kongresem (1898) przedstawia stały postęp sprawy.

Od r. 1894 rady departamentowe poczynają interesować się walką z suchotami: dnia 27 marca 1894 r. departamenty Gard i Vaucluse wyznaczają komisję dla założenia sanatorium dla dzieci gruźliczych w miejscowości leżącej na wspólnej granicy. W roku 1895 rada miejska w Paryżu wprowadza obowiązkowe odkażanie mieszkania po zgonie suchotnika. Jak świadczy „Bulletin de la statistique municipale“ z r. 1895, przestrzegano tego przepisu w 9,787 wypadkach. W r. 1896 inspektor dzielnicy paryskiej, Montargis, rozesłał po szkołach ludowych okólnik, aby wpajano w dzieci pewne wiadomości o suchotach i odzwyczajano je od płucia na podłogę. W tymże roku odbyło się 18 lipca otwarcie szpitala dla dwustu dzieci suchotniczych w Villiers nad Marną. Był to trzeci szpital tego rodzaju,

oprócz Ormesońskiego bowiem zdołano założyć w Miromesnil niezbyt duże „dyspensaryum“.

Wszystkie trzy są dziełem wspomnianego stowarzyszenia — „Oeuvre des enfans tuberculeux.“

W dwa miesiące później „Oeuvre des hôpitaux marins“ urządziło w Saint-Trajan inaugurację sanatorium, mogącego zmieścić sto pięćdziesiąt osób.

Wogóle rok 1896 będzie pamiętny w dziejach zabiegów przeciwgruźliczych. Nadto poruszono w nim teoretycznie dwie sprawy, które dla wielkiego swego znaczenia przeszły szybko na grunt praktyczny.

W „Revue de la tuberculose“ doktor Granjux zwrócił uwagę specjalistów na stosunek gruźlicy i służby wojskowej. Rozprawa jego „La tuberculose dans l'armée“ zawiera dane, nad którymi musi zastanowić się każdy człowiek myślący. Armia francuska traci rocznie wskutek suchot pokązną ilość żołnierzy, co więcej, ilość ta z każdym rokiem wzrasta.

Według sprawozdań oficjalnych ubyło w roku 1888 z każdego tysiąca żołnierzy 5.48 osób z powodu suchot. Z tych 1.18 zmarło w koszarach, 4.30 opuściło służbę w groźnym stanie choroby. Potem:

w r. 1889	odesłano 4.94 na tysiąc	zmarło 1.05	razem 5.99
„ 1890	„ 5.70	„ 1.08	„ 6.78
„ 1891	„ 6.10	„ 1.33	„ 7.43
„ 1892	„ 6.55	„ 1.04	„ 7.59
„ 1893	„ 6.33	„ 0.04	„ 7.27

Cyfry te można uzupełnić danymi z r. 1894 i 1895. Było więc:

w r. 1894	odesłano 6.55 na tysiąc	zmarło 1.01	razem 7.56
„ 1895	„ 8.34	„ 1.14	„ 9.48

Tak poważne objawy są jednym argumentem więcej przeciw militaryzmowi. To też, gdy później walka ze sztabem rozogniła wszystkie umysły francuskie, wydobyto je na jaw i poddano głośniejszej dyskusji.

Gdy władze wojskowe poczęły umywać ręce od winy, wtedy akademii medyczna z faktami w rękę jąła surowo krytykować urzędzenia koszarowe. Zwłaszcza doktor Grancher, profesor wszechniczy paryskiej, badał sprawę sumiennie. Na jednym z posiedzeń odczytał 44 listy od lekarzy i słuchaczy medycyny, którzy odbyli świeżo służbę wojskową i napatrzili się na zapobiegliwość koszarową względem gruźlicy.

Okazało się z jego zestawień, że wszystkie przepisy, nakazujące jak najprędzje uwalnianie gruźliczych, ich oddzielanie od towarzyszy, skrapianie karbolem izb żołnierskich, wprowadzanie spluwaczek i t. p. istnieją w koszarach tylko na papierze. Stąd choroba, gdy zjawi się w jakiej izbie, czyni szybko obfite żniwo.

Pewien trębacz począł pluć krwią, zostawiło go się przez jakiś czas. Nareszcie uwolniono go z wojska, ale już jego sąsiad kapral zapadł na suchoty (!? *przyp. Red.*).

Lub też nie zważając na widoczne objawy piersiowe dogorywającego suchotnika, biorą go do wojska i przez kilka tygodni, poprzędzających jego zgon, zaraża się znowu szereg innych towarzyszy. Najmocniejsi, najteżsi schodzą ze świata wskutek owego nieprzestrzegania higieny.

Protest ciała lekarskiego był w danym razie jaknajsluszniejszy.

Ujawnienie tych smutnych warunków nie przeszło bez śladu. W styczniu 1896 roku trzej posłowie Bompard, Emil Dubois, lekarz z Paryża, i obecny minister handlu Millerand złożyli projekt prawa, dotyczącego gruźlicy w wojsku. Pobór winien być dokonywanym z większem uwzględnianiem dziedziczności w rodzinie, dla tych zaś, którzy już w czasie służby wojskowej zostali zagrożeni lub dotknięci suchotami, niech zostaną założone sanatoria. Nie dość uwolnić żołnierza-suchotnika z wojska, potrzeba mu wrócić zdrowie. Wielu jest takich, co nie mają gdzie złożyć głowy po wyjściu z szeregów, sanatorium więc będzie dla nich istotnem zbawieniem.

To prawdziwie ludzkie prawo miało wszelkie widoki powodzenia. Ale proces Dreyfusa, który od dwóch lat wstrzymywał bieg całej kroci spraw, i jemu nie dozwolił jeszcze przyjść pod obrady.

W każdym razie już powstanie samego projektu dowodzi, że ruch wszczęty początkowo w kołach ściśle lekarskich był wielce pożytecznym.

Lecz wróćmy znowu do roku 1896. Drugim ważnym wypadkiem, bogatym również w następstwa, był raport „komisyi pomocy publicznej“. Z inicjatywy zarządu powszechnie znanej, wielkiej organizacji społecznej, zwanej „Assistance publique“, utworzyła się komisya, mająca zająć się sprawą suchot. Weszły do niej pierwszorzędne powagi lekarskie Francyi: Brouardel, Létulle, Hanot, Grancher, Strauss, Roux, Potain i inni. Sprawozdawcami zostali mianowani Grancher i Thoinot.

Komisya uchwaliła jako niedozowne:

1. Odosobnienie suchotników. Każdy szpital powinien mieć osobny oddział suchotniczy.
2. Ścisłe przestrzeganie antyseptyki w szpitalach. Więcej nie zamiatać, ani nie woskować podłogi szpitalnej, tylko myć ją. Wprowadzić wszędzie spluwaczki i wszystkie regularnie odkażać. Odkażać wszystkie przedmioty należące do chorych. Usunąć z sal szpitalnych franki i zmniejszyć, o ile tylko możebne, ilość sprzętów. Dać chorym odkażone i czyste ubranie szpitalne.
3. Zwiększenie personelu szpitalnego i otoczenie go tą samą opieką antyseptyki.
4. Szersze zastosowanie metody, polegającej na opatrywaniu suchotników domu przez „Publiczną pomoc“. W chwili gdy Grancher i Thoinot zdawali sprawę, opatrywanych w domu suchotników było w Paryżu 348. Z tej liczby 38 bezżennych, 310 z rodziną.

Pod wpływem owych rozejrzeń i wywodów zarząd „Assistance publique“ uchwalił wzniesienie w Brévannes szpitala dla nieuleczalnych suchotników (400 łóżek — milion sześćset tysięcy franków), stosownie zaś do pierwszego punktu uchwały komisyjnej przeznaczył

dwa miliony na osobne oddziały gruźlicze. Szpital Laennec będzie miał oddział dla 240 chorych, Fenon, dla tyłuż, Lariboisière dla 162.

Lecz — zauważył na to ze smutkiem Grancher — razem z sanatorium w Angicourt stanowi to 842 łózek, a potrzeba ich dla Francji conajmniej dwa tysiące.

Raport obił się głośnym echem i wśród świata lekarskiego i jemu to należy przypisać w części, że naprzykład w stacyach nad morzem Śródziemnym odkażanie i antyseptyka weszły w zupełności w użycie. Na czwartym kongresie gruźliczym (w r. 1898) dr. Guiter z Cannes przedstawił w tym względzie bardzo zadawalniające dane.

Profilaktyka bywa tam stosowaną bardzo starannie, wielka ilość światła słonecznego pomaga w tem bardzo. Spluwaczka z antyseptycznym płynem stanowi już nieodzowny sprzęt suchotników, chętnie także zgadzają się chorzy na spluwaczki do noszenia (systemu Dettweilera, Vaquiera lub Petita). Lekarze toczą wojnę z frankami i meblami i zwalczają zamiętanie. Nadto towarzystwo lekarskie w Cannes zorganizowało służbę odkażania nie tylko w razie śmierci chorego, ale po wszelkiem opróżnieniu mieszkania po nim. Wystarczy oświadczenie lekarza, iż dezynfekcyja jest potrzebna, a właściciel domu musi na nią zgodzić się.

Do odkażania ścian bywa używany formochlorol (litr o 38% na sto metrów sześciennych, 12 godzin zetknięcia z parą). W sezonie 1898 r. dokonano 256 odkażeń.

Doszliśmy tak aż do czwartego kongresu przeciw suchotom. — Posunął on znowu naprzód sprawę walki z gruźliczą. Ale o nim, jako też o tem, czego dokonano w dwóch ostatnich latach, pomówimy, dla braku miejsca, w przyszłym liście.

*W. Bugiel.*

## Listy z Wiednia.

### VII.

#### Z towarzystw lekarskich wiedeńskich.

*(Dokończenie).*

*Wiedeń, w lipcu 1899 r.*

Dr. Czyhlarz przedstawił wyleczony przypadek tęcza. 47-letnia wyrobница, upadając na ziemię, zraniła się w okolicę skroniową. Rana zupełnie nie była opatrywana. Po 14 dniach zauważyła chora, że nie może ust otworzyć i zgłosiła się do szpitala w 8 dni po wystąpieniu utrudnionego polykania i niemożności otworzenia ust. W szpitalu skonstansowano skurcz m. masseter i porażenie n. twarzowego po stronie lewej. Inne nerwy wolne. Zastosowano antitoksynę Tizzonię; w 10 dni nastąpiło wyleczenie. C. nie przypisuje jednak anti-

toksynie żadnego wpływu leczniczego, opierając się na doświadczeniach dotychczasowych, gdzie w kilkunastu przypadkach tęcza z objawami bardzo ciężkimi bez stosowania antitoksyny, a tylko przy leczeniu chloralem objawy tęcza ustąpiły i wyleczenie prędko nastąpiło, podczas gdy w jednym przypadku, gdzie stosowano antitoksynę, nastąpił exitus letalis. Przypadek przedstawiony należy do nader lekkich i przypuścićby można, że i bez antitoksyny wyleczenie było możliwe. Zresztą i doświadczenia, podawane w literaturze, nie bardzo przemawiają za leczeniem tym środkiem.

Prof. Lang omawia badanie pęcherza moczowego przy pomocy cystoskopów i zdejmowanie nader małych fotografii za pomocą „Photographiercystoskopu“ Nitze'go. Przyrząd nadzwyczaj czuły, pracuje nader dokładnie.

Dr. Pineles przedstawia preparaty z lymphæmia acuta. Przypadek dotyczył 73-letniej chorej, która zapadła nagle wśród bólów głowy, ogólnego osłabienia i bólów w piersiach. Badanie wykazało obrzęk śledziony i wybroczyny krwawe na przedramieniu. Wkrótce wystąpiło zajęcie sensorium i tetaniczne kuczki w kończynach górnych. W 19 dniu choroby exitus letalis. Badanie krwi w tym przypadku wykazało  $3\frac{1}{2}$  miliona ciałek czerwonych, 550,000 ciałek białych, 96° z pomiędzy wszystkich leukocytów wynosiły limfocyty. Sekeya wykazała powiększenie śledziony, wątroby i gruczołów limfatycznych, szpik kostny w całości czerwony i wolny od tłuszczu. W wątrobie i nerkach mikroskopowo bujanie limfoidalne. W szpiku kostnym znaleziono przeważnie limfocyty obok małej ilości myelocytów i czerwonych ciałek z jądrami.

Dr. Elsching znalazł w dwu przypadkach ostrej leukemii żyły i tętnice siatkówki porozszerzane, a na dnie oka wybroczyny krwawe, który wynik mógłby być ważnym objawem różniczkowym dla innych cierpień.

Dr. Steiner przedstawia pacjentkę z rozległą acne bromata, gdzie wysypka jest nadzwyczaj wielką i po większej części ropą wypełnioną.

Dr. Handek omawia leczenia spondylitis, zalecając przedewszystkiem unieruchomienie przy pomocy opatrunków gipsowych, przyczem i naciąganie stosuje z bardzo pomyślnym skutkiem nawet w przypadkach ostrych.

Dr. Schopf przedstawił chorą, u której wykonał prawie całkowite wycięcie żołądka. Chora cierpiała od dwóch lat na przypadłości żołądkowe. Przy badaniu znaleziono w okolicy żołądka guz przesuwalny, wielkości główki dziecka, o powierzchni nierównej, bolesny. Rozpoznano raka żołądka i przystąpiono do wykonania operacji. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziony prawie cały żołądek zajęty przez nowotwór, tak samo gruczoły krezkowe i omentum majus i minus. Z żołądka tylko mała część przy wpuście była wolna. Schopf wyciął prawie cały żołądek wraz z zajętej częściami. Przebieg pooperacyjny gładki. Chora ma się bardzo dobrze, apetyt powrócił; przypadłości żołądkowych niema, przybiera na cięle. W stolcach bada-



nych znajdują się tylko niestrawione włókna mięsne, po zatem trawi wszystko dobrze. Badanie nowotworu wykazało lymphosarcoma.

Dr. Schiff przedstawił preparaty z rdzenia pacierzowego, wykazujące Haematomyelia w przebiegu duru brzusznoego powstała. — U 19-letniego chorego durowego na 4-ty dzień choroby wystąpiła nagle zapadła przy wolnem sensorium, porażenie czuciowe i ruchowe wszystkich 4 kończyn, porażenie tułowia aż po żebro 3-cie, porażenie kiszki odchodowej i pęcherza moczowego. Odruchy ścięgniste na kończynach zniesione. Przy wdechach następowało zmniejszenie się klatki piersiowej, skutkiem kureżu przepony. W 16 godzin po pojawieniu się porażenia śmierć. W rozpoznaniu postawiono zajęcie rdzenia pacierzowego, ewentualnie krwotok. Sekcyja wykazała czerwone rozmięczenie rdzenia pacierzowego na rozległej przestrzeni nie tylko w części szyjowej, ale i w części lędźwiowej. Naczynia rdzenia znaleziono rozszerzone, a błony naczyń pokryte licznymi wybroczynami krwawymi. Wybroczyny krwawe znaleziono i w krtani. Oznak zapalenia brakowało, — prątków durowych w rdzeniu wykazać się nie dało.

Dr. Holzkmnecht przedstawił chorego z prawostronnem zwężeniem oskrzeli z przyczyny nieznaney, które udało się rozpoznać przy pomocy promieni Röntgena.

Dr. Jolles przedstawia swój przyrząd do oznaczenia żelaza we krwi, zmodyfikowany w ten sposób, że bez wielkich trudności daje się oznaczyć ilość żelaza we krwi (ferrometer kliniczny), podobnie jak przy oznaczeniu hemoglobiny za pomocą przyrządu Fleischla. Zasada ferrometru polega na tem, że pewien rozczyń rodanu żelaza przy oświetleniu gazowem okazuje zabarwienie szkła do oznaczenia hemoglobiny służącego.

Dr. Goldmann mówił o Ankylostamiesis w stosunku do koni. Dyrektor kopalni węgla w Brennbeg zwrócił Goldmannowi uwagę, że od czasu wprowadzenia do kopalni koni Anchylostomiasis przybrała na rozmiarze i że stajnie końskie uważać trzeba za źródło, gdzie choroba ta się wylega. Badania Goldmanna rzeczywiście wykazały, że w gnoju końskim znajdują się jajka i poczwarki tęgoryjca i to jajka zupełnie podobne do jajek w odchodach ludzkich. — Dalsze spostrzeżenia Goldmanna wykazały, że w tych dzielnicach, w których koni do robót kopalnianych nie używano, górnicy na cierpienie to nie zapadali, — natomiast kiedy połączono wszystkie dzielnice, a więc kiedy w całej kopalni pracowano przy pomocy koni, to choroba rozszerzyła się i na te dzielnice, w których przedtem jej nie spostrzegano. Kiedy wreszcie przed 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> rokiem konie z robót zupełnie usunięto, choroba między ludźmi ustała. Doświadczenia przez Goldmanna przeprowadzone celem sztucznych hodowli owych pasorzytów na rozmaitych podłożach wykazały, że najlepiej rosną one na odchodach końskich. W wodzie tracą prędko swoją żywotność. W odchodach końskich nie udało mu się odkryć jajek tęgoryjca, jednak pewną jest rzeczą, że gnój koński stanowi bardzo dobry przenośnik dla dalszego zakażenia. Z zapatrywaniem Goldmanna zgadzają się i inni autorowie, mający praktykę w kopalniach.

Z kroniki przedferyalnej zanotować wypada szczególniejszy fakt, jaki poraz pierwszy zdarzył się w kołach lekarzy austriackich. Radca ministerjalny i radca sanitarny dr. Kusy zamianowany został szefem sekcyjnym przy ministerjum dla spraw lekarskich. Poraz pierwszy zdarza się, że ważne to stanowisko, które dotychczas zajmowały osoby z medycyną najmniej obeznane, oddano w ręce doktora medycyny i w ten sposób stan lekarski zyskał swego przedstawiciela na tak wysokiem stanowisku.

Według doszłych wiadomości jeszcze w tym roku ma rząd rozpocząć szereg budynków, przeznaczonych na rozszerzenie istniejących katedr uniwersyteckich, a mieszczących się dotychczas w starych zupełnie nieodpowiednich gmachach. I tak na gruntach dawnej fabryki cygar na „Währinger“ powstaną 3 nowe instytuty fizyczne, mieszczące się obecnie w wynajętych prywatnych mieszkaniach; do roku 1902 mają być one zupełnie wykończone i do użytku oddane. Następnie stanąć ma gmach biologiczny, w którym pomieszczone będą: instytut dla fizjologii roślin i instytut zoologiczny. W końcu stanąć ma nowy zakład dla higieny, w którym również znajdzie pomieszczenie państwowy zakład dla badania środków odżywczych. Zakład fizjologiczny prof. Exnera przeniesiony został do nowo zbudowanego zakładu przy „Währingerstrasse“. Zresztą panuje w Wiedniu niezamąconą ciszą wakacyjną, — wszystko powyjeżdżało po za mury miasta, by świeżem powietrzem odetchnąć i nowych sił do dalszej nabrać pracy.

J.

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 1-go października 1899 r.*

—h.— Okólnik p. ministra oświaty, zapowiadający znaczne reformy w wychowaniu gimnazjalnem, jest faktem tak ważnym w naszym życiu, że nie powinien schodzić z myśli wszystkich, którzy zaliczają się do tak zwanej inteligencji; wszakże to plan modyfikacji tego warsztatu, który tę inteligencję przygotowuje i urabia.

Chociaż powołani do bezpośredniego wypowiedzenia zdania w tej kwestyi, do składu specjalnej komisji doradczej, są wyłącznie nauczyciele gimnazjalni, to jednak zabierać głos, z wolnej ręki, powinni nie tylko specjaliści pedagogowie. Jeżeli szkołę nazwać można warsztatem, to społeczeństwo jest odbiorcą jej wyrobów i ono to wydaje ocenę wartości życiowej tego obrobienia umysłów, jakie młode pokolenia otrzymują w szkole. Krytyka społeczna, jak okólnik przyznaje, była pobudką do przedsięwzięcia rewizji obecnego programu średniego wykształcenia, inicjatywa więc nie wyszła ze sfer nauczycieli gimnazjalnych.

Ujemny wpływ nader drobiazgowego szematu programów szkolnych odbija się nie tylko na uczniach, ale i na nauczycielach. Zabija w nich wszelką samodzielność i inicjatywę, odzwyczajają z czasem od samodzielnego myślenia, skoro wszystko jest na wierszu i niemal wyrazy oznaczone w programie. Umysł kureczy się i zastosowuje się do przepisanych wymagań tak dokładnie, że nie wykracza po za ramy określone i z czasem, po latach przyzwyczajenia i rutyny, nie umie już widzieć po za danym szematem. W tych okolicznościach pedagogom gimnazjalnym nie łatwo sądzić o owocach systemu, nie są oni w warunkach, sprzyjających do wyrobienia sądu bezstronnego, ani też nie mają wiele sposobności do robienia szerszych spostrzeżeń. Szewce może ocenić trwałość buta swego wyrobu, gdyż mu go przynoszą do poprawki, lekarz przez szereg lat obserwuje skutki kuracji i lub dokonanej operacji, ale uczeń gimnazjalny — po otrzymaniu patentu — z gimnazjum przerywa wszelką łączność i nie pokazuje się już w niem więcej. Nie zdarzyło się zaś nam nigdy słyszeć, aby który nauczyciel, albo rada którego gimnazjum wyraziła zainteresowanie się swemi dziełami, badając np. dalsze losy swych wychowañców, jak im się działo z otrzymanem przygotowaniem — w wyższych zakładach, jak się im przydało ono w życiu.

Nie na tej drodze zebrane dane zaświadczyły o chromaniu wykształcenia gimnazjalnego, ale głosy z życia, stąd, gdzie wyniki systemu wymyślonego wąsko i na ograniczoną metę stykają się z coraz to nowymi, z coraz to więcej skomplikowanymi warunkami bytu.

Te głosy, choć nie powołane, nie powinny zamilknąć właśnie dziś, lecz w dalszym ciągu współdziałać do wszechstronnego wyjaśnienia słabych stron rzeczy, którego nie może dać zbyt jednostronne zapatrywanie się na nią.

Jest to sprawa, w której zainteresowany jest cały ogół, wszyscy, co dbają o dobro i los przyszłych pokoleń. Nie może ona nie interesować przeto i lekarzy, którzy mogą się do jej wyjaśnienia przyczynić w dwojaki sposób: raz, obmyślając, zgodnie z programem, stronę wychowania fizycznego i, powtóre, dorzucając do doświadczenia innych to przekonanie o wartości i wadach obecnego systemu, jakie wyrobili sobie o nim przez wypróbowanie go w ogniu osobistej praktyki życiowej.

Sądzę, że takie głosy, zwłaszcza niewypowiedzane pojedynczo, ale zbiorowo opracowane przez pewne zgromadzenia lub stowarzyszenia fachowców: lekarzy, inżynierów, prawników, przyrodników — mogłyby mieć niemałe znaczenie doradcze dla przyszłej komisji, a szczególnie odnośnie zmiany całego systemu obecnego gimnazjalnego, odpowiednio do ustępu 1) b. okólnika: „jeżeliby wypłynął na porządek dzienny projekt zreformowania tych typów (klasyeczny i realny), lub też stworzenia typu wręcz nowego, dopuścić projekt taki do dyskusyi“.

—h.— Hr. K. Branicki ofiarował kupioną przezeń niedawno za 175,000 rb. posiadłość w Pruszkowie (400,000 kw. łokci) na przytułek dla nieuleczalnych chorych na raka. Na utrzymanie przytułku

hr. Br. przeznaczył dochód z domu przy ulicy Daniłowiczowskiej, wynoszący około 12,000 rb.

—h.— Dr. P. G. Rozanow, lekarz szpitala Pawłowskiego w Moskwie, napisał list otwarty do „Gazety Botkina“, w którym poddaje pod sąd lekarzy słowiańskich pytanie, czy nie dobrze byłoby urządzać peryodycznych ogólnosłowiańskich zjazdów lekarzy. — W zjazdach tych mogliby brać udział tylko słowianie, a rozprawy mogłyby mieć miejsce tylko w językach słowiańskich.

Redaktor „Wracza“ sceptycznie zapatruje się na to pytanie, mówiąc, że lekarze powinnyby o ile można współdziałać do zjednoczenia wszystkich narodów na gruncie nauki.

Zdaje się nam, że w tem „przeciw“ sz. redaktora „Wracza“ leży i nieco „za“: marzone zjednoczenie ogólne, może być pewniej osiągnięte na drodze łączenia się i grupowania oddzielnych, bliższych siebie, odłamów całości. Jeżeli ogólne zjazdy międzynarodowe mogą się rzeczywiście przyczynić do spełnienia przypisywanego im szczytnego zadania — na cały świat cywilizowany, to może projektowane zjazdy słowiańskie zrobią to dla słowiańszczyzny.

Kwestyę należy stawiać szerzej: albo zjazdy międzynarodowe przynoszą jakąś korzyść — na gruncie nauki lub też zbliżenia i poznawania się wzajemnego przedstawicieli pewnych klas inteligencji albo też korzyść ta jest złudzeniem. Rozstrzygnięcie tej kwestyi może wyjaśnić, czy popierać lub nie nową myśl.

A być może, że zbadanie jej głębsze okaże, że nieosiągnięcie celu przez zjazdy ogólne, właśnie zależy od zbyt wielkich różnic w poglądach i sympatyach rozmaitych przedstawicieli. Możeby rzecz poszła gładziej, gdyby istniały już prace przygotowawcze w tym kierunku, a więc po myśli dr. Rozanowa — przez zjazdy grup narodowościowych, a zwłaszcza słowiańskich. Całość tworzy się przez skupianie się części. Za przykład służą niemcy. Każdy zjazd lekarzy niemców, czy to zbiera się w Wiesbaden, Karlsbadzie czy w Berlinie — jest już wszechniemieckim, jedną zespoloną grupą, — i tak też występują niemcy na zjazdach międzynarodowych.

—h.— Mór w Porto zaczął się przejawiać w początku czerwca r. b. w biednej dzielnicy nadrzecznej (Duero), zamieszkaanej przez majtków, tragarzy portowych i odznaczającej się zlemi warunkami zdrowotnymi. Pierwsze przypadki dotyczyły tragarzy hiszpańskich. Zrazu uważano chorobę za rodzaj cholery letniej. Wydała się ona jednak odrazu podejrzaną profesorowi higieny i zarazem szefowi służby zdrowia w Porto, dr. Jorge, który też odrazu zwrócił uwagę władz na grożące niebezpieczeństwo. Po kilku próbach udało się dr. J. wyhodować laseczniki swoiste z dymienic i 8 sierpnia oficjalnie ogłosił swe zdanie, wypowiedziane zresztą już poprzednio. Początek choroby był nagły z gorączką, bredzeniem, dymienicami, stanem silnego podrażnienia przewodu pokarmowego. Objawy ze strony płuc były rzadkie (3 razy), petechye — były raz jeden. W dwóch śmiertelnie zakończonych przypadkach były wąglikowozgorzelinowe sprawy na skórze. Z powodu braku szpitala izolacyj-

nego odosobniono chorych w zwykłych szpitalach. Do 28 sierpnia było 54 zachorowań, w tem 23 przypadki śmierci. Obecnie zdarzają się jeszcze dziennie po 1 — 2 nowe przypadki.

Według miejscowych przypuszczeń zaraza została przywieziona do Porto przez angielski okręt City of Cork, który przybył z Indyi, zatrzymywał się kilka dni w Londynie, tam jednak miał stan sanitarny zadawalniający. Zaraza tkwiła zapewne w ładunku (konopi indyjskich).

Surowe środki przedsięwzięte przez rząd, a zwłaszcza przez kordon wojskowy, wywołały silne niezadowolenie wśród mieszkańców, które, jak to często bywa, zwróciło się i przeciw lekarzom. Dr. Jorge był sam narażony na nieprzyjemne manifestacje wzburzonego tłumu.

W mieście Braga na północ od Porto i w Barcellos były tylko 2 przypadki zawleczone z Porto. Po zatem kraj cały jest wolny.

W Aleksandryi zaraza jeszcze nie wygasła: od 27 czerwca do 26 sierpnia było tam 13 przypadków, z których 9 zmarło. Podobnie utrzymuje się zaraza w Bombaju, Puna, Kalkucie, Amoy (Chiny), Syngaporze, Honkongu i na wyspach S. Maurycego.

—h.— „Prawit. Wiest.“ z 2 (14) września ogłasza, że według relacji przewodniczącego komisji J. W. Księcia Oldenburskiego, przypadki zagadkowej choroby, która z charakterem endemicznym wystąpiła wśród biednej klasy ludności w Samarze, nie miały nic wspólnego z dżumą. Według ekspertyzy, dokonanej przez prof. W. K. Wysokowicza (z Kijowa) i N. J. Czystowicza (z Petersburga), choroba była ciężką malaryą, z powikłaniami ze strony płuc i kiszek, oraz róży.

Obecnie Samara uznana jest za zupełnie bezpieczną pod względem sanitarnym.

Co się zaś tyczy choroby w Kołobowce (dziś już wygasłej), to miało ono charakter ostry, zakaźny, zbliżony do moru dymienicowego, z przewagą typu płucnego. Ostateczne orzeczenie będzie wypowiedziane po ukończeniu robót laboratoryjnych, prowadzonych w Petersburgu. (Praw. Wiest., 9 (21), Wr.).

—h.— W Mińsku gub. miał miejsce niedawno następujący fakt. Kobieta, niedawno temu przyjęta do towarzystwa ubezpieczeń na życie na podstawie oględzin lekarza towarzystwa, który ją uznał za zdrową, zmarła. Spadkobiercy zażądali premii, wynoszącej 150,000 rb. Z powodu pewnych podejrzeń o nadużycie przeprowadzone zostało śledztwo. Okazało się, że lekarzowi do oględzin przedstawili inną zupełnie osobę. Winni oszustwa zostali aresztowani. — (Wr., 35).

—h.— Charkowskie powiatowe zebranie ziemskie postanowiło, pomimo protestu zarządu i komisji redakcyjnej, wypłacać znachorowi Bondarenko po 5 rb. miesięcznie aż do śmierci za leczenie wścieklizny. Zebranie kierowało się tu opinią czterech włóścian, którzy chwaliли leczenie B., a jeszcze bardziej zdaniem b. profesora Kremionskie-

go, który też ujął się za B. Znachor ten leczy ziołami (niewinnemi zresztą), które mają „gubić bacilusy“. (Wr., 35).

—h.— Aptekarz K. M. Michajłow donosi w „Farmacewt. Żur.“, że po wielu próżnych próbach wygubienia myszy, doszedł do pomyślnego wyniku, kładąc do otworów nor i do nor kawałki waty napojonej olejkiem miętowym. Myszy wyniosły się odrazu. Po pewnym czasie wróciły, ale nie mogły znieść zapachu mięty i opuściły dawne siedliska na zawsze. (Wr., 35).

—h.— Gubernator Tyrolu i Voralbergu w Austrii wydał rozporządzenie lekarzom okręgowym, aby przy rewizjach aptek zwrócono uwagę: 1) na mieszkanie pracujących w aptekach, oraz 2) czy nie są oni przeciążeni pracą na tyle, aby to nie mogło mieć złego wpływu na ich odpowiedzialną czynność.

—h.— W armii niemieckiej prowadzone są próby nad zastosowaniem automobilów do służby sanitarnej polowej. Powozy poruszane są naftą, o sile 5 — 6 koni. Część siły zużywa się na wprowadzanie w ruch dynamo-maszyny, oświetlającej latarnie zewnętrzne i w powozie. W czasie postoju nadmiar siły oświetla silną latarnię, ułatwiającą (nocą) oryentowanie się przy przenoszeniu rannych. (Wr., 35).

—h.— Niedawno pewien hrabia Rafaelo Guidone przystąpił do egzaminu lekarskiego w stanie Connecticut; ponieważ zaś nie posiadał języka angielskiego, zdawał przy pomocy tłumacza, któremu zapłacił 200 dolarów. Egzamin poszedł dobrze i hrabia otrzymał stopień doktora i prawo praktyki. W następstwie wyjaśniło się, że tłumacz nie tłumaczył, ale wprost zdawał egzamin; Guidone bowiem tylko udawał, że odpowiada na pytania, nie miał bowiem pojęcia o rzeczy. Wskutek tego Eclectic Med. Association zwróciło się do zarządu lekarskiego o odjęcie G. patentu. Dowcipny hrabia uznał jednak sam za stosowne wyjechać z kraju. (Wr., 35).

—hk.— Pisma angielskie donoszą, że brytańskie ministerjum wojny zaprowadziło szczepienie surowicy przeciwzimmniczej w armii. Część wojska, posłanego do Natolu, zostało już w ten sposób uodpornione. Szczepienie tej surowicy ma sprowadzać 36-godzinne niedomaganie, przypominające lekki napad zimnicy, poczem następuje zupełne wyzdrowienie. Brak dotąd bliższych naukowych wiadomości o sposobie otrzymywania tej surowicy, oraz o jej zastosowaniu. (Wien. Med. Pr., № 32, 1899).

—hk.— Prof. uniwersytetu w Bonn dr. Pellmann zestawił 709 potomków niejkiej Anny Jurke, alkoholiczki, zmarłej przed stu laty w wieku lat 60. W potomstwie tem znalazł P. 7 morderców, 76 ciężkich przestępców, 144 żebraków zawodowych, 61 umieszczonych w instytucjach dobroczynnych i 181 prostytutek. Nałogowi pijaństwu oddawali się wszyscy członkowie tej sławetnej rodziny. (Wien. Med. Pr., 32, 1899).

—hk.— W Ameryce duchowni biorą się na rozmaite sposoby, żeby ściągać pobożnych do kościoła. W South Mersham pewien pro-

boszcz zaprosił lekarza, żeby ten wygłosił za niego kazanie do ludu. Doktor wziął sobie za temat ewangelię czystości, po wyczerpaniu głównego tematu, mówił o skutkach rozwielniającego się pijaństwa pomiędzy parafianami, zakończył zaś owe kazanie przypomnieniem słuchaczkom, aby się więcej kuchnią zajmowały, ponieważ droga do serca mężowskiego prowadzi przez żołądek. (Deut. M. W.).

---

### Z m a r l i.

---

— W ciągu lata zmarł w majątku swym w gubernii Kostromskiej profesor tutejszego uniwersytetu na katedrze higieny **Kowalkowskij**. Zmarły przyjmował żywy udział w pracy przy ostatnim spisie jednodniowym w Warszawie. Cieszył się sympatją swych słuchaczy.

# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- I. O ucieczkach automatycznych (Fugues. Automatismes ambulatoire. Dromomania) (dokończenie) — Dr. med. Ludwik E. Bregman — str. 981.
- II. Poglądy współczesne na istotę choroby Addisona z powodu przypadku tej choroby — Dr. W. Miklaszewski (dokończenie) — str. 987.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

425. Rafaele Pirone — Marskość wątroby — str. 997. 426. R. Koch — Pierwsze sprawozdanie z czynności wyprawy dla badań nad malaryą — str. 1000. 427. S. Gabrielowitch — Przyczynki do poznania najważniejszych wymiarów ciała u suchotników i stosunek wzajemny narządów piersiowych i brzusznych — str. 1003. 428. Neumann — Związek między miesiączkowaniem i gruźlicą — str. 1004. 429. Dr. Karol Schütze — Hydroterapia w suchotach płucnych — str. 1005. 430. C. Gerhardt — O płuciu krwią suchotników — str. 1005. 431. Mór w naszym wieku — str. 1006

### II. Choroby układu nerwowego.

432. Hildebrand — Badania doświadczalne nad czuciem skórny — str. 1010. 433. Dejerine — O znieczuleniu połowicznym pochodzenia mózgowego — str. 1011.

### III. Choroby dzieci.

434. Henry Böhm — O t. zw. lingua geographica w wieku dziecięcym — str. 1016. 435. Prof. A. Papapanagiotu — Rozpoznanie drobnowidzowe gruźlicy płuc i dławka u dzieci — str. 1018.

### IV. Wiadomości pomniejsze — str. 1020.

### V. Korespondencja „Kroniki Lekarskiej“ — str. 1022.

Kronika bieżąca — str. 1030.

Zmarli — str. 1035.

---

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 18 Сентября 1899 года.