

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

## PROMIENICA, Actinomycosis.

Podał Dr. F. Kijewski.

(Ciąg dalszy ob. Nr. 11 i 12).

### Budowa grzybka promienistego.

---

Grzybki promieniste spotykane w organizmie zwierząt i człowieka bądź to w ropie, bądź też w ziarninie tworzą zlepki rozmaitej wielkości, od ziarnka drobnego piasku do prosa.

Zlepki takie mają formę nieprawidłową, są to po większej części cząstki bryłkowate o powierzchni nierównej; przez naciskanie każdą gródkę łatwo można rozbić na mniejsze także nieprawidłowej postaci i z powierzchnią nierówną. Kolor tych grudek jest szarawy, blado-żółty z odcieniem cytrynowym, albo też żółto-pomarańczowy.

W stanie normalnym są one miękkie, łatwo dają się rozgniatać, lecz oprócz takich spotykamy jeszcze inne, twarde, trzeszczące przy rozgniataciu — są to zlepki grzybków uległe już zmianom skutkiem zwapnienia.

Grudki grzybków promienistych znajduwane w ropie są nader szczelnie oblepione przez ciałka ropne, skutkiem czego budowa mikroskopowa tych tworów jest zamaskowaną. Aby uniknąć tej niedogodności, należy grudki przed zbadaniem oczyszczać od ropy przez przemywanie w potażu żrącym albo też w nasyconym roztworze węglanu potażu, który według moich spostrzeżeń okazuje się najodpowiedniejszym do tego celu. Grudki zaś wydobyte z guza lub ziarniny nie są tak zanieczyszczone, lecz i te dla otrzymania wyraźniejszej budowy należy przepłókać w roztworze alkalicznym.

Przy badaniu drobnowidzowem ustroju tych grzybków po zastosowaniu nawet niezbyt znacznego powiększenia (7 sy-

stem Hartnacka), najpierw zwracają uwagę twory silnie błyszczące, gruszkowatej lub kolbowatej formy, które w kształcie promieni wybiegają ze środkowej części grzybka i zajmują cały obwód. Takich gwiazdowatych tworów w grudce znajdujemy kilka lub więcej i są one zawsze ściśle połączone ze sobą. Rozpatrując oddzielną taką gwiazdę widzimy, że cała powierzchnia jej jest pokryta przez te błyszczące kolbowate twory, środkowa zaś część jest matowa i przy powierzchniowym badaniu wykazuje budowę niewyraźną.

Dla zbadania środkowej części grzybka należy go rozbić na części bądź to przez ciśnienie szkiełkiem przykrywkowym, bądź też przez rozdzielenie grudki za pomocą igielki i następane rozgniecenie.

Układ taki był główną przyczyną, dla czego grzybki te nazwano *promienistemi* — *actynomyces* — i tak jest charakterystyczny, że nawet badacz mało doświadczony łatwo go rozpoznać może.

Dla dosadniejszego przedstawienia obrazu tego grzybka można go porównać z małym kłębkim zwykłych nici nadziałym ze wszystkich stron szpilkami; szpilki przedstawiają nam kolbkowate promienie, a zwój nici środkową część.

Rozmaici badacze opisują cokolwiek odmiennie szczegóły budowy grzybka promienistego. W ogólnych zarysach budowa ta przedstawia się w sposób następujący: Jądro każdego grzybka stanowi zwój mocno poplątanych ze sobą nici, to stanowi nam *mycelium* — *grzybnię*, z której biorą początek nici tak nazwane *hyfy*, kończące się rozszerzeniami w postaci gruszek lub kolbek promienisto ułożonych na obwodzie całego tworów — kolbki te należy uważać za *zarodniki* — *gonidia*.

Harz opisywał, że gruszkowate zarodniki przy lekkim nacisku rozpadają się na klinowate odcienie rozmaitej wielkości, z których każdy jakby stanowi oddzielną całość. Podobną segmentację obserwował i Israel.

Przy badaniu promienicy człowieka miałem sposobność widzieć coś podobnego i otrzymywałem podzielone kolbki zupełnie podobne do tych jakie podaje Israel \*), lecz we-

\*) I. Israel.—I. c. Tab. II rys. 3.

Virchow's Archiv. Bd. 74. — 1878 r.



dług mojego mniemania podział ten nastąpił tylko skutkiem mechanicznego ciśnienia, i nic nie przemawia za tem, aby w ten sposób otrzymane segmenty stanowiły odrębną całość.

Przy nacisku łatwo można oderwać kolbkowaty taki promień i przez to otrzymać oddzielne kawałki, przedstawiające nam tylko same wzmiankowane wyżej rozszerzenia nici czyli zarodniki. Kolbki takie mogą być pojedyncze, lub też poroździelane na dwie lub więcej części, wychodzących na podobieństwo palców ręki z jednego dosyć grubego pnia (Fig. I. a. b. c.). Forma rozszerzeń bywa gruszkowata, kolbkowata lub lancetowata (Fig. I. d.). Jedna nitka biegnąca z grzybni może dać początek kilku rozszerzeniom, o wiele przenoszącym grubością główny pień, — podział bywa zresztą rozmaitym: spotykamy nitki zakończone widelcowato, na podobieństwo palców lub liści siedzących na gałązce i t. p. (Fig. I. e.).

Zewnętrzna linija tych szerokich zakończeń może być zupełnie równa, falista z jednej strony, lub też cały twór przedstawia szereg zwężeń i rozszerzeń. Na jednej gałązce można obserwować kombinacje rozszerzeń rozmaitej formy (Fig. I. f.).

Rozszerzenia te, jak to już wyżej wzmiankowałem, zbiegają się w nici, biorącej początek swój ze środkowej części grzyba. Harz i I. Israel na rozszerzeniach opisywali przegródki. Według Harza dolna część grzybka składa się z jednej podstawowej komórki — „*Basalzelle*“ — przedstawiającej grzybnię i na niej dopiero są umieszczone hyfy. Takich podstawowych komórek i przegródek na rozszerzeniach Ponnick nigdy nie widział, ani też ja przy swoich badaniach.

Grudki grzybka promienistego wołu, zaszczerpione myszy i badane po 48-iu godzinach, dały mi możność więcej szczegółowego wystudjowania przebiegu nici i zakończeń ich. — Przy badaniu posiłkowałem się znacznemi powiększeniami (9 syst Hartnacka i II imm. olejnym—okul III), gdyż przy pomocy mniejszych nie mogłem rozróżnić szczegółów.

Z głębi splotu grzybni wybiegała nitka rozdzielająca się na kilka innych, z których każda kończyła się lekkim napęcznieniem (Fig. II a.). W innych znów razach z boku nitki brały początek gałązki, które ze swojej strony rozdzielaly się w dalszym ciągu, nitka zaś główna biegła wyżej i da-

wała końcowe gałązki. Spostrzegąłem całe szeregi takich bocznych gałązek, grubość których wcale nie przenosiła głównego pnia (Fig. II. b.). Niekiedy nitka kończyła się wprost kilkoma kolbkowatemi rozszerzeniami (Fig. II. b.).

Niektóre gałązki miały na końcach zupełnie *okrągłe* główki, w innych zaś z takiej główki wybiegała w dalszym ciągu nitka kończąca się takąż samą kulistą główką. Na niektórych niciach spostrzegąłem cały szereg punkcikowatych zgrubień, co czyniło wrażenie paciorków nanizanych na sznur, niekiedy za szeregiem takich drobniutkich zgrubień następowało nagle rozszerzenie nici, z którego także biegła w dalszym ciągu jeszcze nitka (Fig. II. c.).

Najwięcej godnemi uwagi wydały mi się gałązki zakończone zupełnie kulistemi tworami, na każdej boku gałązce siedziała także wyraźna błyszcząca kulka. W innych znów miejscach widziałem jak z tych kulek wybiegały w rozmaitych kierunkach nici kończące się zgrubieniami. Byłoby to zatem coś podobnego do owej „*Basalzelle*“ Harza.

Według mojego zapatrywania są to zarodniki dające początek dalszym szeregom nici. Gałęzcowate te zakończenia nici są nader drobne i tylko mogą być rozróżniane przy zastosowaniu znacznych powiększeń.

Wszystkie zgrubienia nici grzybka promienistego bardzo silnie błyszczą, same zaś nici są cokolwiek matowe.

Harz twierdzi, że zarówno nici jak i kolbkowate rozszerzenie nie są jednolite, lecz posiadają zawartość drobnoziarnistą

Grzybek promienisty okazuje wielką odporność na działanie rozmaitych odczynników chemicznych. Kwasy takie, jak siarczany, solny, octowy i alkalija nie niszczą budowy grzybka, niekiedy nie wywierają zupełnie wpływu, a niekiedy zaś pod ich działaniem grzybek się kurczy; również można pozostawiać grzybek ten przez czas dłuższy w wysokoku, eterze, a także chloroformie \*) bez widocznej szkody dla budowy.

Badanie składowych części grzybka dokonywa się za pomocą barwników anilinowych, hematoksyliny, — jod barwi go na żółto, toż samo kwas pikrynowy. W tkankach grzyb-

\*) Israel, — I. c. — Virchows Archiv — 1878 — Bd. 74. str. 23.



ki można barwić za pomocą pikrokarminu, wtedy grzybek zabarwia się żółto, a tkanka czerwono, albo też według więcej złożonego sposobu Weigerta. W tym celu skrawki barwią się roztworem octowym *Orseille* Wedla \*), następnie przepłukują się w wysokoku, przenoszą do wodnego roztworu gencyjana fioletu, a po zabarwieniu w nim powtórnie przemywa się wyskokiem i zprzezoczyszcza za pomocą olejku gwoździkowego.

Otrzymamy wtedy tkankę otaczającą grzybki lekko pomarańczowego koloru, grzybki zaś same we środku posiadają zabarwienie fioletowo-błękitnawe, ku zewnątrz pas kolisty błękitny, dalej pasek bezbarwny, a na samym obwodzie promienie są jaskrawo-rubinowe \*\*).

Do badania drobnowidzowego nie jest konieczne zabarwienie grzybka, które przedstawia pewne trudności, badanie takie można dokonywać zupełnie dobrze na niebarwionych grudkach.

Harz, Israel, Ponfick, różnią się cokolwiek w opisie samego grzybka, nie mówię tu już o Johne, który rozpatrywał preparat pozostawiony w ciągu 2-ech lat w roztworze gummi glicerini, skutkiem czego grzybek mógł uległ znacznym zmianom.

Zkąd powstała taka różnorodność opisów? Każdy z wymienionych badaczy jest nader sumiennym, można śmiało polegać na ich spostrzeżeniach, a nie mamy prawa przypuszczać, aby widziane na przykład przez Israela drobniutki ziarenka były wytworem jego wyobraźni. Różnica zdań wypadła prawdopodobnie skutkiem tego, że rozpatrywane były grzybki w rozmaitych stanach rozwoju, lub też mogły one ulegać różnorodnym przemianom, i ztąd dawały cokolwiek odmienne obrazy.

Z powodu niezbyt dokładnej znajomości budowy samego grzybka, nic stanowczego nie wiemy o sposobie rozwoju jego. Spostrzegane przez Harza i Israela delikatne podziałki na gonidiach przemawiałyby za pierwszym stopniem rozwoju, lecz spostrzeżenia innych badaczy nie potwierdzają tego

\*) Dr. C. Wedl.—Ueber Orseille als Tinctionsmittel.—Virchows Archiv. Bd. 74, t. 143—1878.

\*\*) H. Hoyer. — O mikroskopowem badaniu grzybków chorobotwórczych.—1884, str. 17—18.

przypuszczenia. Harz jest tego mniemania, że z rozszerzonego kolbkowatego końca nici biorą początek wyrostki, rozwijające się w postaci wężyków, z tych wyrastają nici, które ze swej strony znowu się dzielą. Taki podział może nastąpić 4—8 razy, dopóki nie wytworzą się nowe zarodniki.

James Israel próbował otrzymać hodowle w płynie Pasteura i doszedł do przekonania, że rozwój grzybków promienistych odbywa się dwojakim sposobem: 1) przez podział w długość i szerokość gruszkowatych rozszerzeń i 2) przez wyrastanie nowych nici z drobnych kuleczek, które on uważa za zarodniki—*spora*.

W wypadku badanym przezemnie widziałem podobnie drobne, błyszczące kuleczki, lecz były one osadzone na cienkich niciach, spostrzegałem nawet całe gromadki takich kulek i przypuszczam że zależały od zgromadzenia się zakończeń nitów w jednym miejscu.

Również widziałem, jak z owych okrągłych tworów zupełnie odsznurowanych, biegły nici w rozmaitych kierunkach zakończone zgrubieniami. Można by rozpatrywać twory te jako zarodniki w pierwszym okresie ich rozwoju, lecz wszystkie wnioski takie nie mają gruntu stałego, gdyż nie były opierane na typowych czystych hodowlach, a jedynie tylko badanie tych ostatnich może dostatecznie wyświecić sposób podziału.

Pierwsze dodatnie rezultaty w tym kierunku otrzymał Oscar Israel w 1884 r. i badania jego rzucają nowe światło na ustrój grzybka. Israel próbował szczepić grudki grzybków promienistych, brane ze szczęki wołów, i udało mu się otrzymać czystą hodowlę na ściętej surowicy krwi wołowej. — Naokoło zaszczepienia widział promienie, które z łatwością rozróżnić można było przy rozpatrywaniu kultury pod światło. Po 14-tu dniach dopiero badacz ten spostrzegał małe, dosyć wyraźne guziczki. Przy badaniu drobnowidzem, oprócz licznych zarodników—*spora*, jakie zwykle znajdujemy przy pleśniach (*Schimmelpilze*), widział również gęste zwoje znane-go kolbkowatego mycelium „*Pilzrasen mit keulenförmigen Mycelien*,” który zachowywał typowy odśrodkowy kierunek \*).

---

\*) Oscar Israel.—Ueber die Cultivirbarkeit des Actinomyces. Virchows Archiv. Bd. 95.—1884. s. 140—145.



Boström następnie otrzymał pomyślny wynik hodowli grzybka promienistego.

Do doświadczeń autor ten zużytkował 5 przypadków promienicy u zwierząt i jeden u człowieka i we wszystkich wypadkach otrzymywał jednakowe rezultaty. Rozbijał on grudki grzybków w płynnej żelatynie, wylewał na płytki, potem zaś wybierał zupełnie czyste grudki i przenosił na stężoną surowicę, agar-agar lub żelatynę. Przy tego rodzaju postępowaniu udało mu się otrzymać czystą hodowlę grzybka promienistego. Kultura rozwija się dosyć szybko — w ciągu 5 — 6 dni, środkowa część jej składa się z maleńkich okrągłych guziczków żółto-czerwonych, brzegi których posiadają obłoczkowate wyrostki. Zwolna guziczki te zajmują coraz większą przestrzeń i pokazują się nietylko w środkowej części, lecz i na obwodzie.

Boström na zasadzie swoich poszukiwań przyszedł do przekonania, że kolbkowatych lub gruszkowatych zgrubień nici nie należy uważać za *gonidia*, jak to powszechnie dotąd przyjmowano, lecz za formy inwolucyjne.

Jaką posiadają doniosłość badania Boströma, przyszłość pokaże, tymczasem zaś mamy dowody, że hodowla grzybka promienistego już się udawała, skutkiem tego posiadamy możliwość gruntowniejszego wystudjowania własności samego grzybka.

Do obecnej chwili po za organizmem zwierzęcym nie znaleziono grzybków promienistych, chociaż niektóre dane pozwalają nam wnioskować o możliwości rozwoju ich niezależnie od organizmów zwierząt.

Pomimo badań i hodowli pytanie, do jakiego rodzaju należy zaliczyć pomienione grzybki, nie zostało ostatecznie rozwiązane. Oddawna wiedziano już, że są to twory grzybowe, lecz bliższego ich stanowiska nie określono. Większość badaczy jak Harz, F. Cohn, De Bary, Pringsheim twierdzą, że mamy do czynienia z *Hypfomycetami* — z pleśniami — Schimmelpilze.

---

\*) Boström.—Ueber Actinomycose.

Bericht über Verhandl. d. IV Congress für innere Medizin, Wiesbaden—1885.

Beilage zum Centralblatt f. Klin. Med. 1885 N. 20.

Johne \*) wyraził przypuszczenie, że *actinomyces* jest identyczny z *echinobotyrium*, H. Karsten \*\*) zaś utrzymuje, że jest to rodzaj *Entomophthora*.

Israel i Ponfick zaliczają go *Schiromyces* w blizkiem pokrewieństwie z *Leptothrix-Streptothrix*. Israel kładzie nacisk na tę okoliczność, że pomiędzy massami grzybków w jamie ustnej, które przyjmowano za *Leptothrix buccalis*, często znajdują się rozmaite formy rozwoju grzybków promienistych, chociaż tych ostatnich nie odróżniamy od zwykłej formy *Leptothrix*.

Israel przypuszcza, że *actinomyces* inaczej rozwija się wewnątrz organizmu, jak zewnątrz, dlatego też w jamie ustnej nie ma typowego kształtu \*\*\*).

Ponfick na poparcie swego mniemania przytacza wypadki, podane przez oftalmologów, gdzie z kanalików łzowych wydobywano zwoje poplątanych nici, które Cohn uznał za pasorzyt roślinny — *Streptothrix Försteri*. Otóż pomiędzy temi zwojami i grzybkim promienistym Ponfick upatruje wielkie podobieństwo.

Na zakończenie działu tego wspomnieć mi tu jeszcze należy o przemianie, jakiej często ulegają kolonije grzybków promienistych t. j. o *zwapnieniu*

Ponfick spotykał takie zwapnienie u ludzi, chociaż w wyższym stopniu spostrzegał je u zwierząt, szczególnie u wołów i świń. Zwapniałe grudki są zupełnie twarde i mają zatartą budowę; zwapnienie idzie od środka ku obwodowi. Przy rozpatrywaniu grudek takich pod mikroskopem okazuje się, że środek zajęty jest przez masy zwapniałe, a na obwodzie pozostaje jeszcze korona promienistych błyszczących zgrubień.

Często, szczególnie w starych ropniach, znajdujemy małe żółto-zielone grudki, które łatwo mogą być wzięte za zlepki grzybków promienistych, tembardziej że badania drobnowidzowe wykazują promienistą budowę tych tworów. są to kryształki tłuszczowe, cienkie igielki których układają się w postaci delikatnych promieni.

\*) Johne.—Deutsche Zeitschrift f. Thiermed. 1881 Bd. VII.

\*\*) Karsten.—Deutsche med. Wochens. 1884—N. 17.

\*\*\*) James Israel.—Klinische Beiträge zur Kenntniss der Actinomycose des Menschen. 1885.



Ponfick spostrzegał często takie drobnoziarniste tłuszczowe masy w pobliżu grudek grzybów, a nawet w starych guzach widział jak wypełniają przedziałki pomiędzy nimi i zgrubieniami tychże.

Massy te powstają skutkiem rozpadu komórek zapalno-hyperplastycznych otaczających grudki grzybków promienistych. Aby uniknąć w takich razach pomyłki, należy twory podobne poddawać działaniu odczynników rozpuszczających tńszcze, — jak alkohol, eter i inne, które nie wywierają jednak wpływu niszczącego na same grzybki.

### **Zmiany anatomo-patologiczne i objawy promienicy.**

Badania anatomo-patologiczne i objawy promienicy do tego czasu nie są jeszcze wyczerpująco opracowane, gdyż stosunkowo niewielka liczba spostrzeżeń nie pozwala na wystudjowanie tej choroby we wszelkich jej odcieniach, lecz to co już zrobiono w tej kwestyi, zupełnie wystarcza do jasnego zrozumienia rzeczy. Ponfick wnioski swoje opierał na 16-tu wypadkach, to też jego opis zmian patologicznych i objawów jest jeszcze bardzo niezupełny. Po wydaniu pracy Ponficka pokazało się mnóstwo obserwacyj tak dotyczących przebiegu jak i istoty samej choroby. Materyjał ten zebrał James Israel, poparł go własnem doświadczeniem i uporządkował w pewne grupy, dające nam możność dokładniejszego obznajmienia się z chorobą. Israel podał 38 wypadków rozmaitych badaczy, pracy jego jednak nie można uważać za ostatni wyraz nauki w tej kwestyi, gdyż łatwo zrozumieć, że przy zwiększającym się materyjale wiele zagadek bądź to klinicznych, bądź też anatomo-patologicznych zostanie jeszcze wyjaśnione.

W pracy mojej opieram się przeważnie na badaniach Ponficka i Israela, starałem się przytem uwzględnić o ile możliwości wszystkie inne opisy wypadków promienicy, które ogłoszono już po wydaniu pracy Israela; do tego wszystkiego dołączam i własne spostrzeżenia, chociaż nie są zbyt obszerne, gdyż dotyczą tylko jednego wypadku choroby tej u człowieka, obserwowanej przezemnie w całym jej przebiegu.

Zmiany jakie wywołuje obecność grzybków promieni-

stych w ustroju ludzkim są nader rozmaite, co zależy od narządu, w którym się sprawa umiejscowiła i od stopnia jej rozwoju. Skóra, mięśnie, kości, narządy wewnętrzne — jak płuca, kiszki, wątroba, śledziona, nerki, a nawet serce i mózg mogą stanowić siedlisko choroby, lecz z tej liczby tylko niektóre organa ulegają pierwotnemu porażeniu, na inne zaś sprawa przechodzi bądź to *per continuitatem*, bądź też drogą *przerzutów*.

Przy promienicy u człowieka podobnie jak i u bydła rogatego obecność grzybków jest przyczyną tworzenia się guzów, które jednak u człowieka zachowują się i przebiegają cokolwiek odmiennie od podobnych tworów, spotykanych u zwierząt.

W pierwszym okresie swojego rozwoju guzy mają rozmaitą wielkość, nie posiadają zbyt ścisłych granic, są dosyć twarde i pokryte niezmienną skórą, z wyglądu niczem nie zdradzają swojej złośliwości. Ponfick zajął się szczegółowem zbadaniem ich i przyszedł do tego przekonania, że należy je zaliczyć do guzów w ścisłym znaczeniu tego wyrazu i stosownie do histologicznej budowy pomieszcza je w grupie *guzów granulacyjnych Virchowa*. Głównym bodźcem do rozwoju tych tworów jest grzybek promienisty — *contagium*. — a ztąd też produkty przemiany u człowieka Ponfick nazywa „*mycetogene Granulationsgeschwulst* albo *Infections-geschwulst*“ \*).

W guzie takim pośród tkanki zupełnie podobnej do granulacyjnej pomieszczone są grudki grzybków pod postacią drobniutkich ziarenek.

W takim stanie u człowieka owe twory nie pozostają zbyt długo. Po pewnym przeciągu czasu środkowa część ich ulega stłuszczeniu i ropnemu rozpadowi, skutkiem czego w wielu miejscach powstają rozmiękczenia, tworzą się małe lub większe jamki, wypełnione ropą wraz z zawieszonymi w niej grudkami grzybków. Guziki wtedy robią wrażenie ropni i za takie też je uważał Israel. To jest drugi okres rozwoju tych tworów. W trzecim okresie pękają one, opróżniają swoją zawartość i dają początek przetokom, nader trudno gojącym się, ścianki których wyłożone są żółtawymi, miękkie-

\*) Ponfick l. c. — Die Actinomyose des Menschen. str. 169—114.



mi i bardzo łatwo rozpadającymi się granulacjami. Proces sam nie ogranicza się na tem, lecz pełźnie zwolna dalej, powstaje w nowem miejscu guz, który ulega temuż samemu losowi co i poprzedni, skutkiem tego tworzą się coraz to nowe spustoszenia. Tak naprzykład guz powstały na twarzy może zniszczyć skórę, mięśnie i kości w danej miejscowości, następnie drogą zatok przejść na podstawę czaszki, opuścić się wzdłuż kręgosłupa, spowodować zapalenie tkanki otaczającej opłucnę i t. p.

Taka skłonność do rozszerzania się i wciągania do udziału wewnętrznych organów, stanowi charakterystyczną cechę promienicy u człowieka.

Stosownie do porażonych narządów obraz choroby przedstawia się bardzo rozmaicie; oprócz powierzchownych zniszczeń, a nawet spustoszeń w kościach i mięśniach, spotykamy się z zapaleniem płuc pochodzenia aktywnomykotycznego, zapaleniem opłucnej, porażeniem serca i osierdzia, porażeniem otrzewnej, przedziurawieniem kiszek i t. p.

W rzeczy samej trudno jest ująć w jedne ramy wszystkie zmiany anatomo-patologiczne, gdyż nie występują one przy każdym wypadku, niezawsze ulegają porażeniu wszystkie organy, wywołane spustoszenie raz jest większe, drugi raz mniejsze, ztąd też w jednych wypadkach następuje szybkie charłactwo i śmierć, w innych zaś sprawa ciągnie się przez całe lata bez zbyt zgubnych wpływów na ustrój, jak to widzimy przy *bronchitis actinomycotica*.

Wychodząc z tej zasady, bliższe zbadanie promienicy wywołuje potrzebę rozpatrywania zmian i objawów w oddzielnych grupach, jak to uczynił Israel.

Droga jaką grzybki przenikają do ustroju ludzkiego, służyła za podstawę podziału Israela. O ile to się sprawdzić dało ze znanych nam wypadków, najważniejszą rolę w tej kwestyi odgrywa jama ustna, dalej następują drogi oddechowe i przewód pokarmowy.

W pierwszej grupie Israel pomieścił wszystkie te wypadki, w których pasorzyt przeniknął do ustroju ludzkiego przez jamę ust lub przetyku i wywołał pierwotne ogniska choroby:

- a) w trzonie szczęki dolnej,
- b) na brzegu szczęki dolnej i okolicy podszczękowej

i podbródkowej (*regio submentalis et submaxillaris*),

- c) na szyi.
- d) pod okostną górnej szczęki,
- e) na policzkach i w obrębie ich.

Druga grupa obejmuje pierwotną promienicę narządu oddechowego. Pasożyt wniknął do ustroju przez drogi oddechowe i wytworzył ogniska pierwotne:

- a) na błonie śluzowej oskrzeli,
- b) w mięszu płuc, z przejściem na opłucną, tkankę otaczającą opłucną i stos kręgowy.

W trzeciej grupie opisuje I. wypadki pierwotnej promienicy kanału pokarmowego:

- a) porażenia powierzchniowego,
- b) z przejściem procesu na otrzewną i ściankę brzuszną.

Oprócz tego Israel załącza jeszcze czwarty oddział, w którym nie może wykazać drogi przedostania się grzybków promienistych do organizmu.

Jeżeli pasożyt dostaje się do jamy ust, to grunt odpowiedni do jego rozwoju mogą przedstawiać zęby spróchniałe (*caries dentium*), opróżnione jamki szczękowe po wyrwaniu zębów, obrażenia szczęk i przetoki szczękowe, uszkodzenia błony śluzowej ust, a także stan zapalny gardzieli i migdałków. W zębach, jamach zębowych, w migdałkach grzybki mogą pozostawać przez dłuższy czas i nie wywoływać dalszych następstw.

Israel obserwował w kryptach migdałków u zupełnie zdrowych ludzi nagromadzenie się tych grzybków. Jeżeli pasożyty te znajdują się już w jamie ust, to z łatwością mogą się dostać głębiej do tkanek i tam się rozwijać, nawet przy utrudnionem połykaniu mechaniczny ucisk wywierany na pasożyty może je wbijać w tkankę.

Bez porównania częściej porażeniu ulega dolna szczęka, aniżeli górna. Przy zajęciu dolnej szczęki pierwotne ognisko może powstać, jak to już wspomniałem, wewnątrz trzonu w samej tkance kostnej, w okolicy krawędzi i podszczękowej, na szyi, częścią w fossa carotidea, częścią w pobliżu środkowej linii.

Porażenie trzonu dolnej szczęki, to jest rozwój ogniska



w samej tkance kostnej u człowieka zdarza się bardzo rzadko. Do tego czasu obserwowano tylko jeden wypadek, zakończony nader szczęśliwie, gdyż chory wyzdrowiał. Porażenie tego rodzaju u wołów jest stałym objawem.

(*Dokończenie nastąpi*).

*Objaśnienie tablicy.*

Fig. I.

Nr. I. — Gniazdo grzybka promienistego według Ponficka.

a. b. c. Podział zakończeń rozszerzonych nici.

d. Podział samej nici.

Nr. II. — Układ grzybka promienistego, znalezione go przezemnie w ropie człowieka.

Fig. II.

Kierunek, podział i zakończenia nici, widziane przezemnie przy badaniu promienicy u wołu.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

125. RICKMANN J. GODLEE. **O chirurgicznem leczeniu ropnego wysięku opłucnej (empyema).** (Lectures of the surgical treatment of empyema delivered at the Hospital for Consumption and Diseases of the Chest, Brompton. *The Lancet* 1886. N. 2, 3, 4 i 5).

Materyjał kliniczny, na którym autor opierał swoje spostrzeżenia, składa się z 30-tu wypadków empyematu u dzieci i 20-tu wypadków u dorosłych—wszystkie te wypadki były leczone w szpitalu. Nie możemy w całości przedstawić dwóch szczegółowych tablic statystycznych, gdzie oznaczonym jest, prócz nazwiska, wiek chorego, czas trwania choroby, umiejscowienie (empyemat obu,—prawy i lewy-stronny), leczenie i jego wyniki. Ograniczamy się tylko na ogólnem zestawieniu danych: —

1) U dzieci spostrzegano 30 wypadków empyematu. Średni wiek dziecka wynosił  $4\frac{1}{2}$  roku (najmłodsze miało rok, najstarsze 10 lat). Dziewczyn było 16, chłopców 14.

Prawostronny empyemat był w 11-tu wypadkach; lewostronny w 19-tu. Przecięciowo choroba trwała od 6-ciu tygodni (najwcześniej od 5-ciu dni, najpóźniej od roku). Wyleczono przez otwarcie klatki piersiowej (resekcya żebra) w 19-tu wypadkach, przez aspiracyją— w 4-ch, pozostawiono z zatoką 4-ry razy, zmarło jedno dziecko. Samoistne otwarcie klatki piersiowej nastąpiło w 4 przypadkach.

2) U dorosłych spostrzegano 20 wypadków (14 mężczyzn, 6 kobiet), średni wiek —  $23\frac{1}{2}$  roku. Z prawej strony był wysięk 11-cie razy, z lewej — 9 razy. Czas trwania choroby wy-

nosił średnio 8 tygodni. Wyleczono przez aspirację dwa razy, przez otwarcie klatki piersiowej 6 razy, pozostawiono z zatoką 9 razy; zmarło 5 osób. Samoistne otwarcie klatki piersiowej nastąpiło 6 razy.

Śluszną uwagę zwraca autor na niedokładność statystyki, zbieranej ze specjalnych szpitali.

Tak np. w danej kwestyi trudno nabrać pojęcia o śmiertelności i uleczałości empyematu; podczas kiedy w szpitalu dla dorosłych z 20-tu wypadków pięć kończy się śmiercią, a w 9-iu pozostawiono zatoki (tacy chorzy zapisują się pod rubryką „doznali polepszenia“ a właściwie jestto „status quo“), — w szpitalu dla dzieci zanotowano tylko jeden wypadek śmierci (u dziecka z gruźlicą) i tylko kilka wypadków niewyleczenia. Dla uzupełnienia obrazu statystycznego potrzebaby zebrać wypadki zdarzające się w praktyce prywatnej i w szpitalach ogólnych. — Znakomicie lepsze wyniki leczenia empyematu u dzieci autor przypisuje: 1<sup>o</sup> większej skłonności młodych tkanek do rezorbcyi: wyleczenie następuje nierzadko po jednorazowej aspiracji; 2<sup>o</sup> większej podatności klatki piersiowej i elastyczności tkanki płucnej.

*Wskazanie do leczenia empyematu* autor widzi tam, gdzie występują zaburzenia ogólne i przykre objawy podmiotowe. Tu trzeba pamiętać, że u dzieci empyemat leczy się nieraz siłami natury, u suchotników istnieje przez czas dłuższy, nie wywołując widocznie złych następstw. W wypadkach utworzenia się bezpośredniej komunikacji empyematu z oskrzelem, wysięk może być wydalony przez wykrztuszenie.

Trudno jednak liczyć na ten ostatni sposób usunięcia empyematu, często niewielka ilość wysięku może silnie drażnić oskrzela i niepomiernie zwiększać ilość płwociny, a co gorzej, ropa może się przedostawać na stronę zdrową i tam wywoływać sprawę zapalną lub zakaźną.

*Ze sposobów leczenia empyematu* autor zastanawia się naprzód nad *aspiracją*.

Jest rzeczą niewątpliwą, że pewna liczba wypadków leczy się przez jednorazową aspirację, a jeszcze większa — przez tę aspirację kilkakrotnie powtórzoną. Wyleczenie następuje również prędko, jeśli nie prędzej jak po otwarciu klatki piersiowej, a chory unika niewygody, płynącej z otwartej rany i opatrunku.

Autor radzi stosować aspirację u osobników młodych lub dzieci. Jeżeli wysięk zbiera się nanowo, lecz jeżeli zbiera się wolno, jeżeli ma charakter więcej surowiczy i jest mniej obfity jak poprzednio, należy, nie zwlekając długo, aspirację powtórzyć.

Wrazie przeciwnym, lepiej jest odrazu przystąpić do otwarcia klatki piersiowej.

Na zwlekaniu nie wygrywamy nic, owszem, tracimy, bo im dłużej trwa sprawa, tem mniejszą jest nadzieja, aby płuco mogło się rozszerzyć; nietylko dlatego, że jest chorobowo



zmienionem, ale że jest uciskanem przez coraz to grubszą warstwę opłucnej.

Za najdogodniejsze miejsce do przecięcia autor uważa przestrzeń między 8-em a 9-em żebrem z tyłu poniżej kąta łopatki; tu dreny nie są poruszane nawet przy ruchach ręki a chory nie doznaje niewygody, jeżeli leży w łóżku. Muskulatura nie przedstawia szczególnych trudności przy cięciu.

Co się tyczy sposobu operowania, autor zaleca gorąco *rezekcją żebra*. Tylko w taki sposób mamy możliwość zbadania jamy opłucnej palcem i wygodnego założenia drenów. Palcem możemy wykryć i usunąć skrzepy, rozerwać zrosty, otworzyć otorbione ogniska. Niewidziano nigdy złych następstw z rezekcji żebra; w zanotowanych przez autora wypadkach śmierci, żebro pomimo rezekcji pozostało krępkim i chorobowo zmienionem. Naturalnie, jeżeli przestrzeń międzyżebrowa jest dość szeroką, można poprzestać na jej przecięciu, nie uciekając się do rezekcji żebra.

Co do *techniki* samej operacji, autor przedewszystkiem zaleca, żeby chory jaknajkrócej leżał na stronie zdrowej; inaczej grozi mu zaduszenie, zwłaszcza kiedy istnieje komunikacja między jamą opłucnej a oskrzelem (zawartość jamy może się łatwo dostać do zdrowego płuca). Również niebezpiecznem jest ogólne znieczulanie chloroformem lub eterem. Najlepiej operować chorego w położeniu siedzącym, a do znieczulania używać kokainy.

Ręka powinna być podniesiona tak tylko, ażeby tworzyła kąt prosty z osią ciała. Jeżeli jest podniesioną za wysoko, może się po dokonaniu cięcia utworzyć kłapa; w takim razie trzeba ranę rozszerzyć przez zrobienie drugiego cięcia pod kątem prostym.

Cięcie opłucnej może być bardzo małe, łatwo jednak rozszerzyć je palcem. Aby uniknąć przedostania się powietrza, wprowadzamy rurką kauczukową z kłapką (*valved tube*). Nie potrzebujemy dodawać, że metoda przeciwnilna powinna być stosowaną z całą ścisłością tak podczas operacji, jak i po jej ukończeniu. Autor przytacza kilka wypadków śmiertelnego zejścia tam, gdzie metoda przeciwnilna stosowaną była nie dość skrupulatnie. Dreny zatrzymują się dotąd, dopóki nie usanie wydzielanie się ropy. U dzieci wystarczą na to dwa tygodnie. — Gdyby po wyjęciu drenów wysięk się powiększał, natychmiast trzeba ranę rozszerzyć i dreny założyć. Jeżeli tylko stan ogólny chorego jest zadawalniającym, trzeba mu zalecać umiarkowany ruch, gdyż zmiana położenia klatki piersiowej sprzyja opróżnieniu jamy opłucnej.

Dotąd była mowa o wysięku ostrym lub podostrawym. — Zdarzają się jednak wypadki chronicznego empyematu, najczęściej u dorosłych. Długotrwały empyemat prowadzi do zniepodobnienia ścian klatki piersiowej. Strona chora posiada mniejszą objętość w porównaniu z dawną jej objętością, strona zdrowa—większą, z powodu zastępczego rozszerzenia płuca. Nastę-

puje boczne skrzywienie kręgosłupa (scoliosis) z wypukłością obróconą ku stronie chorej. Chory z małą zatoką może pozostawać tak całe lata bez widocznego uszczerbku dla swego zdrowia.

Autor np. przytacza przykład empyematu, istniejącego od lat 10-ciu. Chory nie zgadza się na żadną radykalną operację, ma założone dreny à demeure i cieszy się względnie do-brem zdrowiem. Niezawsze jednak tak bywa. Częściej daleko chorzy z niewyleczonym empyematem dostają białkococz, nie-strawności, nabierają charakterystycznej cery ziemistej, zgru-bienia palców (*clubbed finger*) i powoli upadają na siłach. — W takich razach niepodobna obejść się bez leczenia. Przedewszystkiem jeżeli w jamie opłucnej znajduje się płynna zawar-tość, potrzeba ją usunąć. Rezekcja żebra staje się koniecznością.

Czasem płyn już się nie zbiera, pozostaje przecie jama, niczem nie wypełniona. Tworząca się ziarnina nie jest dość silną, aby jamę wypełnić i wytworzyć stałą tkankę łączną. — Jestto coś w rodzaju przewlekłego wrzodu goleni (*ulcus callo-sum*). Próbowano w takich razach wypełniać jamę jakimś ma-teryałem organicznym np. gąbką, który zostaje ożywiony przez młode komórki przenikające do niego z otaczających części. — Sposób ten rzadko przynosi dobre wyniki, ponieważ najwa-żniejszym warunkiem jego powodzenia jest aseptyczność jamy, co przy chronicznym empyemacie jest rzadkością.

Lepszym, a dotychczas jedynym jest sdosób proponowany przez Estlendera z Helzyngforsu (*Revue Mensuelle de Méde-cine et de chirurgie* 1879, pp. 137 i 885), a polegający na zmniejszeniu odporności ścian klatki piersiowej przez usunięcie częściowe kilku żeber. Estlender po raz pierwszy w roku 1877 w wypadku chronicznego empyematu usunął choremy 4 centy-metry 7-go, 3 cent. — 6-go i 3 cent. — 5-go żebra i otrzymał zupełne zamknięcie jamy.

Autor również używał tego sposobu, wątpi jednak, czy można osiągnąć często rezultaty otrzymane przez Estlen-dera.

*Wstrzykiwania* do jamy opłucnej w celu pobudzenia ziar-ninowania autor uważa za zupełnie nieużyteczne. Wstrzykiwania mają tylko racyją bytu, jeżeli są stosowane w celach dszynfekcyj-nych.

Zdarzają się wypadki — i to nierzadkie, że jednorazowe wstrzyknięcie płynu do jamy opłucnej sprowadza nagłą śmierć. Kilka podobnych wypadków przytacza autor, niebędąc w stanie objaśnić przyczyny śmierci, pomimo że w każdym z tych wypad-ków dokonaniem zostało badanie pośmiertne.

Dlatego też, nauczony doświadczeniem, autor niechętnie ucieka się do tego środka, a wrazie koniecznym stosuje go nader ostrożnie (*as gently, as possible*).

Odczyty swoje kończy autor krótkim opisem 7-miu wy-padków chronicznego empyematu leczonego przez częściową re-



zekeyję kilku żeber. Wyniki leczenia we wszystkich wypadkach były dodatnie pod względem polepszenia ogólnego stanu zdrowia i zmniejszenia objętości jamy, pozostałej po wysięku. — Zupełne jednak wyleczenie nastąpiły tylko w jednym wypadku, po dwukrotnej rezekeyi kilku żeber. *A. Puławski.*

126. Dr. AUFRECHT. **Przyczynę do leczenia surowicznych i ropnych wysięków do jamy opłucnej.** Zur Behandlung der Pleuritis und des Empyems. *Berl. Klinisch. Wochens.* N. 10. 1886.

Małych wysięków surowicznych do jamy opłucnej nie radzi autor usuwać za pomocą przekłócia, lecz leczyć kwasem salicylowym. Autor daje chorym 5—6 grammów kwasu salicylowego dziennie po grammie na dawkę przez 2—3 dni, następnie, jeżeli niema jakiego poważnego przeciwskazania, podaje przez 8—10 dni po 3—4 grammy i zauważył, że w pojedynczych przypadkach następuje szybkie wyleczenie, a wogóle przecięciowy czas trwania choroby jest znacznie krótszy.

Przekłócie (punctio) radzi autor robić tylko przy dużych surowicznych wysiękach opłucnej, gdzie występują objawy ucisku płuc i umiejscowienia sąsiednich organów, jakoto serca i wątroby lub śledziony. Jako praktyczną wskazówkę podaje, że należy przystąpić do operacyi, kiedy wysięk z przodu dochodzi do trzeciego przestworu międzyżebrowego. Przytem radzi autor: robić przekłócie w czwartym przestworze międzyżebrowym na linii pachowej, przy położeniu chorego na wznak; przed operacyją zrobić próbne przekłócie strzykawką Pravatz'a; nie wypuszczać więcej nad 2500 sześcienn. cent.; nie powtarzać operacyi chyba przy indicatio vitalis, przy dużych wysiękach bezwzględnie przystępować do operacyi bez zwracania uwagi na objawy gorączkowe.

Przy ropnych wysiękach autor przemawia za wycięciem (resectio) części żebra u dorosłych, jak również u dzieci.

Po operacyi autor przestrzykuje ranę opłucnej zlekką podgrzanym roztworem azotanu srebra (0,2—1000), a to od czasu jak przepłókiwanie roztworem kwasu karbolowego wywołało w jednym przypadku objawy zapaści. *Feilchenfeld.*

127. P. HAMPELN. **Przyczynę do leczenia ropnego wysięku jamy opłucnej u dorosłych.** (Zur Behandlung der eitrigen pleuritischen Exsudate der Erwachsene). *Zeitschrift für Klinische Medicin.* B. IX. p. 384—395.

Autor przyznaje bezwzględne pierwszeństwo przy leczeniu ropnych wysięków do opłucnej otwieraniu jamy opłucnej z następnym drenowaniem i przeciwgnilnym opatrunkiem pomimo to jednak ze względu na to, że chorzy podobni po większej części bywają leczeni przez terapeutów i że w wielu przypadkach przekłócie zupełnie wystarcza do wyleczenia, widzi rację bytu i dla metody którą nazywa „Punctionsdrainage“ a która polega na przekłóciu klatki piersiowej szerokim trójgranicem, z następnym założeniem sączka.

Przekłócie odbywa się w bardzo prosty sposób za pomocą trójgranca ze srebrną kaniulą szerokości 1,3 ctm.; na drugi dzień

kaniulę zastępuje się gumowym sączkiem grubości małego palca. Już na drugi lub najdalej trzeci tydzień zaczynamy sączek skraćć w miarę rozszerzania się płuca, a po kilku jeszcze dniach lub tygodniach sączek zupełnie usuwamy. Kiedy właściwie to uczynić należy, niestety, bardzo trudno określić, i chwilę tę pozostawić trzeba uznaniu i kompetencji lekarza. Po każdej manipulacji nakłada się opatrunek przeciwnalny. Przed operacją koniecznym jest przekłucie próbne szpryczką Prawaza, w celu rozpoznawczym.

Sposób ostatni nie zawsze daje pewne wyniki; pomyłki mogą być różnorodne: ujemny rezultat przekłucia nie koniecznie wskazuje na brak płynu w jamie opłucnej (np. przy wysiękach otorbionych, nieznacznej wielkości, i wielogniazdowych) dodatni zaś może się wydarzyć bez obecności płynu w jamie opłucnej, np. przy ropniach płuc, przy ograniczonym rozszerzeniu oskrzeli, jeżeli przy próbnym przekłuciu igła wejdzie do takiej małej jamy ropą napełnionej.

Autor opisuje 16 przypadków, łącznie z poprzednio opublikowanymi, leczonych za pomocą przekłucia z drenowaniem. Z tych 11 dało rezultat zupełnie pomyślny, w jednym tylko z nich trzeba było sączek powtórnie wprowadzić, a w 10 wyzdrowienie bez wszelkich powikłań nastąpiło przecięciowo po 52 dniach od chwili operacji. Najkrótszy przeciąg czasu 18 dni, najdłuższy 80. Niezupełne wyzdrowienie nastąpiło w dwóch przypadkach, w jednym z nich pomimo późniejszego wycięcia żebra (resectio). Śmierć nastąpiła w 3 przypadkach: w jednym chory zmarł od ropnego zapalenia osierdzia; w drugim śmierć nastąpiła wskutek ostrego zapalenia nerek, co być może zależnem było od zbyt energicznego stosowania jodoformu; trzeci dotyczy 18 letniego osobnika, cierpiącego na przewlekłe zapalenie nerek.

Co się tyczy przyczyny powstawania ropnego wysięku, to autor przyjmuje infekcję, lecz niezgadza się z Fränklem, jakoby niezbędną była komunikacja z ropniem lub zmartwiałem ogniskiem. Schmidt opisał przypadek ropnego zapalenia opłucnej u chorego na dur powrotny, gdzie nie można było wykazać żadnego ogniska ropnego lub zmartwiałego ani w płucach ani w żadnym przylegającym organie. Dla wywołania wysięku ropnego wystarcza sąsiedztwo ogniska ropnego lub nawet tylko organu, zawierającego powietrze np. jamy ustnej, kiszki, bez komunikacji lub bezpośredniego stykania się. W przypadkach podanych przez autora nie było w sąsiedztwie żadnego ogniska ropnego, lecz wysięk znajdował się w pobliżu pęcherzyków płucnych napełnionych źle odświeżanem powietrzem; gnilne mikroorganizmy mogły z pęcherzyków płucnych drogą naczyń chłonnych przedostawać się do wysięku i wywoływać jego gnicie.

*Feilchenfeld.*

(W Nr. 2-im *Centr. f. Kl. Med.* II. opisuje przypadek, w którym wskutek zbyt głębokiego uklócia trójgrańca, zraniono wątrobę z następnem jej ropnem zapaleniem i śmiertelnem zejściem. Wobec tego autor już mniej gorąco zaleca przekłucie, a radzi uciekać się do przecinania śródzbrza. *Prz. R.*).



128. A. KAZANLI. **Przyczynę do operacyjnego leczenia ropnych wysięków do jamy opłucnej.** (*K woprosu o chirurgическом лечении эмпыемы.* Wracz. Nr. Nr. 13, 14, 16, 17, 18. 1886 r.).

W odeskim wojennym szpitalu, z kąd autor czerpie materiały, od 1881 — 1884 roku, leczono ropne wysięki do opłucnej drogą operacyjną z rezekcją żebra lub bez, od 1884 roku wyłącznie pierwszym sposobem. Poprzedzało operację przekłucie strzykawką Prawatza, zwykle w dwóch sąsiednich międzyżebdach. Rezekcya żebra robiona była, po odseparowaniu okostnej, zwykłemi nożycami ogrodowemi, które lepiej do tego służą od kostnych lub od piły Jeffraya. Wygodniej przecinać kość najprzód bliżej mostka.

Operacje robione były pod chloroformem. Do 1884 r. używano spray, później zarzucono.—Od 1884 r. wprowadzono pewne zmiany w wykonywaniu operacyi, mianowicie: przed operacją w ciągu 7—10 dni wypompowywano kilkakrotnie płyn, następnie po wycięciu żebra robiono mały otwór w opłucnej i zaraz wprowadzano mały sączek, tak aby brzegi otworu opłucnej przylegały do sączka; wolny koniec sączka łączono z rurką gutaperkową, której drugi koniec zanurzony był w naczynie z roztworem sublimatu.—W ten sposób unikano zbyt szybkiego wypływania zawartości opłucnej.

Opatrunek zmieniano co dzień lub co kilka dni, zależnie od ilości i jakości wydzieliny.—W cięższych przypadkach przepłukiwano jamę opłucnej płynami dezynfekującymi: kwasem bornym, karbolowym, chlorkiem cynku, nadmanganianem potasu, sublimatem, dwuboranem sodu. Zewnętrzną ranę zwykle przysypywano jodoformem, który również wdmuchiwano do jamy za pomocą przyrządu Mikulicza.—Do opatrunku używano z początku muslinu karbolowego przygotowanego sposobem Schede i Brunsza, później muslinu sublimatowego. Również zamiast roztworu kwasu karbolowego, używano ostatnio roztworu sublimatu 1:2000.

Następnie podaje autor 21 przypadków, po większej części u młodych ludzi niedawno do wojska przyjętych, u kilku z nich było włóknikowe zapalenie płuc jako powikłanie, u trzech rozwinęte suchoty z objawami pyopneumotharacis, u jednego ropnica. Zejście śmiertelne było w 10 przypadkach: w 5-ciu na skutek suchot, w 1-ym z tężca, w 1-ym z zapalenia osierdza, w 1-ym z ropnicy i w 2-ch z wyniszczenia. W 11 przypadkach wyzdrowienie, z tych u trzech pozostały przetoki.

Autor w końcu oświadcza się stanowczo za operacyjnem leczeniem ropnego wysięku do jamy opłucnej i mianowicie za rezekcją.

*Feilchenfeld*

129. O. FRAENTZEL. **O operacyjnem leczeniu wysięków do jamy opłucnej.** Z V-go kongresu medycyny wewnętrznej w Wiesbaden, według specjalnego sprawozdania *Centralbl. f. Kl. M.*

*Wysięki włóknikowo-surowicze.* Przekłucie należy skutecznie niezwłocznie, jeżeli istnieje wysięk takich rozmiarów, że wywołuje duszność. Chociaż nawet ostatnia nie będzie znaczną, należy nie-

zwlekając przystąpić do operacyi, gdy na całej przedniej ścianie klatki piersiowej mamy bezwzględne stępienie, albo też pozostaje tylko niewielka przestrzeń z wysokim bębnowym wypadkowym odgłosem. Jeżeli przesunięcie narzędzi sąsiednich oraz nagromadzenie płynu nie jest znacznem, można przeczekać dopóki zapalenie nie przejdzie swego maximum napięcia; podobnie jak i wtedy, gdy przy nawpółleżącym położeniu chorego wysięk u mostka nie dosięga górnego brzegu trzeciego żebra; wtedy można się wstrzymać z operacją do końca trzeciego tygodnia. Przekłócić robi się nad 6-tym żebrem pomiędzy l. sutkową i pachową przednią; z prawej strony lepiej przekłówać w czwartem, z lewej w piątym międzyżebrzu.

Autor nie radzi posuwać miejsca przekłócia zbytnio ku tyłowi, a to z powodu, że wtedy trudno uniknąć zranienia przepony, że powtórnie, mocno rozwinięte mięśnie utrudniają wynalezienie międzyżebrza, i że wreszcie pływające strzępki ściętego włókniaka zatykać mogą koniec rurki i utrudniać, a nawet uniemożliwiać odpływ wysięku.

F. radzi przekłówać cienkim, włosowatym trójgranicem, połączonym ze szprycą o podwójnym kranie, albo też igłą własnego pomysłu autora.

Omdlenia, a nawet nie zawsze wyjaśnione przypadki nagłej śmierci zdarzają się przy omawianej operacyi, autor jednak nie miał nigdy tak smutnego zdarzenia (na czterysta przypadków).

Bywa nieraz, że po wkłóciu narzędzia nie wypływa ani jedna kropla wysięku, pomimo że rurka nie jest zatkana, pochodzi to stąd, że albo do ściany klatki piersiowej przylegają złoگی włóknikowe, w których utkwiał trójgranic, albo też nie był on wbity dość energicznie i uwiązał w luźnej tkance łącznej. — Zdarza się to nierazko przy przekłócaniu tylnej ściany klatki piersiowej, zwłaszcza przy starych wysiękach. Wtedy należy wykonać operację w innem miejscu.

Przy powolnem opróżnianiu jamy opłucnej i wypuszczeniu ograniczonych ilości płynu (1500 c. sz. w ciągu co najmniej pół godziny), można zupełnie uniknąć napadów nieprzyjemnych kaszlu zarówno podczas jak i po operacyi, nie zagraża wtedy i obrzęk uciśniętego przednio płuca. Nie zapobiega to jednak obfitym, a nawet śmiertelnym krwotokom płucnym, które na szczęście zdarzają się bardzo rzadko. Po operacyi należy zalecić pozostanie w łóżku, ścisłą dyjetę, lód na miejscu przekłócia.

Po upływie 2—3 dni poziom wysięku podnosi się, potem jednak następuje szybkie wsysanie się, obok jednoczesnego zwiększenia się ilości moczu. Lekkie drażnienie skóry (pędzlowanie jodem) odwar z kory chinowej z octanem potasu, posiłkują znakomicie resorbcyję. Gdy po operacyi wysięk zwiększa się nieustannie przy wysokich poruszeniach gorączkowych — należy przypuszczać zapalenie gruzliczego, rakowatego pochodzenia, albo też wysięk staje się krwawym, ropnym, a nawet posokowatym.



Wysięk *krwawy* można też wypuszczać, ale daleko ostrożniej, wolniej, przy mniejszem ciśnieniu, nie więcej nad 500 do 600 c. sz. naniez. Jeżeli płyn jest mocno krwawy, należy wypuszczenia zaniechać.

Rozpoznanie *ropnego* albo *posokowatego* wysięku opiera się na obecności wysokiej gorączki, która po 2 — 4 tygodniach przyjmuje charakter wyniszczający, na wrażliwości na ucisk i mocnych bólach, i po trzeciej na obrzęknięciu chorej połowy klatki piersiowej. Bezwzględna pewność daje otrzymanie ropy po przekłóciu. Wobec smutnych wyników jakie daje dobrowolne gojenie się ropnych wysięków przez wessanie lub przerwanie się ropy do oskrzela—leczenie operacyjne jest niezbędnem. Przy małych ogniskach należy przed operacją zrobić przekłócie na próbę, przy wielkich można od razu operować i wyciągnąć do 1500 c. sz. ropy.

Autor radzi przy ropnych (nie posokowych) wysiękach poprzedzać radykalną operację przekłóciem, powtarzanem dwa lub trzy razy, chociaż wyleczyć tym sposobem nie udało mu się ani razu! Obszerne otwarcie jamy opłucnej przez przecięcie zdaje się być często wystarczającym; należy je wykonywać z tyłu w 9-em lub 10-em międzyżebżu, z przodu w czwartem na zewnątrz od l. sutkowej, ranę należy dobrze przedrenować (jak najgrubszym drenem).

W większości przypadków przecięcie nie wystarcza i trzeba przystąpić do wycięcia żeber. Do przepłókiwania worka opłucnej radzi autor  $\frac{1}{2}\%$  roztworu soli kuchennej 38—39° C., przepłókiwać należy tak długo, dopóki płyn wypływający nie będzie zupełnie czystym.

Po założeniu grubego drenu i przymocowaniu go tak, żeby nie osunął się do jamy opłucnej, nakłada się opatrunek przeciwny. Na opatrunek w miejscu odpowiadającym ranie kładzie się worek z lodem i zaleca choremu bezwzględny spokój przy lekkostrawnej mięsnej dyjecie z winem w umiarkowanej ilości. Opatrunek należy zmieniać raz na dobę i za każdym razem przepłókiwać jamę opłucnej słabymi roztworami jodu, karbolu, kw. salicylowego i t. p.

Każde zatrzymywanie się ropy, które nie daje się usunąć aspiracją przez gruby nelatonowski cewnik, wymaga otwarcia klatki piersiowej ze strony przeciwnej (kontrapertury). Po zagojeniu się rany i dostatecznem rozszerzeniu się płuc należy zalecić choremu pobyt w odpowiedniej miejscowości leczniczej. Choroba może przejść nie zostawiając po sobie innego śladu prócz blizny na miejscu operacji.

Jeżeli chory nie przestaje gorączkować, pomimo operacji, dokonanej ze wszelkimi ostrożnościami, jeżeli wypływ z jamy staje się coraz więcej gnijącym, wygląd rany coraz gorszym, a chory słabnie coraz bardziej, wtedy na pewno można przypuścić *gruźlicę*.

Przy ropnych wysiękach powikłanych gruźlicą autor nie widział nigdy pomyslnego zejścia, do operacji radykalnej nie przystępował, a ograniczał się w razie koniecznej potrzeby na

przekłóciu z aspiracją (nie więcej nad 800 — 1000 c. sz. na raz.

*Posokowatym* staje się wysięk, jeżeli ropa w jamie opłucnej rozkłada się przy dostępie powietrza zewnątrz, albo jeżeli zarodki gnilne zkaąd inąd dostaną się do ropnego wysięku (zwykle wtedy istnieje ograniczona zgorzel płuc)—np. z nieczystych narzędzi. Po rozpoznaniu natury wysięku należy bezzwłocznie wykonać operację radykalną. Wyniki mają być stanowczo lepsze, niż przy zwykłych ropnych wysiękach.

Sposoby operowania *przy odmach ropowietrznych* (pyopneumothorax) są w głównych zarysach takie same jak przy wynikach ropnych. Radykalna operacja wykluczona być musi, gdy cierpienie zależy od raka lub gruźlicy opłucnej. W razie nagłej potrzeby można odciągnąć ropę przez aspirację albo wypuścić gazy pod wodą. Powtarzać kilkakrotnie rękoczynny można tylko w wyjątkowych razach.

**WEBER. O leczeniu operacyjnem wysięku do opłucnej.** (2-gi referent kongresu w tej kwestyi).

W niektórych rzadszych przypadkach, zwłaszcza przy obustronnych wysiękach i przy odmie powietrznej wentylowej ciśnienie dodatnie w jamie opłucnej może się wznieść tak wysoko, że oddychanie i krążenie nie może odbywać w wystarczających rozmiarach, i tylko operacja jest w stanie uratować życie. Należą tu też przypadki załamania, zagięcia się wielkich żył, co, według niektórych może spowodować nagłą śmierć. Ropne i posokowate wysięki, jeżeli niema przeciwwskazań, należy niezbędnie operować, wysięki zaś surowicze i surowiczo-włóknikowe, jeżeli nie wsysają się szybko, dosięgają znaczniejszych rozmiarów i grożą wyrządzeniem choremu trwałych uszkodzeń.

Jak długo należy czekać z operacją? Jeżeli jest niebezpieczeństwo dla życia—trzeba ją robić niezwłocznie. Podobnież przy wszelkich ropnych i posokowatych wysiękach, ponieważ wyczekując otrzymujemy warunki jeszcze gorsze. Przy surowiczych i surowiczo-włóknikowych wysiękach referent wyczekiwał ukończenia się, albo przynajmniej przyciszenia się sprawy zapalnej; a to z obawy nasilenia się przyływu krwi po usunięciu ucisku i wzmocnienia się zapalenia ze skłonnością do jeszcze obfitszego wysiękania. — Czekał też dopóki się płynu nie zbierze więcej.

Ponieważ jednak przy takim postępowaniu u operowanych pozostawały nierzadko stałe residua, przeto obecnie główny nacisk kładzie na unikanie dłużej trwającego ucisku (pryczyny powstawania wielu chorób następnych) i tworzenia się zrostów, czemu właśnie sprzyja dłuższe trwanie wysięku. To też robi teraz przekłócia często już na 6—8 dzień, a przeważnie przed 14 dniami; wyniki były bardzo dobre. Budzącego obawy wzmocnienia zapalenia nie zauważono, wysięk nie tworzył się znowu, albo też tylko w bardzo małym stopniu, tak że często choroby wypisywali się już 8-go dnia. Kwestyja szybkiego przystę-



powania do operacji nie ma jeszcze rozstrzygnięcia. Autor radzi poprzedzać operację przekłóciem próbnym, które należy niekiedy wykonać w dwóch miejscach jednocześnie, wyżej i niżej, gdyż niekiedy wysięk wyżej bywa rzadki, surowiczy, a w dole gęsty.

Autor poleca używać grubszych igieł, aby uniknąć tem zatykania się ich przez skrzepy; aspiracja w przyrządzie autora polega na zasadzie syfonu, na igle znajduje się kilka otworów bocznych.

Przy wielkich wysiękach, chory podczas operacji leży, przy małych siedzi.

### Dyskusyja.

**Fiedler** (z Drezna), który omawianą operacją wykonywał przeszło 300 razy, radzi też grubsze igły z przyrządem syfonowym. Wypuszcza płyn tak długo dopóki jeszcze odpływa, nie ograniczając się ściśle pewnymi objętościami. Zatykania rurek przez skrzepy można uniknąć, zalecając choremu na kilka godzin przed operacją spokojne położenie na plecach.

**Litten**—przemawia za jaknajprędzem przekłówaniami, gorączka nie jest przeciwwskazaniem; przeciwnie operacja miarkuje ją. Co się tyczy rozszerzania się płuca, to jest ono możebnem po operacji nawet po 8 — 12 tygodniach istnienia wysięku.

Mówca przy rezeceji żeber poleca wycinać segment z górnego i z dolnego żebra; ma to mieć tę zaletę, że wtedy klatka nie zapada się tak łatwo, a przytem usuwa się niebezpieczeństwo zachodzenia żeber jednego na drugie.

**Jürgensen**.—Przekłócie płuca cienkim trójgranicem nie pociąga za sobą ciężkich następstw. Przy wykonywaniu radykalnej operacji przez rozcięcie międzyżebrza, wyleczenie jest tylko wtedy zupełnem, gdy nie pozostaje nawet najmniejsza przetoka. W ostatnim razie znaczna ilość chorych ginie i najczęściej z powodu mączkowatego zwyrodnienia.

Mówca przyjmuje istnienie samoistnego zapalenia opłucnej.

130 Dr. MEISSEN (z Falkensteinu). **O gruźlicy u ludzi.** Zur Kenntnis der mensch. Phthise. (Oddzielna odbitka z *Deut. Med. Zeit.* Berlin. 1885).

Wszyscy bez wyjątku wdychamy wraz z powietrzem niezliczone mnóstwo prątków i zarodników gruźliczych, nie wszyscy wszakże zapadamy na gruźlicę. Przyczyna tego faktu leży w nas samych: zdrowymi pozostają ci, których ustroj, a względnie komórki przybłonkowe oskrzeli są w stanie uporać się z prątkami, pozbyć się ich; przy zmniejszonej odporności ustroju, zmniejszonej sile żywotnej owych komórek czyli przy istnieniu t. zw. „usposobienia“ (dispositio) występuje gruźlica. — Śmiało rzec można, że w zwykłych warunkach (pomijając szczyplenie), bez usposobienia — niema gruźlicy. Sprawa ta zawsze poprzedzana bywa przez niezbyt najdrobniejszych oskrzeli (porównaj t. zw. „nieżyty wierzchołkowe“). Tak więc grzybek Kocha uważać możemy jedynie za „causa movens“, usposobienie zaś jestto „causa proxima“ gruźlicy. Związek, jaki zachodzi mię-

dzy usposobieniem a grzybkim swoistym, polega na własności powolnego rozwoju tego ostatniego: skoro ustrój utracił zdolność pozbywania się wroga, grzybek ma czas rozwinąć się i zadołmować w drogach oddechowych. Odróżniamy:

1) *Usposobienie odziedziczone* zależne prawdopodobnie (Rokitński i inni) od nieprawidłowego stosunku objętości i sprawności narządu krążenia do objętości płuc: małe, wiotkie serce, duże płuca; w takich warunkach oskrzela źle są odżywiane i łatwo ulegają nieżyłtom.

2) *Usposobienie nabyte*. Zasadniczej różnicy między pierwszym a drugim nie ma: jedno i drugie polega na zwiótczeniu tkanek.

Usposobienie nabyte może być albo: a) „ogonem”, spowodowanym przez: choroby wyniszczające, nędza, troski, nadużycia i t. p., albo też b) „miejscowem”—zależnem od: pylicy, zapalenia opłucnej, koklusu, odry, nieżyłowego, rzadziej włóknikowego zapalenia płuc.

Faktyczne dane, zebrane przez autora w zakładzie w Falkensteinie, dotyczące usposobienia gruźliczego, przedstawiają się jak następuje:

*Płeć*. W liczbie 731 suchotników było 450 mężczyzn i 281 kobiet, co autor przypisuje temu, że mężczyźni częściej są narażeni na wszelkie wpływy szkodliwe:

Z ogólnej liczby suchotników—731—na niezawierających związków małżeńskich przypadło—424, na zawierających—307; fakt ten zgadza się z wykazami statystycznymi. Węglug których procent śmiertelności wśród pierwszych jest większym niż wśród ostatnich.

*Wiek*. Gruźlica najczęściej występuje u osobników między 20 a 25 rokiem życia, czyli w okresie, w którym rozpoczynamy walkę o byt.

*Budowa*. Silna—81, średnia—406, wąta—254.

*Rodzaj zajęcia*. Życie siedzące najbardziej usposabia do gruźlicy.

*Dziedziczność*. W 426 wypadkach (na 731) stwierdzoną została dziedziczność czyli stosunek gruźlicy odziedziczonej do nieodziedziczonej jest jak 4 do 3. Częściej dziedziczymy usposobienie gruźlicze po matce, niż po ojcu. Autor przekonał się, że słabowość, późny wiek rodziców częstokroć usposabia dzieci do gruźlicy. (Brehmer wykazuje, że najmłodsze z dzieci najczęściej zapada na tę chorobę).

*Choroby przebyte — usposabiające*. Żolzy w  $\frac{1}{4}$  części ogólnej cyfry, blednica—w  $\frac{1}{5}$ . Czy cierpienia żolzowate są chorobą identyczną z gruźlicą, dotąd stanowczo nie rozstrzygnięto. — W blednicy skutkiem zmienionej jakościowo krwi i zmniejszonej sprawności serca, drogi oddechowe źle są odżywiane. *Dur*—w 19 w., *pológ*—w 53, *zimnica* i *przymiot* w kilku w. — usposabiają jako choroby wyniszczające; *zapalenia opłucnej* w  $\frac{1}{8}$  części—jako zmniejszające — przez zrosty—ekskursyje płuc. *Odra*—w 10 w., *szkarlatyna* w kilku wyładkach. Odrze towarzyszy



zawsze niezbyt oskrzeli, a szkarlatynie osłabienie czynności serca i ogólne osłabienie.

Przechodźmy do rozpatrzenia obrazu klinicznego gruźlicy i jej leczenia.

Autor odróżnia:

1) *Phthisis initialis*. Jestto ten okres choroby, w którym przy nieznacznych objawach wypukowych i wysłuchowych (nie-wydatne stłumienie odgłosu wypukowego w jednym ze szczytów, wydłużony wydech, niekiedy rzeżenia dźwięczne) stan ogólny bardzo mało, albo nawet wcale nie jest dotknięty; gorączki ani potów nocnych niema; w płwocinie niekiedy dają się wykazać włókna sprężyste i prątki właściwe.

2) *Ph. activa*. Objawy wypukowe i wysłuchowe wydatne, gorączka trawiąca, poty nocne, osłabienie ogólne — wskazują, że proces chorobowy idzie naprzód. W płwocinie stale prątki Kocha i włókna sprężyste.

3) *Ph. progressiva*. Zmiany w płucach wydatne; ciągle gorączka — o typie zwalnającym; wzmagające się osłabienie. Rokowanie złe.

4) *Ph. florida*. — Gruźlica prosówkowa — ostra. Rokowanie złe.

5) *Ph. stationaris*. Zmiany w płucach wyraźne ((destructio pulmonum), kaszel, chory jednak czuje się na siłach dobrze, gorączki ani potów nocnych nie ma. Te są wypadki tak zw. uleczenia względnego. — Prątki gruźlicze oznaczają się wielkością (są większe niż zwykle) i posiadają wiele zarodników. Z ogólnej liczby — 731 w. — rozpoznano: *ph. init.* — 105, *ph. activa* — 441, *ph. progr.* — 124, *ph. flor.* 6, *ph. station.* 53.

Początek gruźlicy jest zazwyczaj taki: Osobnik usposobiony poczyną tracić siły, czuje się znudzonym, traci humor, zaczyna kaszlać i chudnąć. Tak się zaczęła sprawa w  $\frac{1}{3}$  części wypadków (z 731). Niekiedy krwioplucie jest pierwszym zwiastunem choroby (w  $\frac{1}{5}$  części); rzadziej jeszcze gruźlica rozpoczyna się od gorączki o typie zwalnającym lub przepuszczającym; w tym ostatnim razie rzadko jest rozpoznana, zazwyczaj bowiem poczytywaną bywa za zimnicę.

*Siedlisko choroby*. Zwykle szczyt (na 731 — 711) prawego płuca (prawe 419, lewe — 313 czyli pr. : lew. = 4 : 3) bywa zajętem pierwotnie skutkiem łatwiejszej aspiracji zarazka przez prawe — szersze oskrzele.

*Rozciągłość sprawy chorobowej*. W 183 w. w jednym płucu, w 544 w obu.

*Przebieg* — zależy: 1) od „causa movens“ (bacillus) i 2) od „causa proxima“ (dispositio). Ostatni moment, jako osiągalny, dla lekarza — praktyka ma niezaprzeczenie większą doniosłość, niż pierwszy.

*Leczenie*. Ze gruźlica należy do chorób uleczalnych, wność możemy nietylko z dodatnich wyników leczenia, otrzymanych w zakładach odpowiednich, ale nadto i to przedewszystkiem z ogłędzin pośmiertnych tych suchotników, którzy zmarli na daną przypadkową chorobę. Wobec uleczalności gruźlicy —

chodzi jedynie o wykazanie warunków, w których ustrój nie przypadkowo uleczonym zostaje. Mogłoby się wydawać, że odkrycie Kocha mało, albo nawet wcale nie wpłynęło na leczenie gruźlicy. Tak jednak nie jest. Nie mamy tu na myśli ani środka swoistego (specificum), po wynalezieniu którego mielibyśmy broń w rękę przeciw pasożytom Kocha, ani też szczepienia ochronnego, któreby zdołało zabezpieczyć ustrój od zakażenia, bo 1) środek swoisty jakkolwiek odgrywałby w leczeniu gruźlicy niezmiernie ważną rolę, nie mniej jednak ze względu na to, że pasorzyt jestto tylko „causa moves“ choroby,—nawet po wynalezieniu takiego środka, musielibyśmy nie zapominać o „causa proxima“, o usposobieniu gruźliczem; 2) Gruźlica należy, zdaje się, do działu tych chorób zakaźnych, po przebyciu których usposobienie chorobowe potęguje się. Tu należy: zimnica, trąd, rzerzączka. Postęp w leczeniu gruźlicy, jaki zawdzięczamy odkryciu Kocha, polega na tem: 1) że dziś jesteśmy w stanie w bardzo wczesnym okresie choroby postawić należyte rozpoznanie; 2) że rozumiemy całą doniosłość w powstawaniu gruźlicy t. zw. usposobienia, przez co posiadamy punkt oparcia dla zapobiegawczych i leczniczych metod.

Aż nadto dobrze wiemy, że na środki apteczne, jak arszenik, kreozot i t. p. mało liczyć możemy; to samo da się powiedzieć o wodach. Co zaś do klimatu, to jedni zachwalają pobyt w górach, inni na brzegach morza, jedni klimat gorący, inni zimny. Ztąd wynika, że w leczeniu gruźlicy więcej zależy na czystości, niż na stopniu zgęszczenia lub ciepłoty powietrza. — Pamiętając tedy, że nie posiadamy dotąd żadnego „specificum“ przeciw gruźlicy, powinniśmy korzystać ze wszystkich środków czy metod leczniczych stosownie do osobnika i okresu choroby, pomni na zasadę: „nie chorobę leczymy, ale chorego.“

Takie zaś leczenie możliwem jest jedynie w zakładach zamkniętych. Warunki, sprzyjające wyrównaniu zmian istniejących w płucach, powinny być zbliżonemi do warunków życia tych osobników, którzy najrzadziej zapadają na gruźlicę. Rohden powiada, że rodzaj życia myśliwych służyć ma za wzór dla suchotników. Myśl ta oryginalnie, bo prawie dosłownie, urzeczywistniona została w Ameryce (czytaj broszurę D. Loomie z New-Yorku).

Metoda lecznicza w Falkensteinie odpowiada do pewnego stopnia temu pierwowzorowi; są tu jednak uwzględniane potrzeby suchotników, jako ciężko chorych, i usuwane wszelkie wpływy szkodliwe, jak: przeziębienie, wysiłki wszelakie i t. p.

Falkenstein leży na południowej pochyłości gór Taunus, wzniesiony na 1,400 stóp. n. p. m. Klimat ma zbliżony do klimatu środkowych Niemiec, z tą różnicą, że powietrze jest tu czyste prawie pozbawione domieszek. Zakład opatrzony w wielkie balkony i pawilony. Chorzy oddechają świeżem powietrzem nieustannie, — nocą okna w zakładzie pootwierane. Silniejsi chorzy korzystają z parku i lasu. Wykonywają się tu ćwiczenia odpowiednie: gimnastyka płuc (Athemübungen) i t. p.



Zakład posiada mleko, kumys, kefir—(własne krowy dostają paszę suchą). Stosowane tu są: suche wycierania ewent. połączone z mięsieniem, dalej wilgotne i mokre wycierania, natryski i t. p. Wszystko dokonywanem jest pod okiem lekarza.

*Wyniki leczenia w Falkensteinie.* Odróżniamy chorych „bez poprawy“, „z poprawą“ t. j. „ph. stationaris“ i uleczonych zupełnie. Uleczonymi zupełnie nazywamy tych, którzy w rok po ukończonej kuracji nie przedstawiali żadnych oznak chorobowych prócz nieznacznych zmian w płucach, jako pozostałości w przebytej chorobie.

Z 731 chorych opuściło zakład — przecięciowo po 90-ciu dniach — 483 chorych z poprawą, reszta bez poprawy. Po odliczeniu wypadków „ph. progressiva“ i „florida“ jako nie podlegających leczeniu, pozostaje 600, z których — 483 z poprawą — 117 bez poprawy, czyli 66% — z poprawą, 33% bez poprawy ogólnej cyfry, w stosunku zaś do ilości wypadków podlegających leczeniu — (600) — 81, 5% z poprawą, 19% — bez poprawy.

Po szczególe: z 53 chorych ph. stationaris — wszyscy opuścili zakład z poprawą; ze 105 ch. ph. initial. — 104, z 442 ph. activ. — 334. Widzimy ztąd, jaką ma niezmierną doniosłość wczesne rozpoznanie i wczesne leczenie choroby.

Co się tycze okoliczności, której niektórzy przypisują pewne znaczenie w rokowaniu — czy mianowicie gruźlica w danym wypadku jest odziedziczoną, czy nie, wyniki leczenia w obu razach okazały się prawie jednakie: z 385 w. gruźlicy odziedziczonej — poprawa nastąpiła w 272 w., z 294 w. gr. nieodziedziczonej — poprawa w 211 w. Co do pór roku z 401 leczonych w lecie poprawa w 295 w., z 273 — zimą — poprawa w 187. Czyli odsetek wypadków z poprawą okazał się w lecie i w zimie prawie jednakim.

Na 60 w. — wyleczenie zupełne nastąpiło w 44 w. czyli w 6,3%.

Znakomite wyniki leczenia osobników gruźliczych otrzymane w zakładzie w Falkensteinie przekonać nas powinny: 1) że przy dzisiejszym stanie nauki mamy możność leczyć suchotników; 2) że owo leczenie polega głównie na zasadach higieny i 3) że leczyć gruźlicę możemy w miejscowym klimacie tak dobrze latem, jak i zimą.

*A. Chelmonski.*

131. Dr. DETTWEILER (z Falkensteinu). **72 wypadki gruźlicy uleczonej.** (Bericht über 72 seit 3 bis 9 Jahren völlig geheilte Fälle von Lungenschwindsucht. *Frankfurt am Main*, 1886).

„Uleczonymi zupełnie“ nazywa autor tych suchotników, którzy w chwili, kiedy opuszczali zakład, uważali siebie za zupełnie zdrowych i przez lekarzy za takich uznani być mogli (jeśli pominiemy nieznaczne zmiany w płucach, świadczące o przebytem cierpieniu — rozrost tkanki łącznej) i który pozostawali w takim stanie zdrowia przynajmniej w ciągu lat 3-ich po odbytej kuracji.

Z 1,022 wypadków gruźlicy, rozpoznanie której postawionem zostało na mocy danych fizykalnych i obecności w płwo-

cinie włókien sprężystych a ostatniemi czasy prątków gruźliczych, 132 suchotników opuściło zakład, jako uleczeni zupełnie i 110 uleczonych względnie, to jest ze znaczną poprawą. Z 99 chorymi uleczonymi zupełnie, autor miał możność zawiązać korespondencyję. Z tej liczby 11 chorych zmarło, 15—powtórnie zapadło na gruźlicę, 1 — nie odpowiedział; pozostało tedy 72 chorych, o których (od lekarzy) autor miał wiadomości, że w ciągu lat 3-ch do 9-ciu po opuszczeniu zakładu za uleczonych uważani być mogli.

Wśród tych 72-ch chorych—mężczyzn było 37, kobiet 35. W 19-tu wypadkach siedliskiem choroby było prawe, w 10-ciu lewe płuco, w 42-ch obadwa. Kuracyja trwała przecięciowo 142 dni (Leyden i Fraentzel podają, że w 57 wypadkach gruźlicy uleczonej przez różnych lekarzy różnemi czasy, kuracyja trwała przecięciowo 335 dni).

Z powyższego sprawozdania okazuje się, że odsetek wypadków gruźlicy uleczonej w Falkensteinie jest dość pokazywny, osiągnięto bowiem w 13,2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> — zupełne uleczenie, w 11<sup>o</sup>/<sub>o</sub> uleczenie względne, czyli biorąc na ogół—uleczenie—w 24,2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

A. Chelmoński.

132. MARFAN. **O odporności ustroju na suchoty płucne przez wyleczenie gruźlicy miejscowej.** (De l'immunité conférée par la guérison d'une tuberculose locale pour la phtisie pulmonaire). *Arch. Gen. de Med.* Avril—Mai.—1886.

Na zasadzie swych spostrzeżeń klinicznych autor powstaje przeciwko zdaniu, że miejscowa sprawa gruźlicza może się uogólnić drogą samozakażenia (autoinfectio).

Choroby zakaźne dzieli autor na dwie grupy: do pierwszej zalicza choroby takie jak ospa, przymiot i t. p., które zabezpieczają ustrój od powrotów po jednorazowym wyleczeniu i nie podlegają powtórnemu szczepieniu; do drugiej zaś choroby takie jak błonica, rzerzączka, róża, które dają powroty chorobowe, podlegają powtórnemu szczepieniu i samo-zaszczepieniu. Gruźlicę autor mieści w pierwszej grupie, opierając dowodzenia swe na oględzinach chorych dotkniętych gruźlicą, toczniem (lupus) i żoźłami.

Pierwsza część pracy poświęcona jest zebraniu licznych dowodów opartych na badaniach drobnowidzowych, a mających na celu wykazanie natury gruźliczej żoźłów i obu form tocznia (wilka): gruźliczej i różycowej. Dowody te wykazują, że twory żoźłów i tocznia pod drobnowidzem okazują bardzo zbliżoną budowę do tworów gruźliczych i daje się w nich wykrywać tenże sam lasecznik Kocha, jakkolwiek w znacznie mniejszej ilości, aniżeli w tworach gruźlicy. Dlatego też autor choroby te uważa za sprawy gruźlicze osłabione (atténuées), lub podług innych autorów za miejscowe.

W drugiej części pracy autor podaje swe spostrzeżenia kliniczne, co do stosunku tocznia i żoźłów do suchot płucnych, dzieląc chorych spostrzeganych na pięć grupp.

I-a grupa.—Osobniki z toczniem lub żoźłami wyleczonemi bez suchot płucnych.



Toczeń zupełnie wyleczony, jest rzeczą nader rzadką, jednakże autorowi udało się pomiędzy chorymi w szpitalu „Saint-Louis“ zebrać dwanaście wiarogodnych wypadków zupełnego i dawnego wyleczenia tocznia u osobników silnych i bez żadnych cierpień ze strony płuc.

W szpitalu „Pitié“ spostrzegał autor dwie posługaczki z dużemi bliźniami na szyi po zagojonom ropieniu gruczołów limfatycznych w dzieciństwie, które pomimo ciężkich warunków życia odżywiały się dobrze i nigdy nie zapadały na płuca. Podobnych wypadków następnie pomiędzy swojemi choremi naliczył autor jeszcze pięć.

II-ga grupa.—Osobniki z toczniem lub zółzami niewyleczonemi, bez suchot płucnych.

W roku 1885 w poliklinice Vidala z pomiędzy 72 chorych na toczeń niewyleczony, znaleziono tylko dwóch chorych z porażeniem płuc (przy bardzo ścisłem badaniu).

Co się tycze zółzów niewyleczonych, statystyka nie daje żadnych danych.

Ze swej strony autor zaznacza, że zółzy wieku dziecięcego podlegają wyleczeniu i zabezpieczają ustrój od suchot płucnych, gdy tymczasem zółzom w wieku starszym często towarzyszą suchoty.

III-cia grupa. — Suchotnicy bez tocznia lub zółzów.

W ogromnej liczbie suchotników autorowi nigdzie nie zdarzało się znaleźć osobników porażonych toczniem lub zółzami.—Quinquand na 182 suchotników tylko w 39-ciu wypadkach znalazł poprzednie cierpienie gruczołów, przyczem nie wskazano czy cierpienia te były już wyleczone, czy też nie.

IV-ta grupa.—Suchotnicy z toczniem lub zółzami niewyleczonemi—liczebnie o wiele niżej stoją, aniżeli grupy druga i trzecia (2 na 72).

W wypadkach tych mamy już do czynienia z chorobą ogólną, przejawiającą się w różnych narządach.

V-ta grupa. — Suchotnicy z bliźniami tocznia lub zółzów zupełnie wyleczonych, należą do wyjątków nader rzadkich i suchoty w wypadkach takich mają przebieg nader powolny i wywierają wpływ nieznaczny na ogólny stan chorego (phtisie scrophuleuse de Bazin).

W trzeciej części autor przechodzi do wniosków ogólnych.—Bazin, Brissaud, Lasègue spostrzegali u osobników zółzowatych przebieg suchot łagodny i powolny.

Aubert w „Annales de dermatologie“ 1883 r. zaznacza, że przy gruźlicy nie obawia się samozaszczepienia, gdyż gruźlicę uważa za chorobę zaraźliwą taką jak przymiot. Cornil a za nim Paul Bert oświadczyli, że szczepienie produktów tocznia u zwierząt wywołuje gruźlicę o przebiegu wyjątkowo łagodnym, że stosunek pomiędzy toczniem i gruźlicą może być taki, jak pomiędzy krowianką i ospą. Charrin nie zgadza się z powyższemi zdaniem i na zasadzie swych doświadczeń oznajmia, że gruźlica podlega powtórnemu szczepieniu.

Na zasadzie powyższych danych (część II-go) wyleczenie

gruźlicy miejscowej (toczeń, zołzy) zabezpiecza ustroj od suchot płucnych. Gruźlica tak zwana miejscowa jest gruźlicą ogólną osłabioną z objawami miejscowymi. Wyleczenie gruźlicy osłabionej, zabezpiecza od gruźlicy cięższej. Pomiedzy gruźlicą i przymiotem zachodzi rażące podobieństwo, tak co do pochodzenia, jak rozwoju i objawów głównych.

Toczeń możnaby uważać za pierwotne porażenie gruźlicze, zołży z ropieniem gruczołów za objawy drugorzędowe, nakoniec gruźlicę organów wewnętrznych za objawy trzeciorzędowe.—To podobieństwo zdaje się przemawiać także za możliwością zabezpieczenia ustroju od powtórnego zakażenia gruźliczego.

Co się tyczy wypadków cytowanych przez Doutreleponta i Bexniera, gdzie po wyleczeniu tocznia za pomocą nacięć krwawych rozwinęło się w jednym wypadku zapalenie opon mózgowych gruźlicze, w drugim gruźlica płuc — to wypadki te bynajmniej nie są dowodem samozaszczepienia, lecz wskazują, że mieliśmy do czynienia z chorobą ogólną ustroju, objawy której wystąpiły w dwóch miejscach.

Jeżeli po wycięciu pierwotnego stwardnienia kiłowego występują objawy drudorzędowe — to bynajmniej nie jest tu winną operacja. Po operacjach krwawych tworów gruźliczych tak zwanych miejscowych, w bardzo tylko wyjątkowych wypadkach daje się spostrzegać przyspieszenie objawów ogólnych — przeciwnie częściej następuje wyleczenie (Nelaton). W 40-tu wypadkach Petitota uogólnienia objawów nie spostrzegano ani razu, tak samo w 25-ciu wypadkach Coudraya i w 17-tu wypadkach Gangolfe'a; w 57-miu wypadkach Nepvena uogólnienie po operacji wystąpiło 2 razy.

Jeżeli w danym przedmiocie samozaszczepienie nie jest czczem słowem, to przy nacięciach krwawych na granicy tocznia sprawa chorobowa powinna się rozszerzać, czego jednak w 300 wypadkach Vidala nigdy nie widziano.

Wyniki teorii nowej mają wielkie znaczenie z punktu widzenia terapeutycznego, a mianowicie:

Sprawy chorobowe, które dotychczas uważane były za gruźlicę miejscową (toczeń, zołży i t. p.) są objawami choroby ogólnej, leczenie więc miejscowe ma znaczenie tylko paljatywne, często kosmetyczne. — Najważniejszą częścią jest leczenie ogólne.

Niestety, medycyna nie posiada jeszcze środka specyficznego, któryby był w stanie leczyć i cięższe wypadki gruźlicy.

Wypadki lżejsze można wyleczyć za pomocą środków farmaceutycznych i dyjetetycznych znanych dotychczas i jednorazowe wyleczenie zupełne objawów słabszych daje ustrojowi odporność względem powtórnego przyjęcia zarazy gruźliczej. — Przy operacjach krwawych tworów gruźliczych nie należy obawiać się samozaszczepienia i żegadło galwaniczne zachwalane przez Besniera, w tym kierunku nie ma żadnej przewagi nad nożem.

*Wł. Zawadzki.*



**133. O przeciwnym leczeniu w cierpieniach kiszek.**  
(*De la medication intestinale antiseptique*) Dujardin-Beaumetz. *Les nouvelles medecations. Paris, 1886.*

Oddawna podejrzewano, że masy kałowe odgrywają ważną rolę w pewnych cierpieniach zakaźnych, a przede wszystkim w durze brzuszonym; lecz dopiero wykrycie z jednej strony substancyj gnilnych (alkaloidów gnicia—ptomainów), a z drugiej drobnoustrojów, wyjaśniło bardziej tę kwestyję i pozwoliło ustanowić na naukowych podstawach leczenie przeciwnym kiszek przy zajęciu.

Trzy rodzaje ciał świadczą o gniciu, jakiemu ulegają substancyje zawarte w kiszkiach: drobnoustroje, alkaloidy gnilne (ptomainy) i produkty specjalne powstałe przy przemianach, jakim ulegają ciała białkowe, jak indol, skatol i t. p.

1. Drobnoustroje dostają się do kiszek, jużto z pokarmami, jużto z powietrzem, jużto same powstają i rozmnażają się w kiszkiach, jako pokazał swemi doświadczeniami Miquel.

2. Alkaloidy gnilne czyli ptomainy (wykryte przez Selmięgo 1872) powstające przy gniciu trupów zwierzęcych.

Doświadczenia prof. Armanda Gautiera pokazały, że ptomainy mogą się tworzyć po za obrębem gnicia, w stanie fizyologicznym, a mianowicie przy przeobrażeniach, jakim podlegają ciała białkowe w kanale pokarmowym. Badacz ten zapatruje się na ptomainy powstające w ten sposób, jako na wytwór fizyologiczny żywej komórki, zupełnie tak samo jak chinina, strychnina i inne alkaloidy roślinne są wytworami komórki roślinnej.

Co więcej, Tanret w r. 1882 pokazał, że peptony pod względem swego zachowania się chemicznego (na odczynniki) wielkie mają podobieństwo do alkaloidów, a Brieger otrzymał alkaloid przy bezpośrednim działaniu soku żołądkowego na włóknik.

Poszukiwania tak Tanreta jak i Briegera w zupełności potwierdzają poglądy Gautiera.

Nakoniec utrzymują, że drobnoustroje same mogą wytwarzać alkaloidy gnilne.

Z doświadczeń fizyologicznych wiemy, że ptomainy sprawdzają w organizmie zaburzenia analogiczne z zaburzeniami np. po muskarynie, są one prawdziwymi truciznami serca i wywołują u zwierząt oprócz tego drgawki i zmiany zrenicy.

3. Nakoniec w massach kałowych znajdujemy różne ciała powstające przy fermentacji i przy gniciu ciał azotnych wprowadzonych do żołądka jakoto: indol, skatol, fenol, leucynę, tyrozynę, sterkorynę i t. p.

Tak więc u człowieka w stanie fizyologicznym bezustannie tworzą się ciała mniej lub więcej trujące. Jeżeli zaś organizm ludzki pomimo to pozostaje w stanie zdrowym, to dzieje się to tylko dzięki temu, że ciała trujące zostają regularnie i szybko wydalane przez kiszki i nerki, a z drugiej strony żółć niszczy pewną ilość ciał trujących.

W pewnych jednak razach, a mianowicie, gdy żółć utraci swe własności, gdy kanaliki moczowe będą zatkane, lub też, gdy zbyt szybko odbędzie się wessanie wytworów gnilnych przez ki-

szki pozbawione nabłonka, owrzodziłe, może nastąpić otrucie organizmu. Prof. Bouchard jeden z pierwszych skreślił mniej lub więcej dokładny obraz kliniczny tego otrucia, które ze względu na podobieństwo do obrazu klinicznego spostrzeganego w różnych postaciach mocznicy nazwał *sterkoremią*.

Zaburzenia wywołane przez wytwory nagromadzone w kiszki wymagają wmięszania się lekarskiego, którego zadanie może być dwojakie:

1. przyspieszyć wydalenie z kiszki substancyj gnilnych i trujących,
2. niszczyć je i niedopuszczyć do spraw gnilnych, z których biorą swe źródło.

Pierwsze wskazanie wypełniają środki czyszczące, do znacznej ich liczby przybył w ostatnich czasach jeden, z którym Dujardin Beaumetz robił doświadczenia i podnosi wysoką jego wartość polecając się na pracę inauguracyjną ucznia swego Eymeri; jest nim *cascara sagraada*.

*Cascara sagraada* czyli *Rhamnus purshiana* rośnie w Ameryce. Kora tej rośliny należącej do rodziny *rhamnaceae*, zawiera różne żywice, którym zawdzięcza własności czyszczące. Własności te pierwszy w r. 1878 wykrył Bundy, a we Francji dał poznać Landowski.

W Ameryce stosują omawiany środek w postaci wyciągu płynnego w ilości 30 do 40 kropli, we Francji zaś w proszku w dawce 50 centigramów (8 gran). Dawka ta wystarcza do sprowadzenia codziennie stolca gdyby zaś nie wystarczyła, należy zalecić 2 takie dawki, jedną rano, drugą wieczór. Środek ten zdaniem Dujardin Beaumetza może być z pożytkiem używany w zaparciu stolca habitualnem obok podofilny i rzewienia.

Drugie wskazanie wypełniają leki przeciwnilne, które mogą być dostarczane w dwojaki sposób, albo mogą być wprost do kiszki wprowadzone przez odbytnicę, albo też przez żołądek. Nie wszystkie jednak środki przeciwnilne mogą być wprowadzone przez odbytnicę, a to z przyczyny ich własności drażniących, a nawet trujących, np. kwas karbolowy. Tą drogą mogą być wprowadzonymi kwas salicylowy, na nieszczęście mało w wodzie rozpuszczalny, kwas borny i siarczan miedzi. Najlepszymi są jednak lewatywy zachwalane przez Boucharda oddawna, z pewnej ilości węgla zawieszzonego w wodzie; proszek węgla topolowego przygotowany na sposób Belloc'a z wodą tworzy mieszaninę prawie jednorodną; w tym celu na 200 gr. (6 uncyj) wody należy wziąć dwie do 3 łyżek węgla Belloc'a. Lewatywy te nie posiadają żadnego trującego działania i doskonale dezynfekują zawartość, ale tylko kiszki grubej.

Chcąc przeto by leczenie przeciwnilne kiszki było zupełnie dokładne i rozciągało się na cały kanał pokarmowy, należy środki przeciwnilne wprowadzić do żołądka. Z pomiędzy środków mogących być w ten sposób stosowanymi, na uwagę zasługują: proszek węgla, jodoform, a przedewszystkiem woda siarkowęgłowa (*Aq. carbosulfurica*).

Proszek węgla przedstawia jednak tę niedogodność, że chcąc



za pomocą niego otrzymać pożądane wyniki, należałoby go wprowadzić w ogromnej ilości, a powtórze że tylko dezynfekuje zawartość kiszek, a nie niszczy zarodków drobnoustrojowych. Jodoform jest pod tym względem skuteczniejszym, jest on nie tylko środkiem dezynfekcyjnym, lecz potężnym środkiem przeciwnilnym. Na nieszczęście jest zbyt silnie działającym a nawet trującym i przez długi czas stosowanym być nie może.

Nad obydwoma temi środkami Dujardin Beaumetz przekłada wodę siarkowęglową.

Woda siarkowęglowa przedstawia płyn mający silny zapach siarku węgla, smak nie bardzo nieprzyjemny, a w ustach daje uczucie świeżości; zmieszana z mlekiem lub z wodą z winem traci zupełnie nieprzyjemny smak.

Duj. Beaumetz przepisuje siarek węgla w następującej postaci:

Rp: Carbonis sulfurici 25 gram (około 1 uncyj).

Aq. destillatae 500 gr. (około 17 uncyj).

Essentiae menth. XXX gutt

i daje 8, 10 do 12 łyżek dziennie w połączeniu z wodą lub mlekiem.

Co się tycze fizjologicznego działania siarku węgla, to od czasów Delpecha przypisywano mu bardzo silne działanie trujące; z tego powodu uważano go za lek niebezpieczny i obawiano się ciężkich przypadłości ze strony systematu nerwowego: bezwładu całkowitego, połowicznego, niemocy płciowej i t. p., które to przypadłości miały być następstwem działania tego leku.

Dujardin Beaumetz przeto zanim przystąpił do stosowania wody siarkowęglowej przeprowadził ws. ólnie z D-rem Sapelier z jednej strony szereg doświadczeń z wodą siarkowęglową, a z drugiej strony badał stan zdrowia robotników w fabrykach, w których mają do czynienia z siarkiem węgla i przyszedł do przekonania, że woda siarkowęglowa nigdy nie działa trująco ani u człowieka, ani u zwierząt. Dujardin Beaumetz dawał psom za napój przez całe miesiące wodę siarkowęglową i nie widział żadnych zaburzeń; dawał on chorym wodę siarkowęglową w ilości 500 gram dziennie bez żadnej szkody dla zdrowia; nakoniec zastrzykiwał on wodę siarkowęglową wprost do żył psom, królikom i nie zauważył żadnych objawów trujących.

Co się tycze czystego siarku węgla, to pary jego, nagromadzone w znacznej ilości, zabijają zwierzęta; jednakowoż u robotników pracujących w fabrykach, gdzie mają do czynienia z siarkiem węgla, objawy trujące zaledwie są dostrzeżalne, nigdy zaś nie zanważono przypadłości opisanych przez Delpecha, które zależeć musiały od zanieczyszczenia siarku węgla siarkowodorem; od czasu bowiem, jak w przemyśle używają bardziej czystego siarku węgla, przypadki otrucia stają się coraz rzadszemi.

Siarek węgla wydziela się głównie przez płuca, u chorych używających wody siarkowęglowej, powietrze wydychane ma charakterystyczną woń i pewną ilość siarku węgla odnaleźć można w moczu i pocie za pomocą płynu Fehlinga, który daje zabarwienie czarne, zależne od siarku miedzi.

Na zaznaczenie zasługuje jeszcze i to, że siarek węgla posiada w wysokim stopniu własności przeciwfermentacyjne, jak to pokazał Peligot.

Co się tycze działania leczniczego, woda siarkowęgłowa w ilości 8 do 10 łyżek dziennie zadawana chorym na durzycę brzuszną, nietylko dezynfekuje stolec, ale niszczy pierwiastki zakaźne, jak to pokazało doświadczenie przeprowadzone przez Dujardin Beaumetz. Stolec od chorego na durzycę przefiltrował on i płyn przefiltrowany zastrzyknął królikowi; po dwóch dniach królik zdechł od zakażenia gnilnego krwi (septicaemia); następnie po zadaniu choremu wody siarkowęgłowej powtórzył doświadczenie, tym razem królik nie doznał żadnych objawów trujących.

Samo się przez się rozumie, że woda siarkowęgłowa usuwa jeden tylko objaw durzycy brzusznej t. j. gnicie mass kałowych i pod tym względem stoi ona wyżej od wszystkich innych w tym celu zalecanych środków; nie może być przeto uważaną za środek leczący, swoisty dla durzycy.

Siarek węgla jest też potężnym środkiem w biegunkach zakaźnych i w rozszerzeniu żołądka połączone z niestrawnością gnilną.

*Feliks Arnstein.*

**134. Dr. KACZOROWSKI. O środkach wypróżniających jelito, w szczególności o żwirze.** — (Przegląd lekarski N-r. 15 i 17).

Autor dzieli środki wypróżniające na:

1) Fizyczne, 2) rozcieńczające, 3) solne, 4) drastyczne. — Z ostatnich na pierwszym miejscu stawia autor olej rycynowy; kalomelowi przypisuje wpływ niszczący na zęby i ogólne odżywianie.

Do rzędu fizycznych wprowadza obok lewatyw i wlewań wody (które radzi dla lepszego rozchodzenia się płynów zadawać choremu w pozycji à la vache), chleb Grahama i żwir.

„Dla ogółu wdychającego za regularnemi wypróżnieniami“, nadaje się bardzo grubowłóknisty chleb Grahama, który mniej więcej w 12 godzin po spożyciu zwykły sprowadza wypróżnienie. Wszakże wobec tego, że chleb ów dla wybrednych nie jest rzeczą bardzo pożądaną, a dla biednych jest nieprzystępnym, radzi autor zastąpić go żwirem czyli piaskiem gruboziarnistym, który przed rokiem zaczął podawać swym chorym. — Widząc, że im grubszy jest żwir, tem okazuje się skuteczniejszym, podaje K. obecnie drobne kamyczki krzemienne wielkości ziarn konopnych. Dawka wynosi — od łyżeczki do łyżki stołowej dwa razy na dobę, w opłatku lub bez żadnej osłony. — U osób, których jelito jedynie tylko ociężałość czynności zdradzało, środek ten nigdy nie zawiodł; w 12-cie godzin po zażyciu zjawiało się swobodne wypróżnienie; podawany osobom, dotkniętym nieżytem jelita, wymagał niekiedy przyjscia w pomoc olejkiem rycynowym. Nie zraziło to jednak autora, który nabrał przekonania, że środek ten mechaniczny jest zdolnym oddziaływać na sprawę nieżytoją jelita, wymiatając śluz i błony wrzekome. Nadto autor twierdzi, że żołądkowe trawienie pod wpływem żwiru poprawiało się. Zarzut, że żwir, wprowadzony



do przewodu pokarmowego, mógłby utkwic w wyrostku robaczkowym, „nie dał dotąd powodu do zastanowienia nieprzychylnego, ile że żwir, wrzącą wodą sterylizowany, nie powinien nigdzie wzniecić sprawy zapalnej“ (?).

Nowy ten środek według K. wskazanym jest w następujących cierpieniach:

1) Nawykłe zaparcie stolca, a przedewszystkiem ta forma, która polega „na przemagającym skureczu dolnego odcinka elita grubego“ (u osób z podniesioną wrażliwością nerwową, jpodsycającą wygórowaną pobudliwością narządu płciowego — samogwałt).

2) Przewłoczne choroby serca i płuc, gdzie wytwarzają się przesięki, a upadek na siłach nie pozwala na zastosowanie leków drastycznych.

3) Przewłoczny nieżyt przewodu pokarmowego, zaczawszy od przelyku, a kończąc na jelicie grubem.

Na poparcie tych wywodów opowiada autor kilka przypadków chorobowych, w których żwir oddawał jak najlepsze usługi.

A. Chelmoński.

## II. Pedjatria.

135. Prof. MONTI. **Wypadek ostrego żółtego zaniku wątroby u 4-ro letniego chłopca z usposobieniem krwotocznem.** (Ein Fall von acuter gelber Leberatrophie bei einem mit hämorrhagischer Diathese behafteten 4 jährigen Kranken). — *Archiv. für Kinder heilkunde.* T. 7. Z. 5.

Ad. Langer, liczący 4 lata, od 4-go Grudnia 1884 r. choruje na plamicę krwawą. Plamy rozrzucone są po całym ciele, błony śluzowe anemiczne, nie przedstawiają atoli nic anormalnego jak i inne organy. Mocz normalny. Od czasu do czasu krwotoki nosowe. Odżywianie dobre, trawienie normalne. W poliklinice Montiego leczonym był ferro arsenic. c. ammonio citrico w dawce 2 cg. i extr. secal corn. w dawce 1 deg. pro die. Wyleczenie nastąpiło w Marcu 1885, przyczem ogólny stan chorego znacznie się poprawił, — pozostała jedynie lekka niedokrwiistość. 6-go Kwietnia t. r. wystąpiły nagle dreszcze, nudności połączone ze znacznym upadkiem sił, w obec czego chory oddanym był do kliniki autora.

7 Kwietnia. Dziecię dobrze odżywiane. T. 38,5<sup>o</sup>, P. 100. Resp. 30. Na conjunctiva sclerae i na całej powierzchni skóry lekkie żółtaczkowe zabarwienie. Brak apetytu, język znacznie obłożony, nudności i wymity, zawartość których stanowią resztki pokarmu, sok żołądkowy i nieco żółci. Od 4 dni zaparcie stolca.

Wątroba bolesna na dotyk, brzeg jej dolny łatwo wyczuwalny, opukiwanie zaś wykazuje, iż odgłos nietympanityczny poczyna się od dolnego brzegu 6-go żebra i sięga na linię okolomostkowej oraz sutkowej i pachowej na 4 palce poprzeczne poniżej łuku żebrowego.

Śledziona normalna. Mocz mocno zabarwiony żółtaczkowo, w niewielkim stopniu Terapija: Tinct. rhei.

8 — 18 Kwietnia. Temperatura normalna lub nieco podwyższona.

Mocz w dalszym ciągu zabarwiony i zawiera składniki żółci oraz kwasy żółciowe, białka jednak nie zawiera. Nudności i częste womity; dziecię skarży się na silne bóle w stawach. Stolec bezbarwny, *wątroba stopniowo się zmniejsza tak, iż 12-go Kwietnia wyczuwać się daje na dwa palce pod łukiem żebrowym*. Leczenie: Tinct. rhei i acid tart.

18-go Kwietnia. T. 39,5<sup>o</sup>. V. 40,0<sup>o</sup>. P. 120. Znaczny upadek sił. Żółtaczka powiększa się. Mocz mocno zabarwiony.

19—21 Kwietnia. Bredzenie i wielki niepokój. Od czasu do czasu śpiączka i utrata przytomności. Temperatura M. 41,5<sup>o</sup>. V. 41,2<sup>o</sup>. P. 130. Żółtaczka się powiększa, wątroba natomiast zmniejsza. Mocz żółtaczkowy zawiera leucynę i tyrozynę. Zaparcie stolca. Leczenie: Aq. laxat. viennensis.

22 Kwietnia. Skóra koloru pomarańczowego z odcieniem zielonawym; obfite krwotoki nosowe i wynaczynienia na skórze wielkości główki od szpilki. *Tępość wątroby nie przekracza łuku żebrowego*. Po aq. lax. Vien. jeden bezbarwny stolec. Mocz ciemno żółtego koloru, zawiera składniki żółci, kwasy żółciowe, leucynę, tyrozynę, białko i hyalinowe cylindry. Leczenie: Calomel.

23 Kwietnia. W nocy znaczny niepokój i bredzenie. Obfity krwotok nosowy. Womity zawartością przypominającą fusy kawowe. Temperatura 35,8<sup>o</sup>. P. 130 słaby. Znaczny upadek sił. Brzuch zapadły. *Tępość wątroby na linii pachowej, na dwa palce powyżej łuku żebrowego, na linii okołomostkowej na jeden palec powyżej*. Liczne wynaczynienia na skórze i błonach śluzowych. Dwa stolce odbarwione. Po południu nastąpiło kilka napadów eklamptycznych, podczas których chory życie zakończył.

*Ogledziny pośmiertne*. Wątroba nader zmniejszona, brzeg jej dolny znajduje się na dwa palce powyżej łuku żebrowego; waży 375 grm. Istota jej jest rażąco miękka, na przekroju koloru żółtego z rozrzuconemi tu i owdzie szaremi wysepkami. Pęcherzyk żółciowy zawiera niewielką ilość szlamowatej szarozółtawej żółci. Ductus choledochus et hepaticus puste, błona śluzowa ich niezmienniona, przy naciskaniu pierwszego z nich wypływa nieco gęstego śluzu. Gruczoły chłonne in porta hepatis nieco powiększone, miękkie i szare. Żołądek zawiera masę podobną do fusów, błona śluzowa żołądka i kiszek cienka, blaszki Peyera i gruczoły krezkowe nieco powiększone, szarej barwy. W innych narządach żadnych zmian szczególnych.— Przy badaniu drobnowidzem wątroby znaleziono zmiany charakterystyczne dla ostrego żółtego jej zaniku.

W przypadku powyższym należy odróżnić dwa okresy: Pierwszy od 7-go do 18-go Kwietnia odpowiadający żółtaczce zastoinowej i drugi od 18 — 23 Kwietnia charakteryzujący się objawami mózgowymi. Cała więc choroba trwała dni 17, czyli że mieliśmy do czynienia z przebiegiem podostrawym. Objawy w pierwszym okresie jakoto nudności, wymioty, ogólne osłabienie dają się wytłumaczyć zastojem żółci. Charakterystyczne powiększenie wątroby w naszym wypadku w pierwszym okresie zauważyło dotychczas zaledwie kilku badaczy. Co jednak było bezpośrednią przyczyną zastoju żółci u naszego chorego, trudno jest orzec stanowczo, ani bowiem anamneza, ani ściśle badanie chorego nie przyczyniły się do wykrycia takowej. W czasie powstania zastoju żółci dziecię nie przedstawiało za-



dnych widocznych objawów usposobienia krwotocznego, tak, że przypuszczenie, iż krwawienie w przewodach żółciowych było przyczyną owego zastoju nie mogło być dostatecznie umotywowanem.

Że jednak w pierwszych dniach już mieliśmy do czynienia z ostrym żółtym zanikiem wątroby, przemawia stopniowe zmniejszenie się wątroby w połączeniu z coraz większą żółtaczka.

Objawy drugiego okresu były w naszym wypadku zupełnie charakterystycznymi dla ostrego zaniku wątroby i łatwo dają się wytłumaczyć działaniem zatrzymanych składników żółci na masę krwi. Wszystkie objawy, o jakich wspominaliśmy: bredzenie, niepokój, śpiączka, eklamptyczne napady, upadek sił, swoiste zmiany w moczu i każdodziennie niemal zmniejszanie się wątroby, dają się zauważyć we wszystkich prawie wypadkach tej choroby.

Charakterystycznym dla naszego wypadku był przebieg temperatury i występowanie planicy krwawej w czasie, gdy zanik wątroby doszedł do znacznego stopnia. Zwykle w drugim okresie następuje spadek temperatury, w naszym zaś wypadku temperatura doszła w 3-cim dniu do  $41,2^{\circ}$ , w 4-ym zaś spadła do  $38,5$  i na tym stopniu pozostała aż do śmierci. Autor objaśnia owó podwyższenie temperatury przy ostrym zaniku w drugim okresie działaniem zatrzymanych we krwi składników żółci i zawieszeniu funkcyi wątroby. Inni autorowie, jak Thierfelder, Traube i Wunderlich spostrzegali wypadki, gdzie temperatura na 18 — 30 godzin przed śmiercią dochodziła do  $41,8^{\circ}$ , a nawet do  $42,6^{\circ}$ .

Liczne wynacznienia na skórze, błonach śluzowych i niektórych narządach dają się często spostrzegać w drugim okresie. W naszym wypadku zasługuje na uwagę ta okoliczność, że wynacznienia owe nastąpiły dopiero w 4-tym dniu drugiego okresu, gdy zanik i objawy mózgowe doszły do znacznego stopnia. Autor przypuszcza możliwość wpływu poprzedniego krwotocznego usposobienia pacjenta na rozwinięcie się późniejszego zaniku, wynacznienia zaś i krwotoki podczas samej choroby przypisuje uposledzeniu całego krwiobiegu skutkiem zaniknięcia całej istoty wątroby resp. zatrucia krwi składnikami żółci.

A. Koral.

136. W. JACUBOWITSCH. **O ilościowym składzie żółci u noworodków i ssawców.** (*Von den quantitativen Bestandtheilen der Galle bei den Neugeborenen und Säuglingskindern*). *Jahrbuch für Kinderheilkunde* XXIV Band 4. Häft. 1886.

Anatomija i fizyologija przewodu pokarmowego u dzieci, dzięki licznym badaniom zwłaszcza w ostatnich czasach zrobiły znakomite postępy. Badania powyższe dowiodły, że przewód pokarmowy u dzieci pod względem fizyjologicznym i chemicznym różni się znacznie od przewodu pokarmowego u dorosłych. Jama ustna u noworodków jest suchą, a na jej błonie śluzowej zauważyć się daje w pierwszych dniach życia fizyjologiczne złuszczenie nabłonka. Odczyn jamy ustnej w pierwszym miesiącu jest zasado-

dowym lub też nieco kwaśnym, lecz nie alkalicznym, jak to ma miejsce później.

Slinianki noworodków są nader mało rozwinięte, a przeto słabo jeszcze działają. Ilość śliny zwłaszcza w pierwszych sześciu tygodniach jest bardzo nieznaczna; nie zawiera ona ptyaliny, którą najpierw zauważyć można w śliniance przyusznej, w pozostałych zaś śliniankach zaledwie w końcu drugiego miesiąca. — Ilość soku trzustkowego jest również w pierwszych tygodniach nader nieznaczna; nie zawiera on przytem do trzeciego miesiąca fermentu wytwarzającego cukier, ten bowiem znajduje się w odpowiedniej ilości dopiero po upływie jednego roku. Żołądek u noworodków posiada kształt walcowaty i jest nader mały w porównaniu z żołądkiem dorosłych.

Ruchy żołądka są jeszcze słabe, albowiem muskulatura jego jest zupełnie rozwinięta. Sok żołądkowy ssawców jest również tak słabym, że zaledwie jest w stanie przetrwać sernik mleka kobiciego. Kiszki są storunkowo dłuższe niż u dorosłych, lecz muskulatura ich jest jeszcze słabo rozwinięta, a przeto ruchy robaczkowe zbyt słabe. Ilość gruczołów Lieberkühna i Peyera jest mniejszą niż u dorosłych, lecz natomiast ilość gruczołów Brunnera znacznie większa.

Mało stosunkowo zbadaną jest fizylogija żółci w wieku dziecięcym. Vierordt w swej fizylogiji wieku dziecięcego (Gerhardts Handbuch T. I) powiada: „O wydzieleniu żółci u dziecka nie prawie nie wiemy.“ Teoretycznie sądząc, zdawałoby się, że stosunkowo wielka wątroba u dzieci powinna wydzielać znaczną ilość żółci, a tem samem płyn sam winien być mniej stężonym, tembardziej, że jak wiadomo, żółć młodych osobników jest jaśniejsza, tymczasem rozbiór żółci 12 letniego chłopca dopełniony przez Gorup-Besaneza, dał wprost przeciwnie wyniki, mianowicie mniejszą ilość wody niż u dorosłych. Więcej nieco wiemy o żółci płodu. Zweifel np. znalazł w kiszce 3 miesięcznego płodu zawartość składającą się z cholestearyny, mucyny, kwasu mrówczanego i taurocholowego, oraz śladów kwasów: propionowego, palmitynowego, stearynowego i oleinowego. Oto cała literatura przedmiotu.

Autor wziął sobie za zadanie określić dokładnie fizyczne własności żółci u noworodków i ssawców, oraz przeprowadzić cały szereg badań w celu porównania następnie odnośnych cyfr z takimiż u dorosłych. Badania owe były połączone z znacznymi trudnościami; ponieważ autor nie miał sposobności spotkać się z tak rzadkim wypadkiem jak przetoka żółciowa, przeto zmuszony był uskutecznić badania swe na żółci, zaczerpniętej z pęcherzyka żółciowego dzieci niedawno zmarłych, gdzie, jak wiadomo, można znaleźć zaledwie minimalną ilość, mianowicie 0,135 — 5,32 grm., gdy tymczasem dla ścisłego rozbioru potrzebną jest ilość nie mniejsza od 20 grm. Następnie mogła być poddana badaniu tylko taka żółć, gdzie przy pomocy dokładnego badania drobnowidzowego wątroba okazała się zupełnie zdrową. Również wykluczone były dzieci zmarłe na rozmaite choroby przewodu pokarmowego. U noworodków autor korzystał z żółci zmarłych na



atelektazę płuc, u ssawców zaś zmarłych na zapalenie płuc. Pomimo to jednak ilość żółci do każdej analizy częstokroć nie dochodziła do 20 grm.

Żółć poddaną badaniu podzielił autor na sześć kategorii: noworodków resp. z 1-go dnia po urodzeniu: jednomiesięcznych ssawców, dwumiesięcznych, pięćmiesięcznych, dziewięćmiesięcznych i jednorocznych. Wyniki do których doszedł, są następujące:

Ilość żółci w pęcherzyku jest nie wielką i u noworodków waha się między 0,135 a 0,335 grm. Barwa po większej części żółtawa i wogóle jaśniejsza niż w późniejszym wieku; odczyn zarówno u noworodków jak i u starców zasadowy lub nieco kwaśny. Z postępem czasu ilość się powiększa tak, że u jednorocznych dzieci może dojść do 5,32 grm. Ciężar gatunkowy u noworodków waha się między 1,014 a 1,053, u jednorocznych 1,017 do 1,030. Porównyując cyfry te z cyframi otrzymanymi u dorosłych, u których ilość wynosi 13—17 grm. (Sokoloff), a ciężar gatunkowy 1,025—1,032 (Gorup-Besanez), widzimy, że ilość żółci u dzieci jest znacznie mniejszą, ciężar zaś gatunkowy prawie ten sam.

Co się tycze części składowych żółci, autor otrzymał następujące dane:

1) Ilość wody w żółci noworodków mniejszą jest niż u dorosłych.

2) Ilość ciał stałych u noworodków nie wiele się różni od takowej u dorosłych.

3) Ilość soli nieorganicznych jest mniejszą niż u dorosłych, wynosi bowiem u noworodków 0,68<sup>o</sup>/<sub>o</sub>—0,78<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, u jednorocznych 0,75<sup>o</sup>/<sub>o</sub>—0,90<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

4) Ilość mocznika w żółci noworodków jest dość znaczną, dochodzi bowiem do 1,1<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, później zmniejsza się znacznie (u jednorocznych 0,40—0,44<sup>o</sup>/<sub>o</sub>).

5) Ogólna ilość cholestearyny, lecytyny i tłuszczów jest znacznie mniejsza niż u dorosłych.

6) Ilość mucyny zmniejsza się w miarę wieku dziecka, albowiem u noworodków wynosi 3,0 — 3,6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, u jednorocznych zaś zaledwie 0,9—0,14<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

7) Ilość kwasu oleinowego i innych kwasów tłuszczowych jest znacznie mniejszą niż u dorosłych, u których wynosi 0,816 — 1,632<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, podczas gdy u dzieci 0,07—0,21<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

8) Ilość kwasu taurocholowego u jednorocznych dzieci jest znacznie większą niż u innych t. j. młodszych, (u pierwszych 1,4—2,252<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, u drugich 0,748 — 1,925<sup>o</sup>/<sub>o</sub>), w każdym zaś razie mniejszą niż u dorosłych.

9) Żółć dzieci nie zawiera wcale kwasu glikocholowego.

Co się tycze fizjologicznego działania niektórych składowych części żółci, to dotychczas mało się zajmowano tą kwestyją. Walter Lindberger doszedł ze swych badań nad gniciem w obecności swobodnych kwasów żółciowych do wniosku, że te ostatnie zmniejszają natężenie gnicia i fermentacji w przewodzie pokarmowym. Mały i Emich, badając działanie swobodnych kwasów

taurocholowego i glikocholowego, oraz ich soli sodowych na pepton, propepton i białko, znaleźli, że pepton strąca obadwa kwasy, sam zaś pozostaje w roztworze. Kwas taurocholowy strąca białko w postaci skrząpów, łatwo dających się odfiltrować, kwas zaś glikocholowy nie strąca białka.

Gdy się więc kwasy powyższe dostaną do soku żołądkowego, strącają białko, pepton zaś pozostaje w roztworze. — Cóż sami badacze dowiedli, iż kwas taurocholowy w koncentracji 0,2% wstrzymuje gnicie mięsa, kwas zaś glikocholowy działa znacznie słabiej i przyspiesza fermentacją wyskokową i mleczną. Działanie pepsyny, ptyaliny i fermentu trzustkowego również zostaje wstrzymanem przez powyższe kwasy. Na rozszczepienie amygdaliny przez emulsynę, kwas glikocholowy nie wywiera żadnego działania, kwas zaś taurocholowy wstrzymuje ten proces.

Z powyższego widzimy, że działanie kwasu glikocholowego nie tylko jest słabszem, lecz nawet wprost przeciwnem np. w fermentacji alkoholowej i mlecznej. Ponieważ zaś, jak wyżej nadmieniliśmy, żółć dzieci nie zawiera wcale kwasu glikocholowego, dzieci zaś prawie wyłącznie karmione są mlekiem matki zawierającym wiele cukru mlecznego, przeto obecność tego kwasu powiększałaby tylko fermentacją i przez wzmocnione rozwijanie się gazów źle oddziaływały na czynność przewodu pokarmowego. Trudność, z jaką dzieci trawią nierozcieńczone mleko krowie można prócz słabego działania soku żołądkowego i trzustkowego, przypisać jeszcze i tej okoliczności, iż tłuszcz, znajdujący się w wielkiej ilości w mleku krowim wobec znacznej obfitości soli taurocholowych w żółci dzieci a braku glikocholowych, nie jest w stanie zupełnie emulsyjować i przejść w kwasy tłuszczowe i glicerynę. Niektórzy badacze znaleźli nawet w kale dzieci karmionych mlekiem matki do 50% swobodnych tłuszczów (Simon, Kramsztyk), co również objaśnić można sobie brakiem kwasu glikocholowego.

Co się wreszcie tycze pozostałych części składowych żółci ssawców, to o roli ich w organizmie dotychczas mało wiadomo. — Niektórzy badacze (Austin Flint) chcą uważać cholestearynę jako produkt rozpadu tkanki nerwowej, wydalany z organizmu za pośrednictwem żółci, temu jednak mniemaniu sprzeciwia się znaczna stosunkowo ilość cholestearyny u ssawców (0,175% — 0,3%, u dorosłych 0,35%), gdy tymczasem jak wiadomo, działalność układu nerwowego u dzieci jest bardzo małą. Prędzej możemy dopuścić, iż cholestearyna służy do wytwarzania tkanki nerwowej, znajdowano ją bowiem w mózgu w znacznej ilości.

Wreszcie o znaczeniu soli nieorganicznych w żółci można jeszcze mniej powiedzieć, gdyż cała prawie ilość ich wydalona zostaje z organizmu ssawców z kałem. *A. Koral.*

137. Dr. FREY z Baden-Baden podaje z N. 11 Berl. Kl. Woch. 1886 ciekawy wypadek „szkarlatyny“ bardzo ciężkiej, po raz trzeci w ciągu 10 lat napastującej tego samego chłopca. Mając 9 lat przechodził ją po raz pierwszy, w trzy miesiące potem po raz drugi, a mając lat 19 po raz trzeci. Nazwisko



autora, jakoteż konsultantów D-rów Bauerfeinda i Wiederhofera z Wiednia, jakoteż Baumgärtnera z Badenu są rękomią wiarogodności rozpoznania. *Dr. L. W.*

### 138. O mimowolnem oddawaniu moczu w nocy przez dzieci.

a) Dr. Picard: De l'incontinence nocturne d'urine essentielle.—Le Progrès medical. 1886. N, 20.

b) William H. Day: Remarks of incontinence of urine in children. — The British Medical Journal and. The Medical Herald. Vol. VII N. 84, p. 634.

Francuzki autor, mając zamiar podać racjonalny sposób leczenia tej choroby, rozbiera przedewszystkiem przyczynę takową i zastanawia się nad fizjologiją oddawania moczu. — W prawidłowym stanie moc, wypełniając pęcherz, anatomicznie zamyka otwory moczowodów i skutkiem tego nie może powrócić do nerek, a jednocześnie nie może wypłynąć na zewnątrz, gdyż mięsień zwieracz pęcherza i mięsień cewki moczowej nie pozwalają na to. Te mięśnie działają nieświadomie. — Gdy jednak ilość moczu się zwiększa, wtedy oprócz mimowolnych mięśni poczynają także działać mięśnie dowolne (Ghutri'go i Wilsona), które pod wpływem woli, podtrzymują działanie zwierających mięśni.

Przeciwnie, gdy chcemy oddać mocz, to lekko naprężamy przeponę, która przez pośrednictwo kiszek zaciska dno pęcherza, jednocześnie zwalniamy naprężenie dowolnych mięśni, a wtedy pęcherz kurczy się i łatwo przezwycięża skurcz mimowolnych mięśni—uryna swobodnie odplywa.

Widzimy zatem, że działalność pęcherza stoi w odwrotnym stosunku do działalności cewki — gdy pęcherz się kurczy, cewka powinna rozszerzać się, a gdy pęcherz się wypełnia i biernie rozciąga, cewka zamyka się, aby nie wypuszczać moczu. Pomiędzy temi dwiema siłami istnieje równowaga w stanie prawidłowym. U dzieci do 15—18-go miesiąca życia brak tej równowagi; skurcz pęcherza jest bardzo silny, mięśnie od woli zależące nie działają jeszcze i nie podtrzymują mimowolnych mięśni—przeto mimowolne urynowanie jest prawidłowem w tym wieku i zdarza się we dnie i w nocy.

Nienormalnym nazwiemy stan, gdy urynowanie mimowolne trwa do 2½—3 roku, a chorobą—gdy trwa w 4 roku życia dziecka. — W takich razach za dnia dzieci zwykle nie urynują bezwiednie, gdyż wola działa i pobudza mięśni zwierające cewkę moczową; w nocy zaś uczucie napełnionego pęcherza wznosi się wzdłuż rdzenia ku mózgowi, lecz mózg z powodu głębokiego snu nie oddziałuje nań i nie wywołuje działalności woli, w rdzeniu zaś podrażnienie wywołuje odruch, którego rezultatem — mimowolne oddanie moczu w łóżku. A zatem głęboki sen jest jedną z przyczyn choroby.

Nieraz sen jest zwykłym, niezbyt głębokim, lecz uczucie potrzeby urynowania jest zbyt słabe, by wywołać skurcz zwieraczy. W obu tych wypadkach strumień moczu jest prawidłowo-

wym, mocz odchodzi swolna, bez nadmiernego naprężenia pęcherza.

Oprócz tych dwóch przyczyn, są jeszcze inne: moc zbytnie kwaśny silnie drażni pęcherz i pobudza go do skurczu. *Oxyuris vermicularis*, zbyt długi napletek, zwężenie cewki, zapalenie głębokiej części cewki, ogólne osłabienie organizmu, onanizm, a wreszcie dziedziczność też niejednokrotnie powodują bezwiedne urynowanie. Zwykle choroba ta ustaje po dojściu do płciowej dojrzałości, zdarzają się jednak 20—25 letni ludzie z tą chorobą.

Choroba ta daje się wyleczyć, lecz, jak powiada Day, na trzy punkty trzeba zwrócić uwagę, aby pożądanego doczekać się rezultatu, a mianowicie: 1) na ściśle określenie przyczyny choroby, 2) na energiczny sposób leczenia i 3) na dostatecznie długie trwanie leczenia.

Oprócz powyżej wyliczonych przyczyn przytacza Day jeszcze jedną: przewlekły białkomocz, który spostrzegaliśmy w jednym wypadku wyleczonym przezeń za pomocą zalecanej kuracji, belladony, *nux vomica* i żelaza.

Wyszczególnione środki wraz z sporyszem, indukcyjną elektrycznością, hydroterapią i morskimi kąpielami stanowią cały arsenał, bardzo skuteczny w tem cierpieniu. Belladonnę wprowadził Trousseau i podawał ją systematycznie przez długi czas, poczynając od 0,01 (Gr.  $\frac{1}{6}$  extracti w pigułce, wieczorem), powiększał co kilka dni dawkę o jeden centigram, aż do 20 centigramów. Kuracja trwała 1 — 2 miesiące. Gdy belladonna nie była znoszona, zastępujemy ją *bromkiem potasu* po 0,25 (gr. IV) dla 4-letniego, a po 0,50 (gr. VIII) dla 12-letniego dziecka — na jedną dawkę, podając 3—4 dawki dziennie. Doskonały rezultat otrzymano stosując *siarczan strychniny*. przepisujemy: *Strychnini sulfurici* 0,05. *Syrupi simpl.* 100,0. W łyżeczce od kawy zawiera się  $2\frac{1}{2}$  miligrama alkaloidu, w desserterowej łyżeczce — 5 miligramów, a w stołowej łyżce — 1 centigram. U dzieci od 5 — 10 lat dajemy dwa razy dziennie po jednej łyżeczce od kawy — przez dwa dni. Potem pauzujemy przez dwa dni, a następnie dajemy po trzy łyżeczki dziennie znowu przez dwa dni. Znow dwudniowy przestanek i następnie 4 łyżeczki dziennie i tak dalej aż do sześciu łyżeczek dziennie. W dalszym ciągu zamiast łyżeczki od kawy, dajemy łyżeczkę desserterową i dochodzimy do ilości sześciu takich łyżeczek, zawierających 60 gramów syropu i 3 centigramy alkaloidu. Następnie desserterową łyżeczkę zastępujemy stołową łyżką i podajemy 50, 60, 80, 120 gramów syropu dziennie, czyli 3, 4, aż do 6 centigramów (gr. I) siarczanu strychniny.

U dzieci, mających więcej niż 10 lat, rozpoczynamy kurację od desserterowej łyżeczki i dochodzimy do 200 gramów syropu (10 centigr. alkaloidu) dziennie.

Zamiast tego alkaloidu, niebezpiecznego w wielu razach, stosujemy obecnie *Ergotynę* albo *sporysz w proszku* po 20 centigramów (gr. III) dwa razy dziennie u dzieci 4-letnich, a 30 — 50 centigramów u 14—15-letnich.



Nieraz z dobrym skutkiem łączymy strychninę lub sporysz z belladonną; pierwsze dwa środki wzmacniają włókna mięśni zwierających, a belladonna zmniejsza nadczułość pęcherza; temi własnościami wypada kierować się przy wyborze środka lekarskiego.

*Elektryczność* indukcyjna znakomicie działa. Jeden elektrod opieramy na międzykroczu, a drugi na okolicy pęcherza, lub też wprowadzamy go do cewki; elektryzacja cewki wcale nie jest bolesną.

Przy zapaleniu pęcherza stosujemy *azotan srebra*, w postaci iniekcji. *Zelazo, hydroterapija i morskie kąpiele* są doskonałe *tonica*, wskazane u osłabionych wątłych dzieci. Wreszcie jeżeli żadna inna przyczyna, a tylko lenistwo i zły nałóg są powodem mimowolnego urynowania—wtedy surowe skarcenie różgą — jest doskonałym lekarstwem, o którym już Trousseau wspominał.

*Dr. L. Wolberg.*

139. Dr. SAUERHERING. **Leczenie koklusz.** Zur Therapie d. Keuchhustens. (*Deut. Med. Woch.* 37. 1885).

Według spostrzeżeń autora choroba ta, tak mało poddająca się leczeniu, może być łatwo zwalczona przez odpowiednie zastosowanie chininy.

Autor podaje ją do wewnątrz, i mianowicie ssawcom 0,04 do 0,07 gram na dawkę, w 2-gim roku życia 0,07—0, w 3—4-ym 0,01—0,15, w 5—6-ym 0,15—0,2, w 7—8-ym 0,2—0,25 grm. Dorosłym podaje 0,5 na dawkę. Zapisuje się od razu 10 proszków, które powinny być użyte w ciągu trzech dni, poczem następuje trzydniowa przerwa. Wieczorem trzeciego dnia rozpoczyna się nowa seryja 10-ciu proszków w ciągu trzech dni, a po drugiej przerwie (3 dni) trzecia seryja. Tym sposobem chory zużywa 30 proszków w ciągu 16 dni, w którym to czasie choroba zwykle zostaje usunięta.

Obok tego pobyt na świeżem powietrzu, unikanie rozgrzania i suchych kruchych pokarmów. Działanie powyższej metody okazuje się skutecznem w każdym okresie koklusza.

Po wyżyciu pierwszych dziesięciu proszków wymioty zwykle ustają, po drugiej seryi natężenie i liczba napadów znacznie się zmniejsza, a po trzeciej choroba ucicha zupełnie. Chininę można stosować dla uniknięcia nieprzyjemnego smaku z czekoladą.

Skuteczny wpływ chininy w kokluzu objaśnia autor po części jej działaniem przeciwnilnem po części zaś narkotyzującym. Dzieci są też zwykle ospałe i ociężałe.

140. Dr. J. BACHEM **O leczeniu koklusz przez wdmuchiwanie chininy do nosa.** (*Cent. f. Klinisch. Medic.* Nr. 24).

Nowsze zapatrywania na koklusz, jako na cierpienie umiejscowione w błonie śluzowej nosa, zniewoliło autora do spróbowania powyższego sposobu. Wyniki były bardzo dobre. W 16 przypadkach trwanie choroby skrócone zostało do 3-ch tygodni, w cięższych do 4—5.

Wdmuchiowano chininę z proszkiem gumowym (3 : 1), w ilo-

ści 0,2 mieszaniny na raz, za pomocą zwykłej rurki zakończonej żółdziowatą kauczukową nasadą, która powinna dobrze przystawać do otworu nosa. Wdmuchiwać należy z siłą, raz lub dwa na dobę.

Prof. Finkler, który próbował sposobu autora, potwierdza jego skuteczność.

141. Dr. KOHLMETZ. **O leceniu koklusz.** *Deut. Med. Zeit.* N. 48).

Autor używa chininy, zmienia tylko sposób jej zastosowania. Gdy wewnętrzne użycie nie dawało mu zbyt zadawalniających wyników, zaczął wstrzykiwać roztwór chininy do gardła, naciskając u małych dzieci język za pomocą łyżeczki, starszym zaś każąc wymawiać „ae“.

Po trzech już dniach natężenie choroby się zmniejszyło, najpóźniej dopiero po 8.

Przepis autora:

Chinini sulfurici 4,0.

Acidi sulfurici 2,0.

Aquae destil. 200,0.

Roztworu tego dzieciom 3—4 letnim należy w ciągu trzech pierwszych dni wstrzykiwać co dwie godziny w otwarte usta pełną szklaną szprycę (objętości autor nie podaje); następujących 4-ch dni tylko co trzy godziny; później jeszcze rzadziej. Małym dzieciom wstrzykuje się mniej płynu, lecz w takich samych odstępach czasu.

142. Dr. MICHAEL. **O leceniu koklusz.** Ueber Keuchhusten behandlung. (*Deut. Med. Woch.* 5. 1886).

Autor, opierając się na poglądach Hacka, Schadewalda, Willego i innych, zaliczających koklusz do nerwic nosa, obrał sobie błonę śluzową nosa za pole do wypróbowania rozmaitych środków leczniczych przeciw kokluszowi. Za najodpowiedniejszy sposób zastosowania ich uznał autor wdmuchiwanie w postaci proszków. Przemycania są zbyt ryzykowne ze względu na częstość zapaleń średniego ucha wskutek ich; galwanokaustyczne przyżegania (Sommerbrodt) są zbyt silnym środkiem wobec cierpienia, prawda uciążliwego, ale przechodniego. Autor próbował następujących proszków: Chinium muriaticum; Chin. muriaticum z Ac. benzoicum 3 : 1, Chininę z bromkiem potasu 1 : 4; Pulv. resinae benzoës, garbnik, kwas salicylowy, borny, jodoform, kokainę, sodę, tarty marmur, ostatni, aby wypróbować wpływ proszku zupełnie obojętnego. Pierwszeństwo oddaje chininie i p. resinae benzoës, dalej idą tanina i marmur w proszku; kwas salicylowy borny, jodoform, kokaina okazały się bardzo mało skutecznymi.

Przy ocenie wpływu stosowanego środka autor opierał się głównie na zachowaniu się częstości napadów w ciągu doby, mniej zwracając uwagi na ich natężenie, jako na okoliczność trudniejszą do przedmiotowej oceny. Leczenie stosowano tylko w okresie spazmodycznym, cechującym się charakterystycznym wdechowym jękiem — pianiem (jiemen).

Wyniki autora dotyczą obecnie 50 przypadków; choroba



trwała przecięciowo 2 do 3 tygodni; w 43 przypadkach już w pierwszych dniach zauważono polepszenie, w 8 z nich choroba skończyła się po trzech dniach, w sześciu po ośmiu dniach.

Powikłań było 5; cztery razy bronchopneumonia (w 2-ch przypadkach rozwinięta przed rozpoczęciem leczenia) — i raz ospica.

Prawie we wszystkich przypadkach wpływ pierwszych 2-ch trzech wdmuchiwań był najenergiczniejszym. Najwdzięczniejsze były przypadki zupełnie świeże, albo też trwające już dłużej niż 4 tygodnie.

Autor nie może określić, o ile przeciętnie trwanie choroby się skracало, ponieważ przy polepszaniu się stanu — dzieci zabierano ze szpitala przed zupełnem wyleczeniem.

Wpływu swego sposobu na powikłania, zwłaszcza na zapalenie płuc autor nie zauważył, uderzyło go nawet to, że w przypadkach tego powikłania, wdmuchiwanie okazywało się prawie bezskutecznem na częstość napadów.

Wielki wpływ na przebieg choroby miał stan powietrza; przy zimnym wschodnim wietrze następowało pogorszenie; przy jednostajnej cieplej temperaturze chorzy mieli się najlepiej.

W jednym przypadku (12-letnia dziewczynka) wdmuchiwanie chininy nie mogło być znośnem z powodu bólu głowy i nudności.

W działaniu p. resinae benzoës okazuje się silniejszym od chininy i przyjemniejszym w użyciu ze względu na smak. — Najlepiej wdmuchiwać podczas wydechu, nie częściej jak raz na dobę. Wielkie znaczenie mają dobre warunki higieniczne, suche i obszerne pomieszczenie.

Autor radzi, w ostatnim zwłaszcza razie, trzymać dzieci przez cały czas choroby w mieszkaniu.

Działanie proszków jest podwójne, po pierwsze czysto mechaniczne (jak się okazuje z dobrego wpływu wdmuchiwań obojętnego proszkowanego marmuru), i powtórne chemiczne (co widać z silniejszego działania proszków nieoobojętnych). — Że dobry wpływ wdmuchiwania nie zależy od zapadania proszku do tchawicy, a tylko od działania na błonę śluzową nosa, świadczą te przypadki, w których rozrośnięte twory adenoidalne zamykały zupełnie tylne otwory nosa. R.

### III. Oftalmologija.

143. Prof. JACOBSON. Stosunek zmian i chorób narządu wzroku do cierpień ogólnych i chorób innych narządów. (Beziehungen der Veränderungen und Krankheiten des Sehorgans zu Allgemeinleiden und Organerkrankungen). — Leipzig — Verlag von Wilhelm Engelmann. — 1885. Str. 238.

Pracę swą poprzedza autor zwięzłym poglądem anatomi-

cznego i klinicznego stosunku pomiędzy mózgiem i okiem, ważnego dla zrozumienia wzrokowych i ruchowych zaburzeń oka i bezpośrednio przechodzi do systematycznego rozbioru stanów chorobowych spostrzeganych w narządzie wzroku ze szczególnem uwzględnieniem tych chorób ustroju, które na dane cierpienia oka wywierają wpływ pośredni lub bezpośredni, z kądem ostateczne wyniki w krótkim streszczeniu podajemy.

A. Stosunek pomiędzy chorobami siatkówki i cierpieniami ogólnymi można określić w ten sposób:

1) Rozszerzenia żyłne z wybroczynami krwi lub bez takich mogą być pochodzenia miejscowego, warunkują się jednakże zwykle ogólnem zwyrodnieniem naczyń i ogólnymi zaburzeniami oddychania i krwioobrotu.

2) Krwotoki siatkówki z białymi plamami, z białością tarczy i dna ocznego, ze zwężeniem naczyń, są oznaką ogólnej bezkrwistości.

3) Zakrzepy żyłne bywają następstwem słabości serca i zwyrodnienia naczyń.

4) Zator tętnicy pośrodkowej siatkówki bywa skutkiem zapalenia wsierdza, wad zastawek sercowych, chorób naczyń.

5) Tętnienie jest objawem niedomykalności zastawek aorty.

6) Zapalenia siatkówki w wyjątkowych tylko przypadkach są pochodzenia pierwotnego — zazwyczaj są one skutkiem chorób innych narządów i chorób konstytucyjnych, które to choroby chociażby tylko na zasadzie charakterystycznych zmian siatkówki mogą być rozpoznawane.

Tu należą: choroba Brighta, Diabetes, przymiot, sprawy septyczne.

B. Co do chorób nerwu wzrokowego zauważyć należy:

1) Prawie wszystkie choroby siatkówki są jednocześnie chorobami tarczy nerwu wzrokowego (przekrwienie, niedokrwiłość, krwotoki, zatkania wielkich naczyń, zapalenia przy białkomoczu, przymiotcie i t. d.), mają więc wspólną przyczynę i wspólny stosunek do chorób ogólnych. Choroby mózgu i mlecza pacierzowego zdają się nie powodować zmian widocznych na siatkówce.

2) Zależne od chorób nerwu wzrokowego zmiany w obrazie tarczy mogą rozszerzać się na najbliższe części siatkówki (tarcza zastojowa, zapalenie zstępujące, przekrwienie tarczy przymiotowe i t. p.), lub też ściśle zamykać się w obrębie tarczy będąc po większej części pochodzenia mózgowego (zanik tarczy neuritis medullaris). Co się tyczy chorób nerwu wzrokowego spostrzeganych podczas pewnych chorób ogólnych (tyfus, róża, reumatyzm i t. p.), nie zdecydowano, czy są one bezpośrednim skutkiem działania pierwiastku chorobotwórczego, czy też pośrednim objawem zmian oczodołów lub podstawy mózgowej.

8) Choroby tarczy obustronne połączone z nabrzmieniem



tarczy, nie są objawem ogniskowym mózgu. Tarcza zastojowa właściwa i zapalna jest skutkiem zwiększonego wewnątrzczaszkowego ciśnienia (Tumor cerebri), rzadziej gruźlicznego zapalenia opon mózgowych, ropnia mózgowego.

4) Jednostronna tarcza zastojowa, jeżeli jest pochodzenia mózgowego, jest objawem ogniskowym.

5) Jednostronny właściwy zanik może być objawem ogniskowym.

6) Centralny zanik bywa po większej części obustronny. Z różnych form zaniku można postawić pewne prawa co do natury cierpienia głównego. Zanik nieprzezroczysty z cienkimi naczyniami jest rezultatem zapalnego rozrostu tkanki łącznej, zanik przezroczysty z naczyniami normalnymi jest oznaką pierwotnego zaniku włókien nerwowych, zanik plamisty jest objawem sklerozy rozsianej.

C. Pod niedoślepem i ślepotą autor pojmuje osłabienie lub zniesienie wzroku zależne od przyczyn mających siedlisko po za gałką oczną.

Co do zależności różnych form niedoślepu od chorób przyczynowych autor zaznacza:

1) Połowiczne widzenie boczne i cała grupa symetrycznych przerw w polu widzenia jest pewnym znakiem ogniska chorobowego w mózgu pomiędzy spoidłem nerwów wzrokowych i wzgórkciem wzrokowym.

2) Środkowa przerwa w polu widzenia jest wyrazem zaniku włókien nerwowych plamki żółtej wskutek choroby konstytucyjnej (Zatrucie nikotyną, wyskokiem i t. d.).

3) Obustronna ślepotą może być skutkiem ucisku lub zmiążdżenia spoidła nerwu wzrokowego, obustronnego krwotoku w płaty potylicowe i wtedy może być uważaną jako objaw ogniskowy; takąż ślepotą zdarzyć się może przy rozlanych sprawach w korze lub oponach mózgowych i wtedy zaliczoną będzie do ogólnych objawów mózgowych, — to samo stosuje się do ślepoty przy przymocię. Niedoślep przy mocznicy, jak również występujący w czasie przebiegu tyfusu, odry, zaliczyć należy do objawów zatrucia. Niedoślep przy hysterii jest natury odruchowej.

4) Ślepotą jednostronna, skrzyżowana z niedoślepem drugiego oka, zdradza ognisko w torebce wewnętrznej lub też jest pochodzenia odruchowego.

5) Takąż ślepotą nieskrzyżowaną w jednym przypadku wystąpiła po urazowym zapaleniu opon mózgowych.

6) Jedno lub obustronny niedoślep postępujący dośrodkowy z objawami zaniku twarzy, jest skutkiem procesu sklerotycznego, szarego zwyrodnienia, porażenia postępującego i t. p.; podczas gdy dośrodkowe ściśnienie pola widzenia bez niedoślepu i zaniku tarczy jest natury odruchowej.

7) Kurzoślep nabyty, pominąwszy przypadkowe przyczyny zewnętrzne, warunkuje się ogólnymi konstytucyjnymi chorobami ze wspólnym charakterem wycieńczenia ustroju wskutek niedostatecznego odżywiania.

8) Pozostawiwszy więc na stronie zanik tarczy wzrokowej jako przyczynę ślepoty i niedoślepu, należy uwzględnić jeszcze ogniska chorobowe w mózgu i na podstawie jego rozlane sprawy kory i opon mózgowych, zatrucia w przebiegu chorób gorączkowych i po użyciu trucizn, choroby konstytucyjne i działania odruchowe.

D. Porażenie mięśni ocznych, chwilowe lub stałe obserwować się dają podczas przebiegu najróżnorodniejszych chorób ostrych i przewlekłych, lecz objaśnienie tych porażań po większej części jest jeszcze niedostateczne (Trichinosis, rheumatismus, diphtheritis, diabetes, tabes, paralysis progressiva, sclerosis disseminata).

W innych wypadkach jako przyczynę porażenia uważać należy materjalne zmiany na podstawie mózgu, lub w samej istocie mózgowej (Meningitis, Syphilis, Tuberculosis, Tumores cerebri, Haemorrhagiae).

Niekiedy sprawy chorobowe umiejscawiające się w samym oczodole mogą powodować porażenia mięśni.— Wreszcie już samo chwilowe przekrwienie mózgu u osób pełnokrwistych może spowodować przemijający paraliż mięśni ocznych.

Co się tyczy rozpoznawania miejsca cierpienia w mózgowiu na zasadzie porażenia jednego, kilku lub wszystkich mięśni ocznych, to zaznaczyć należy, że przy cierpieniach samej istoty mózgowej występują ogólne porażenia mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych gałki ocznej; odosobnione porażenia są cechą chorób podstawy mózgowej. Wogóle rozpoznawanie w tym kierunku jest bardzo trudne; jeżeli jeszcze weźmiemy pod uwagę wszelkie możliwe powikłania.

E. Stosunek chorób oczodołów do chorób ogólnych można streścić tak:

- 1) Zapalenie okostnej może być objawem zolżów lub odziedziczzonego przymiotu.
- 2) Próchnienie kości jako skutek przymiotu.
- 3) Przerzutowe nasiąknięcia ropne zdarzają się przy nosaiciznie, posocznicy, tyfusie i innych.
- 4) Zatkanie żyły ocznej może być skutkiem wycięczenia lub infekcyi przy sprawach ropnych w kościach oczodołów, na twarzy, w nosie, co występować może samodzielnie lub w zależności od róży, szkarlatyny i t. d.

F. Co do naczyniówki powiedzieć można:

- 1) Gruzełek za pomocą oftalmoskopu wykryty na naczyniówce, stanowczo stwierdza rozpoznanie gruźlicy. Brak gruzelka na naczyniówce nic nie orzeka, gdyż łatwo jest go nie dojrzeć i nie należy on do objawów wczesnych.
- 2) Zapalenie naczyniówki areolarne jest pewnym znakiem późnego drugorzędnego, lub wreszcie trzeciorzędnego przymiotu.

Inne formy zapalenia naczyniówki rozsianego mogą być pochodzenia przymiotowego lub nie.

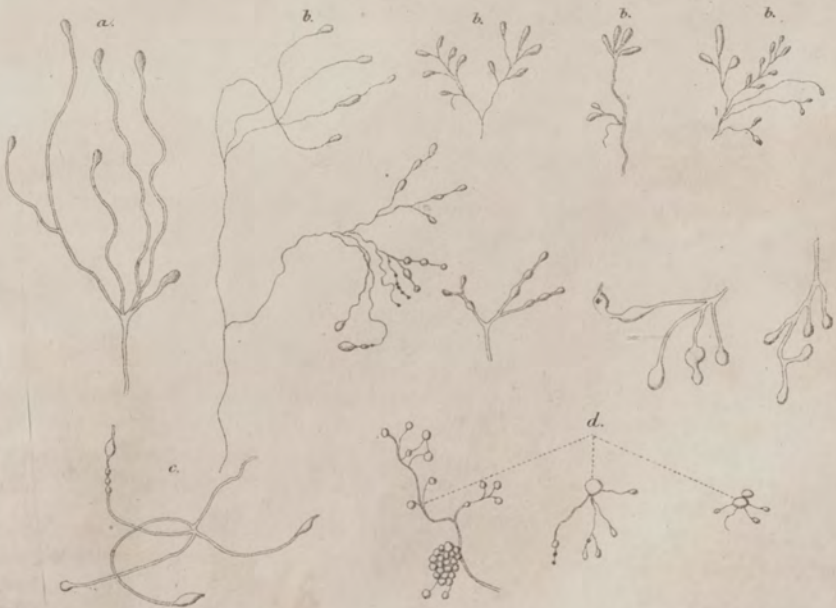
- 3) Zapalenie naczyniówki ropne może być skutkiem zapalenia opon mózgowych i powoduje zanik gałki ocznej, lub też



Fig 1.



Fig 2.



jest pochodzenia przerzutowego (gorączka połogowa, nosacizna, róża i t. d.) i ciągnie za sobą zapalenie całej gałki ocznej.

4) Zapalenie naczyńówki plastyczne przedniego odcinka ze zmętnieniem ciała szklстого i hypopyon niekiedy towarzyszy gorączce powrotnej w okresie rekonwalescencji, rzadziej ostremu goścowi stawowemu. — W drugim tygodniu ospy występuje niekiedy surowicze zapalenie, w przebiegu trądu swoiste trędotwate zapalenie naczyńówki. Lekkie formy zapalenia ze zmętnieniami ciała szklстого występują niekiedy podczas lactationis nimiae.

5) Napady jaskry występować mogą w podeszłym wieku, przy różnych chorobach ostrych, kiedy siła serca upada.

G. Zapalenia błony tęczowej, rozpatrywane w stosunku do chorób ogólnych, mogą być:

1) Powstałe z zapalenia naczyńówki per continuitatem, i wtedy stosuje się do nich wszystko, co powiedziano wyżej o naczyńówce.

2) Pochodzenia przymiotowego w najróżnorodniejszych formach. Tylko iritis gummosa jest potognomoniczną.

3) Zapalenie tęczówki trędotwate.

4) Zapalenie tęczówki gruźlicze, które dotychczas uważa-  
nem jest jako sprawa wyłącznie miejscowa.

5) Zapalenie tęczówki tryprowe—występujące jednocześnie z objawami artretyzmu.

6) Niecharakterystyczne cierpienia błony tęczowej przy zółtach i charłactwie.

H. Co do zaburzeń akkomodacyjnych oka, niewiele dotychczas da się powiedzieć:

1) Porażenie mięśni akkomodacyjnych oka nie rzadko występuje jako objaw dyfteryi. Przyczyny prawdopodobnie szukać należy w krwotokach i zapaleniach nerwów obwodowych. Czy porażenia po szkarlatynie, chorobie cukrowej i włośnicowej są podobnegoż pochodzenia—nie wiadomo. Porażenia po zatruciach prawdopodobnie są pochodzenia centralnego. Porażenia odruchowe od nerwu trójdzielnego (ram. alveolar.) same przez się objawiają się przez przyjmowanie podniesionego ciśnienia, jako momentu przyczynowego. Porażenia po gorączce powrotnej mogą mieć podstawę w zmianach zapalnych ciała rzęskowego.

2) Osłabienie akkomodacyi może być skutkiem nerwowej nadczołości (laktacyja wycieńczająca, onanizm, wysilki w okresie połogowym), nerwowego zdrętwienia (morfinizm), słabości mięśniowej i bezkrwistości (utrata krwi, biegunka, ciężki tyfus, ogólne charłactwo, rekonwalescencyja po ciężkich chorobach).

I. Zwężenie i rozszerzenie źrenicy od dawna jest przedmiotem dociekań fizjologów i patologów, ale dotychczas sprawa ta przedstawia wiele punktów ciemnych.

Zwężenie (myosis) może być spowodowane skurczem nerwu okoruchowego lub porażeniem nerwu sympatycznego. Rozsze-



rzanie (mydriasis) jest skutkiem skurczu n. sympatycznego lub porażenia n. okoruchowego.

Pominąwszy zmiany źrenicy spowodowane użyciem pewnych leków, jak również zmiany występujące podczas niektórych chorób ostrych (tyfus, cholera, błonica), co do zależności zmian źrenicy od chorób układu nerwowego zauważyć można:

1) Wszelkiemu uciskowi nerwu sympatycznego szyjowego towarzyszy zwężenie źrenicy odpowiedniej strony. Przy rozdrażnieniu nerwu symp. szyj. respective zapaleniu spostrzega się rozszerzenie źrenicy.

2) Przy przewlekłych chorobach mlecza paciierzowego (zanik, zwyrodnienie) częstym i wczesnym objawem jest zwężenie źrenicy umiarkowane skutkiem porażenia n. sympatycznego. W późniejszych okresach zwężenie dochodzi do maximum na skutek wtórnego skurczu zwieracza źrenicy.

3) Przy innych chorobach mlecza paciierzowego i jego opon (choroba Potta, urazy, guzy, udar, zapalenie opon) występuje rozszerzenie źrenicy skurczowe bezpośrednie lub odruchowe, wskutek podrażnienia n. sympatycznego.

4) Każde umiarkowane rozszerzenie źrenicy z brakiem odczynu na światło i akkomodacyi, wskazuje na porażenie n. okoruchowego.

5) Osłabienie lub zupełny brak odczynu na światło przy zachowanej akkomodacyi nigdy nie jest zależne od n. okoruchowego.

6) Przy raptownych obfitych krwotokach występuje rozszerzenie źrenicy; przy krwotokach powolnych początkowo daje się spostrzegać zwężenie. Przekrwienie mózgu sprowadza zwężenie źrenicy.

7) Przy zapaleniu opon mózgowych w początku zjawia się zwężenie źrenicy, w późniejszych okresach zapalenia zmiany bywają rozmaite.

K. Ciało szkliste i soczewka względem chorób ogólnych zachowują się odmiennie:

1) Ciało szkliste przy wszelkich stanach ustroju zachowuje swą przezroczystość, z wyjątkiem chyba ropni przerzutowych i krwotoków, punktem wyjścia których zresztą zawsze są naczynia siatkówki lub naczyńówki.

2) Przezroczystość soczewki pod wieloma względami zależną jest od stanu ogólnego ustroju. Zaćma starcza, zaćma przedwczesna wskutek ogólnego wycieńczenia ustroju, zaćma przy diabetes, febris recurrens, variola, syphilis i t. d.

L. Rogówka podlega częstym zmianom przy różnych chorobach ustroju:

1) Zoły sprowadzają najrozmaitsze formy zapalne rogówki łuszczkowate, pęcherzykowe, śródmiąższowe powierzchniowe i głębokie.

2) Przymiotowi często towarzyszy zapalenie rogówki śródmiąższowe rozlane i głębokie.

3) Wadliwa funkcja powiek i ogólne i miejscowe trofoneurozy powodują ważne zmiany rogówki.

M. Choroby błony białkowej obserwowane można podczas przymiotu, reumatyzmu mięśniowego i stawowego, odry, ospy, zółzów, cholery, wreszcie przy zawałach brzusznych.

N. 1) Zapalenia łącznicy ciężkiej, grożące utratą oka, powstają przy współdziałaniu swoistych drobnoustrojów (Blenorrhoea, Diphteritis, Scarlatina). Organiczne zapalenia łącznicy gałki ocznej powstają pod wpływem zółzów, odry i ospy.

2) Zapalenie nieżytowe ostre towarzyszy ospie, odrze, szkarlatynie, katarom nosa i oskrzeli, zapalenie nieżytowe przewlekłe może być podtrzymywane przez przyplwy do głowy przy pełności brzusznej, przez zaburzenia w krążeniu i oddychaniu lub bodźce nerwowe (Lactatio nimia, masturbatio).

3) Z chorób skórnych twarzy oddziaływać mogą swoiście na łącznicę - eczema, impetigo, psoriasis, lepra, lupus, pemphigus.

4) Przymiot tylko przy bezpośrednim zetknięciu może się umiejscowić na łącznicy; gruźliki często znajdowano na łącznicy.


O. 1) Powieki zdają się podlegać przymiotowi tylko przy bezpośrednim miejscowym zakażeniu. Natomiast zółzy znajdują w nich wygodny grunt.

2) Skurcze i porażenia powiek ważne są przy rozpoznawaniu chorób nerwowych ośrodkowych, podczas ciężkich chorób ogólnych; opadnięcie powiek jest w zależności od commune sensorium i zjawisk odruchowych pomiędzy n. trójdzielnym i twarzewym.

3) Łatwość brzęknięcia powiek często pomaga rozpoznaniu ogólnych lub odległych chorób. Wl. Zawadzki.

## Nadesłano do Redakcyi.

- *Unna*: Ueber einem Fall geheilter Lepra tuberosa.  
 — *Unna*: Ichtyol und Resorcin. 1886.  
 — *St. Szcz. Zaleski*: Badania nad żelazem wątroby. Odb. z Gaz. Lek. 1886.  
 — *Dr. J. Szpilman*: O wylęganiu się wścieklizny. Studium doświadczalne. Odb. z Przeglądu Weteryn. 1886.

 Do dzisiejszego numeru Kroniki, do artykułu D-ra Kijewskiego dodaje się tablica litografowana.



## OGŁOSZENIA

# PANKREATYNA DEFRESNE

PRZYJĘTA URZĘDOWO

przez Marynarkę Francuską i przez szpitale Paryskie.

Pankreatyna Defresne trawi 30 grm. ciał białkowatych, 11 grm. materii tłuszczowych i 10 grm. krochmalu przemienia na cukier.

### PREPARATY ZAWIERAJĄCE PANKREATYNĘ DEFRESNE

1. **Pigułki Pankreatynowe Defresne.** Każda zawiera 20 ctgrm. Pankreatyny. Używają się w dawce od 3 do 5 po każdym jedzeniu. Flakon zawiera 60 pigulek.

2. **Pankreatyna Defresne w proszku.** Flakon zawiera 15 grm. dla odpowiedniego zażywania dołącza się łyżeczka zawierająca 20 ctgrm. Doza: 3 do 4 łyżeczek po każdym jedzeniu z konfiturami lub w opłatku.

3. **Tran emulsyjony pod działaniem Pankreatyny Defresne.** Przedstawia się w postaci białej śmietany, rozpuszcza się w mleku, bulionie, kawie lub czekoladzie. Używa się w ilości 4 do 8 łyżeczek od kawy.

# PEPTON DEFRESNE

PRZYJĘTY URZĘDOWO

przez Marynarkę Francuską i szpitale Paryskie.

Zawiera pierwiastki rozpuszczalne mięsa i włókna mięsne w roztworze.

### PREPARATY PEPTONU DEFRESNE

1. **Pepton płynny.** We flakonach płaskich 250 grm., zawiera 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub> suchego peptonu i 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> azotu. Dla uzupełnienia odżywiania przepisuje się w ilości dwóch łyżeczek dwa razy dziennie w wodzie ciepłej posolonej. W przypadkach ciężkich w braku zupełnym innych azotowych pokarmów zapewnia odżywienie w ilości 8 łyżek dziennie. W lewatywach używa się w ilości 2 łyżeczek na raz w wodzie letniej, zawierającej 25 ctgrm. dwuwęglanu sodu i 3 do 5 kropel laudani Sydenhami.

2. **Pepton w proszku.** We flakonach zawierających 50 grm.

3. **Wino peptonowe.** Zawiera ilość mięsa równającą się połowie jego wagi. Używa się po pół kieliszka po jedzeniu.

4. **Peptonat rtęci.** Do zastrzykiwań podskórnych.

Skład główny w Paryżu u p. **Defresne**, 56, ulica de la Verrerie, w Warszawie w składach pp. J. Mrozowskiego i L. Spiess i Syn. 6—12