

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH

O ZROSTACH

serca z osierdziem i o kostniakach osierdzia.

Podał

J. Strzeszewski.

Ordynator Kliniki terapeutycznej.

*Visum est cor pericardio connatum
post miseram angustiam et palpitationes ho-
mines occidisse.*

Boerhaave.

Opisane poniżej trzy przypadki całkowitego zrostu osierdzia z sercem, ze względu na swą rzadkość, pobudziły mnie do opracowania niniejszego artykułu o zrostach blaszek osierdzia wogólności.

Pomimo bardzo wielu monografij, odnoszących się do tego przedmiotu, nie ma jeszcze ani jednego przypadku opisanego w literaturze, w którymby wykazano obecność kości przy zrostach osierdzia; dla tego też sądzę, że niniejsza praca będzie miała pewną doniosłość pod względem anatomo-patologicznym i klinicznym.

O zapaleniach i zgrubieniach osierdzia znajdujemy już wzmianki u Galena, który obserwował proces ten przy oględzinach pośmiertnych zwierząt.

Dawniejsi autorowie tłumaczyli sobie nader rozmaicie spotykane przy oględzinach pośmiertnych zrosty blaszek osierdzia.

W początkach XVI-go stulecia spotykamy dzieło Gentilis de Fuligno, noszące tytuł: „Atrophie et absence du coeur occasionnée par le froid“ (cytowane u Blanc'a). — Autor objaśniał sobie, spostrzeżone w opisywanym przypad-

ku tęgie zrosty blaszek osierdzia rozrostem tegoż i zanikiem serca.

Inni znów badacze, jakoto Tulpius, Th. Bartholin i Columbus, znajdując przy oględzinach pośmiertnych zrosty blaszek osierdzia, uważali to za brak zupełny osierdzia, — Tak np. Columbus przy końcu XVI stulecia robił oględziny pośmiertne młodego człowieka, u którego opisał brak zupełny osierdzia.

Pomimo tego, że już około roku 1578 Wilhelm Baillou przytaczał więcej zgodne z teraźniejszymi pojęciami objaśnienia zrostów blaszek osierdzia, długo jeszcze nie umiano sobie wyrobić dokładnego wyobrażenia o powstawaniu tych zrostów.

Objaśnienia Baillou miały jednakże pewien wpływ na badaczy następnych, widzimy bowiem, że w początkach XVII stulecia Basler Plater, opisując zrost blaszek osierdzia z sercem i przeponą brzusznią, nie uważa już takowego stanu patologicznego za brak zupełny osierdzia. W przypadku zresztą Baslera Plater tylko u wierzchołka serca znajdowały się zrosty, za to w przypadku Rolana (serce Maryi Medici) osierdzie przedstawiało się w postaci chrząstki zrosniętej z żebrami.

Stanowczą zmianę w poglądach na zrosty blaszek osierdzia sprowadziły jednak dopiero badania Hallera, Peyera, Boerhaave'a, Stalpart van der Wiela, Lancisiego i innych, którzy wykazali, że opisywane przez dawniejszych autorów braki osierdzia, nie były niczem innym, jak całkowitemi tegoż zrostami. Oto co mówi Peyer: „Opinari fas sit, pericardium aut pulmonibus aut ipsi cordi potius ita tunc adnatum praeter naturam haesisse, ut distinctum videri non potuerit.“

Skoro objaśniono sobie dokładnie prawdziwą przyczynę zrostów blaszek osierdzia, zaczęto pracować nad wykryciem objawów, któreby dały możliwość rozpoznać stan ten patologiczny za życia, a także zaczęto robić różne przypuszczenia co do zaburzeń, jakie stan tak anormalny mógł sprowadzić w funkcjach całego organizmu.

Teoryj i poglądów było mnóstwo, przytoczę je w części opisując symptomatologiją zrostów blaszek osierdzia, częścią zaś mówiąc o rokowaniu, tu tylko wspomnę, że najważniejsze prace tego rodzaju przynależą do takich badaczy jak Vieusens, Lancisi, Lower, Heister, Morgagni, J. Meckel, Sénac i wielu innych.

Chcąc o ile można dokładnie podać symptomatologiją danego cierpienia, przytaczano i ogłaszano wszystkie ważniejsze wyniki oględzin pośmiertnych.

Laubius opisuje osierdzie zgrubiałe, chrząstkowate, zrosnięte na całej przestrzeni z sercem, które było małe; Agrippa przytacza również interesujący przypadek zrostu serca przy jednocześnie będącym zroście blaszek osierdzia; w końcu Kaavius opowiada o rezultatach dwóch oględzin pośmiertnych, przy których spostrzegł raz połączenia między blaszkami osierdzia, mające wygląd grubych nitek, za drugim razem zaś widział więcej ściśle zrosty w miejscu gdzie serce dotyka przepony.

Większość autorów jednak nie umiała jeszcze rozpoznawać dokładnie zrostów blaszek osierdzia za życia i prawie wszyscy sądzili, że stan ten patologiczny długo egzystować nie może i pociąga za sobą nieochybną śmierć.

Dopiero Corvisart pierwszy rozpoznawał za życia cierpienie w mowie będące, jakkolwiek bowiem uważał on rozpoznanie za bardzo trudne, jednakże w większości przypadków za możliwe, zwłaszcza wtedy, jeśli nie było żadnych powikłań ze strony innych narządów.

Starania następnych badaczy zmierzały ciągle w tym samym kierunku. Pracowano nad symptomatologiją, rozpoznaniem, rokowaniem, wpływem na ustrój i nad anatomiją patologiczną zrostów blaszek osierdzia, dochodząc w tej kwestyi do coraz więcej dodatnich rezultatów.

Uważam za konieczne wyliczyć tutaj nazwiska wybitniejszych pracowników, pozostawiając sobie omówienie ich zasług przy opisywaniu odpowiednich oddziałów mej pracy.

Tak więc, dla dokładności historycznego poglądu na zrosty blaszek osierdzia, należy wspomnieć nazwiska: Kreyzig'a, Heim'a, Sander'a, J. Hope'a, Williams'a Cruveilhier'a, Andral'a, Piory'ego, Gairdner'a, Stokes'a, Kennedy'ego, Grissolle'a, Aran'a, Beau, Bouillaud'a Sipsen'a, Forget'a, Skody, Friedreich'a, Traubego, Jaccoud'a i innych.

Zrosty blaszek osierdzia, zarówno częściowe, jak i całkowite, należą do zjawisk dość rzadko spotykanych przy oględzinach pośmiertnych; trafiają się one nie tak często, jak np. zrosty opłucnej.

Jeżeli jednak spotykać się można nie zbyt często ze zro-

stami osierdzia, to nierównie rzadziej zauważyć się daje zwapnienie, a jeszcze rzadziej skostnienie osierdzia.

To ostatnie szczególniej zjawisko patologiczne należy do takich osobliwości, że większość badaczy nie widziała go zupełnie.

Między 419-ma przypadkami chorych na osierdzie z zejściem śmiertelnem, których oględziny pośmiertne były robione w patologicznym instytucie Charité w Berlinie, między latami 1866—1876, Breitung przytacza 111 wypadków ze zrostami częściowemi osierdzia, 23 wypadki ze zrostami całkowitemi i zaledwie 2 ze skostnieniem osierdzia.

Laboulbène widział tylko dwa przypadki, gdzie zrost blaszek osierdzia był zupełnym.

Günsburg spotykał się również bardzo rzadko ze zrostami osierdzia. Przytacza on bowiem 1,200 oględzin pośmiertnych i tylko w 15 przypadkach znajdował zrosty osierdzia częściowe i zupełne.

Daleko częściej spotykał pomienione zrosty Chambers, trafiały się one bowiem według jego statystyki w 5% przypadków podległych oględzinom pośmiertnym. — Chambers przytacza 86 przypadków, spostrzeganych przez niego, ze zrostami osierdzia, między temi był 31 razy zrost blaszek zupełny, 4 razy prawie że zupełny, 5 razy zauważył Chambers skostnienie osierdzia, w pozostałej zaś liczbie przypadków zrosty były tylko częściowe.

Statystyka Geist'a zgadza się z wywodami Chambers'a, znajdował on bowiem zrosty osierdzia również w 4% przypadków. Geist przytacza w swej statystyce 514-cie przypadków oględzin pośmiertnych ludzi starych, pomiędzy 60 — 93 rokiem życia; znalazł on zrosty osierdzia w 26-ciu przypadkach.

Według Gairdner'a zrosty zupełne trafiały się w 2—3% wszystkich zmarłych w szpitalach w Edyburgu, podczas gdy zrosty częściowe były w 5% przypadków.

Należy wspomnieć także o rezultatach badań Leudet'a, który na 1,603 oględzin pośmiertnych spotkał 53 razy to jest w 5,7% zrosty osierdzia, przytem 33 razy były one częściowe, 25 razy zaś zrost blaszek osierdzia był zupełnym.

Willigk podał niezmiernie cenne materyjały, przytaczając rezultaty oględzin pośmiertnych, wykonanych w Pradze przez przeciąg lat pięciu.

Wszystkich oględzin pośmiertnych wykonano tam 4,500

i Willigk wyliczył, że znaleziono 68 razy zrosty zupełne t. j. w 1,5⁰/₀, podczas gdy zrosty częściowe zauważono w 14,4⁰/₀ przypadków.

Mając sposobność przeglądać protokoły oględzin pośmiertnych, wykonanych w oddziale klinicznym szpitala ś-go Ducha, między rokiem 1872 i 1885, prowadzone niezmiernie dokładnie i szczegółowo przez prof. Lambła, wyliczyłem, że, pomiędzy 743-ma przypadkami wykonanych oględzin pośmiertnych, znaleziono zrosty częściowe osierdzia 17-cie razy t. j. w 2,4⁰/₀, zrosty zupełne spostrzegano 11-cie razy, to jest w 1,5⁰/₀, skostnienie zaś osierdzia tylko raz jeden, to jest w 0,2⁰/₀.

Również rzadko spostrzegano zrosty osierdzia na oddziale kol. Sokołowskiego, gdzie w 68-miu oględzinach pośmiertnych, dokonanych podczas ostatnich 2-ch lat, znaleziono raz tylko zrost blaszek osierdzia zupełny bez skostnienia i raz ze skostnieniem.

W sprawozdaniu z sekcji wykonanych w pracowni anatomo-patologicznej prof. Brodowskiego w II-giem półroczu 1884 roku, kol. Kijewski przytacza na 250 wykonanych sekcji 14-cie przypadków chorób osierdzia, przyczem zrosty całkowite znaleziono 6 razy, częściowe zaś tylko raz jeden.

Cyfry powyższe przytaczam jedynie w tym celu, aby wykazać jak rzadką wogóle rzeczą są zrosty osierdzia, szczególnież zupełne, a jaką już nawet osobliwością są skostnienia tegoż.

Jakkolwiek bowiem z powyższego widać, że Breitung i Chambers mówią o skostnieniach osierdzia, to jednakże nie wspominają oni o badaniach mikroskopowych, tem samem podają w wątpliwość, czy podawane przez nich skostnienie było rzeczywiście takim, czy też było to po prostu nagromadzenie dużej ilości soli wapiennych w podległym zupełnemu zrostowi osierdziu. To ostatnie przypuszczenie wydaje mi się tem więcej prawdopodobnem, że większość autorów mięsza dwa tak różne pojęcia, jak skostnienie i zwapnienie osierdzia (*ossificatio et calcificatio pericardii*) zupełnie ich nie rozróżniając. Wszystkie przeto przypadki opisywane pod nazwą *ossificatio pericardii*, w których przy badaniu mikroskopowem nie wykazano obecności kości, nie mogą pod tym tytułem w literaturze figurować. Ztąd też i wyżej przytoczone przypadki, podane przez Chambers'a i Breitung'a, nie powinny, według mego zdania, być uważane jako skostnienia

osierdzia, ponieważ w żadnym z tych przypadków nie przedsiębrano badania mikroskopowego.

Przeglądając bardzo szczegółowo literaturę, odnoszącą się do zajmującego mnie przedmiotu, nie znalazłem nigdzie nawet wzmianki o tem, żeby skostnienie osierdzia było wykazane za pomocą mikroskopu. Pozostałbym bezwarunkowo w tej świadomości, że opisane przezemnie poniżej przypadki są jedynymi w literaturze, w których wykazano obecność kości, gdyby nie uprzejmość prof. Klein'a, który w liście pisanym do mnie, zakomunikował mi, że robił oględziny pośmiertne pewnego indywiduum, u którego wykazał za pomocą drobnowidzu obecność ciałek kostnych w skorupie, pokrywającej przednią powierzchnię osierdzia.

Dokładniejszy opis tego przypadku podam poniżej; sam prof. Klein opisał go w dzienniku *Медицинское Обозрѣніе* — Październik 1881 r.

Czy zrosty osierdzia trafiają się częściej u mężczyzn, czy też u kobiet, a także w jakim wieku najczęściej je można spotykać, napewno określić nie można.

Na zasadzie statystyki klinicznej, o której już wyżej wspomniałem, zdawałoby się, że częściej można się z niemi spotkać u mężczyzn jak u kobiet, chociaż różnice są tu bardzo małe. Tegoż zdania są także Chambers i Willigk, którzy w przytaczanych przez siebie statystykach znajdują bardzo małe ilościowe różnice w spostrzeganych zrostach u obu płci. Jeden tylko Pillet spostrzegał zrosty częściej u kobiet. Inaczej rzecz się ma co do wieku. Tu różnice w poglądach są nader wielkie.

Statystyka kliniczna wskazywała, że najczęściej pomienione zrosty spotykać się dają pomiędzy 30 i 60 rokiem życia, jakkolwiek spostrzegałem zrost zupełny osierdzia u 14 letniego chłopca.

Willigk wszakże spostrzegał zrosty osierdzia przeważnie u indywiduów starych i uważa to zjawisko patologiczne, jako najczęściej będące właściwością wieku pomiędzy 60 i 90 rokiem życia.

Chambers w 54 przypadkach całkowitego zrostu zauważył średnie lata 34,7, w 29 zaś przypadkach częściowego zrostu średnia liczba lat wynosiła 42

Kallenbach spotykał zrosty osierdzia najczęściej pomiędzy 15 i 50 rokiem życia.

Cerf zestawił 43 przypadki całkowitych zróstów osierdzia i przyszedł do następujących wniosków:

 pomiędzy 1 i 10 rokiem życia spostrzegł je 3 razy.

" 10 i 20	" " "	" " "	" 15	"
" 20 i 30	" " "	" " "	" 8	"
" 30 i 40	" " "	" " "	" 5	"
" 40 i 50	" " "	" " "	" 6	"
" 50 i 60	" " "	" " "	" 3	"
" 90 i 70	" " "	" " "	" 3	"

Najmłodsze indywiduum, u którego Cerf spostrzegł całkowity zrost blaszek osierdzia, miało lat 8.

Prócz powyższych danych wiele przytaczano innych jeszcze spostrzeżeń, które wykazały, że zrosty osierdzia mogą się przytrafiać w każdym wieku, co większa u nowonarodzonych znajdowano także zrosty osierdzia.

Wilks, Hope, Charon, Rilliet, Barthez, Bosisio i Blache spostrzegali zrosty osierdzia częściowe i całkowite u dzieci między 5 i 12 rokiem życia. Bednar widział u dziecka 3-miesięcznego osierdzie na całej przestrzeni zrosnięte z sercem. — Billard i Hueter opisali kilka przypadków zróstów osierdzia u nowonarodzonych dzieci. Zdarza się i to bardzo często, że zrosty osierdzia spotykać można u osobników, które za życia najdokładniej badane nie przedstawiały żadnych oznak naprowadzających na myśl egzystencji zrostu osierdzia.

Większość autorów jest zdania, że zrosty osierdziowe powstają wskutek, a właściwie jako następstwo chronicznego procesu zapalnego osierdzia. Że jednak zapalenia osierdzia nie zawsze prowadzą do zrostu, na to badacze ci przystają wobec faktu, że zdarza się brak zupełny jakichkolwiek zróstów przy oględzinach pośmiertnych, podczas kiedy znajdować można ślady przebytego zapalenia.

Wszyscy prawie autorowie zgadzają się na jedno, że zapalenia osierdzia chroniczne, z wysiękiem włóknikowo-surowicznym, najczęściej się kończą zrostami, nikt jednak nie jest w stanie określić, kiedy mianowicie rezultatem ich bywa zrost blaszek osierdzia i czy na powstawanie zróstów nie wpływają inne jeszcze okoliczności.

Że zrosty osierdzia nie powstają wyłącznie tylko wskutek zapaleń osierdzia, wskazują już przypadki opisane przez Bouillaud'a, Ayres'a, Aran'a, którzy spostrzegali zrosty osierdzia przy nowotworach w śródpiersiu, a także przypadki Barlow'a i Peacock'a, gdzie nastąpiło zlepienie blaszek osierdzia

przy cystach wodunkowych. Aran opisał także powstanie częściowych zrostów przy tętniaku łuku aorty.

Nie ma wątpliwości, że osłabienie ruchów serca, zmniejszona jego działalność przy chronicznem zapaleniu osierdzia, gdzie raz ilość wysięku się zmniejsza to znowu się zwiększa, są czynnikami wielce sprzyjającymi zrostowi blaszek osierdzia.— Czy zaś proces zapalny osierdzia można uważać za przyczynę zrostów, jak również co jest ich rzeczywistą przyczyną, postaram się wyjaśnić poniżej, omawiając anatomiją patologiczną zrostów osierdziowych.

Wychodząc z założenia, że zapalenia osierdzia są przyczyną jego zrostów, większość badaczy słusznie uważa, że wszystkie cierpienia, przy których często się zdarzają zapalenia błon surowicznych, jakoto: ostry gościec stawowy, choroba Bright'a, długotrwałe zapalenia płuc i opłucnej, gruźlica płuc, wady serca, tętniaki i choroby zakaźne, prowadzą bardzo często do mniej lub więcej znacznych zrostów osierdzia.

Bamberger przytacza 63 przypadki zapalenia osierdzia, z których 30% powstało w następstwie ostrego gościa stawowego, 10,5% w następstwie zapalenia płuc i opłucnej, 46% miało za punkt wyjścia gruźlicę.

Weiss wspomina, że bardzo często cierpienia osierdzia kończące się zrostami, szczególnie zaś u młodych osobników, zależne są od gruźlicy gruczołów, leżących w śródpiersiu i przytacza Hambursin'a, podającego 4-ry przypadki, w których zauważył związek między perihepatitis i zrostami osierdzia. Według zdania Hambursin'a proces zapalny z otoczki wątroby przechodzi na przeponę, ztąd zaś na osierdzie i opłucnę. Hambursin spostrzegł mianowicie we wszystkich 4-ch przypadkach przy najdokładniejszym badaniu początkowo tylko objawy, wskazujące na stan zapalny otoczki wątroby, w następstwie zaś rozpoznawał u tychże chorych chroniczne zapalenie osierdzia, a w dwóch wypadkach, w których wykonał oględziny pośmiertne, zauważył zrosty blaszek osierdzia.

Nie przypisując zdaniu Hambursin'a szczególnej doniosłości, podaję jego pogląd dla dokładności przyczynowych momentów, wywołujących zrosty blaszek osierdzia.

Głównymi anatomo-patologicznymi cechami wysiękowe go zapalenia osierdzia są: mniej lub więcej silne nastrzyknięcie naczyń osierdzia, złuszczenie się śród błonka pokrywającego wewnętrzną powierzchnię osierdzia i wysięk. Ten ostatni

może być surowiczny, włóknikowy, włóknikowo-surowiczny, ropny, krwotoczny, wreszcie posokowaty. — Najczęściej bywa wszakże przy zapaleniach osierdzia wysięk włóknikowo-surowiczny.

Przy wysięku czysto surowicznym znajdujemy osierdzie wypełnione płynem zlekką mętnym, słabo opalizującym, zawierającym białko. Wysięk ten bywa rzadko przy zapaleniach osierdzia, a jeśli nawet w początkach zapalnego procesu można go niekiedy spostrzegać, to zwykle przechodzi on w surowiczo-włóknikowy, wskutek warunków sprzyjających nagromadzeniu się włóknika.

Przy wysięku surowiczo-włóknikowym obok wysięku płynnego surowiczego, znajdujemy jeszcze części składowe włóknika, sprowadzające jego krzepnięcie.

Przy wysięku zaś włóknikowym znajdujemy niekiedy cienkie, to znów grubsze warstwy włóknika, pokrywające obadwa listki; warstwy te mogą być oddzielone niezmiernie łatwo od blaszek osierdzia.

Ropny wysięk cechuje się tem, że w skład jego wchodzi znaczna część białych ciałek krwi, krwotoczny zaś zawiera w sobie czerwone ciała. Co się tyczy wysięku posokowatego, to tem mianem oznaczamy wysięk, zawierający oprócz znacznej liczby białych ciałek krwi, jeszcze gazy, jak dowodzą najnowsze badania, nie różniące się niczem od atmosferycznego powietrza, czemu jednak sprzeciwia się wielu dawniejszych badaczy.

Od zmian następczych, jakim podlega wysięk, zależy zejście samego zapalenia. Jeśli wysięk jest czysto surowiczny, wtedy najłatwiej uledez on może wessaniu, w następstwie czego następuje zupełne restitutio ad integrum. Przy wysięku surowiczo-włóknikowym części płynne tegoż mogą uledez również wessaniu, co się zaś tyczy części stałych to mogą one w jednych przypadkach, podlegając pewnym przemianom wstecznym, być także wessane, częściej jednak zdarza się, że tworzą one na powierzchni osierdzia blaszek złogi, które z czasem podlegają zwyrodnieniu twarogowatemu. Niekiedy w zwyrodnione tym sposobem złogi odkładają się sole wapienne. Złogi te niekiedy odrywając się od blaszek osierdzia, mogą tworzyć wolne ciała w worku osierdziowym. Przy wysięku ropnym i krwotocznym rzadko bardzo następuje wessanie. Wprawdzie ciała ropne i czerwone ciała krwi mogą podlegać zwyrodnieniu tłuszczowemu i najczęściej wes-

sać się zupełnie—częściej jednakże do tego nie dochodzi, gdyż zapalenia z temi wysiękami sprowadzają wczesną śmierć. — Toż samo tyczy się wysięku posokowatego, gdzie wskutek rozkładu samego wysięku zejście śmiertelne szybko następuje.

Prócz powyższych wysiękowych zapaleń, opisują jeszcze zapalenia osierdzia, przy których wysięku wcale nie ma, tak zw. zapalenia suche; trafiają się one jednak nierównie rzadziej, niż wysiękowe. Zapalenia te należy uważać za pierwsze stadyjum zapaleń wysiękowych, t. j. główną ich cechą jest nastrożenie naczyń osierdzia.

Oprócz procesu zapalnego możemy się spotkać w osierdziu z procesem nowotworzenia, który różni się tą kardynalną własnością od pierwszego, że podczas kiedy produkta zapalne nie mogą się stać składnikami czynnymi organizmu, produkta nowotworzenia przeciwnie takowemi się stają. Prócz tego jeszcze nowowytworzona tkanka nie może uleść wessaniu, lub pozostać w formie konkrementu, podczas gdy z produktem zapalnym, to jest z wysiękiem dzieje się wręcz przeciwnie.

Jakkolwiek sprawa nowotworzenia przytrafia się bardzo często w osierdziu obok procesu zapalnego, to jednakże, nie należy jej uważać jako sprawę konieczną i nieodzowną przy każdym zapaleniu osierdzia. Przeciwnie, może ona egzystować zupełnie samodzielnie, tak samo, jak i proces zapalny.

Widzimy więc, że w osierdziu możemy się spotkać zupełnie oddzielnie z procesem zapalnym i z procesem nowotworzenia, a następnie z kombinacją obu tych procesów.

Cechy i właściwości zapalenia osierdzia rozebrałem powyżej w głównych zarysach, pozostaje więc do omówienia proces nowotworzenia i kombinacja zapalenia z nowotworzeniem.

Przy procesie nowotworzenia zauważyć możemy mnożenie się komórek na powierzchni podściółki; komórki te są ściśle spojone jedna z drugą, a także i z podściółką. Rozmnażając się coraz bardziej komórki młodsze przedstawiają się w formie okrągłej, podczas gdy leżące pod niemi, a zatem starsze, przyjmują formę wrzecionowatą lub owalną i stają się twardszemi. Dolne warstwy twardnieją coraz bardziej, tak, że można w nich zauważyć same tylko jądra, które w następstwie również znikają i pod drobnowidzem przedstawiają tylko zbite w jedną masę włókna tkanki łącznej.

Proces więc nowotworzenia możemy sobie schematycznie przedstawić, jeśli wyobrazimy sobie figurę, przedstawiającą u podstawy stare komórki formy wrzecionowatej lub owalnej, u wierzchołka zaś młode komórki formy okrągłej, które rozmnażając się coraz bardziej za pomocą dzielenia jąder, są źródłem wzrostu procesu nowotworzenia.

Zaznaczyć tu należy, że młode okrągłe komórki będą pokrywać nietylko sam wierzchołek figury, lecz otaczać i jej boki; pozostała część figury składać się będzie z komórek starszych w powyżej podany sposób zmienionych.

Chcąc widzieć pod mikroskopem opisany tutaj obraz, należy wyjąć serce i włożyć takowe pod wodę; — zauważyć wtedy możemy, że pod wodą na powierzchni listka trzewowego osierdzia znajduje się niekiedy większa lub mniejsza ilość bardzo delikatnych strzępków. Wprowadziwszy pod wodę ostrożnie szkiełko przedmiotowe i odciawszy jeden taki strzępek, dostaniemy pod drobnowidzem obraz wyżej opisany.

Strzępki podobne mogą się znajdować również i na listku ściennym. Jeśli więc wyobrazimy sobie rosnące naprzeciw siebie z dwóch przeciwległych stron strzępki, t. j. jeden wyrastający z listka ściennego, drugi zaś z listka trzewowego, łatwo pojmemy, że zetknąwszy się ze sobą utworzą one połączenie między listkami osierdzia, resp. zawiązek ich zręstu.

Przy procesie nowotworzenia, oprócz opisanego powyżej, zachodzą jeszcze następujące zmiany. Komórki wrzecionowate łączą się ze sobą, ścianki ich zaś w miejscach połączenia się nikną. Proces ten zaczyna się od naczynia podściółki, a parcie krwi łatwo toruje sobie drogę z jednej komórki do drugiej, tym więc sposobem nowotworząca tkanka unaczynia się. Zjawisko to, a mianowicie utworzone nowe naczynia również z łatwością widzieć można pod drobnowidzem, przy wyżej podanem badaniu.

Opisawszy główne cechy procesu nowotworzenia, winniem dodać, że wielu badaczy zapatruje się bądź na zależność jego od zapalenia, bądź też na samo powstawanie i unaczynianie zręstów w odmienny od powyżej przytoczonego sposób.

Cohnheim uważa, że nie ma nic błędniejszego nad pojęcie, że zmiany w tkankach (odradzanie, nowotworzenie), stanowią zasadniczą część składową istotnego zapalenia. Sądzi on, że są one jedynie uszkodzeniami wywołanymi przez przy-

czynę zapalno-twórczą w tkance nazewnątrż naczyń. Jakkolwiek uważa on za możliwą egzystencję tych zmian bez równoczesnego procesu zapalnego, to jednakże sądzi, że utworzenie tkanek, przekraczające potrzebną miarę, można postawić w zależności od zapalnego przekrwienia. Nowotworzenie tkanki łącznej uważa Cohnheim jako zejście zapalenia, mającego dłuższy przebieg i zaznacza wyraźnie, że nie chodzi tu wcale o zapalenie równoznaczne z innymi postaciami wysiękowymi.

Samo nowotworzenie, według Cohnheim'a, powstaje następującym sposobem: t. zw. wielkie nabłonkowe komórki, które są w początkach okrągławe, z czasem przechodzą w formę wrzecionowatą lub gwiaździstą przez wyrastanie wypustek. Wypustki kilku komórek stanowią rodzaj jakby wiązek a rusztowaniem dla całego tego procesu służy utworzenie się naczyń. Nowe naczynia według Cohnheim'a, wyrastają ze starych za pomocą pączkowania.

Z powyżej przytoczonych poglądów Cohnheim'a widać, że, jakkolwiek nowotworzenia się tkanki łącznej nie uważa on za istotną część składową procesu zapalnego, to jednakże przypisuje chronicznym zapaleniom pewien wpływ na powstawanie procesu nowotworzenia, uważając takowy za zejście chronicznego zapalenia. Odnośnie do samego procesu nowotworzenia Cohnheim trzyma się zdania, że zawdzięcza on swój początek białym ciałkom krwi.

Obok tego poglądu Cohnheim'a, którego trzyma się bardzo wielu badaczy, zaznaczyć należy jeszcze drugi dawniejszy pogląd, również przez wielu autorów podawany. Chodzi tu mianowicie o tak zwaną „organizacją wysięku.“ Od tej to organizacyi zależnem czynią i powstawanie zrostów osierdziowych.

Nie mając zamiaru wdawać się w rozbiór szczegółowy obu powyżej przytoczonych teoryj nowotworzenia się tkanki łącznej resp. powstawania zrostów osierdziowych, przytaczam je jedynie dla dokładności poglądów, jakie w kwestyi tej egzystują.

Każda z teoryj powyżej przytoczonych ma swoich zwolenników, zdaje mi się jednak, że przytoczona przezemnie powyżej teoryja powstawania zrostów, ma najwięcej cech prawdopodobieństwa.

Prof. Lambl mówiąc o stosunku wysięku do procesu nowotworzenia, powiada między innymi:

.....„die Exsudate der Gewebebildung nicht dienlich, sondern im Gegentheile hinderlich sind, und dass sie vielmehr durch Einleitung nutritiver Störungen im Substrate die Zerstörung des Gewebes anbahnen.“

Następnie powiada prof. Lambl: „Exsudat und Gewebe sind somit Gegensätze, die sich auch im weitem Verfolge ihres Schicksals different verhalten. Das Exsudat wird eliminirt oder resorbirt oder es zerfällt durch Ausscheidung und Umsetzung seiner stofflichen Bestandtheile und der ganze Vorgang ist oft eine verhältnissmässig rasche Zersetzung, welche vorwaltend den Gesetzen der Chemie folgt; das Gewebe metamorphosirt sich dagegen in progressiver Richtung und aus einer formativen Zellengruppe entwickelt sich nach organischen Gesetzen in legitimer Succession der Zellenderivate eine höhere Textur mit bleibendem Charakter. Das Exsudat ist ein unverwendbarer Ueberschuss der im Normalzustande imperceptiblen Ernährungsflüssigkeit, das Plasma, das vermöge seiner variablen Quantität zu einem Secret wird und als solches zur Elimination bestimmt ist. Das Gewebe wächst, gerade so wie eine Pflanze wächst, nur aus Gewebsgrundlagen hervor, es verdankt seine Entstehung nur der formativen Energie der vorhandenen Texturelemente des Mutterbodens, und keinem nachweisbaren Exsudat.“

Zdania powyższe prof. Lambla przemawiają bardzo dosadnie za pojnowaniem sprawy nowotworzenia za proces zupełnie samodzielny, niezależny od procesu zapalnego i od jego wytworu t. j. wysięku.

Z tego co powyżej powiedziałem, wywnioskować można, że główną przyczyną powstawania zrostów osierdzowych, a także wszelkiego rodzaju zgrubień, strzępków i kosmków z tkanki łącznej, spotykanych tak często na listku trzewowym osierdza, jest nowotworzenie się tkanki łącznej i następnie jej unaczynienie, którego to procesu nie można uważać za istotną część składową zapalenia, lecz za proces zupełnie samoistny.

Rzecz naturalna, że przy coraz więcej wzmagającym się rozroście, jeśli zwłaszcza dźać się to będzie w dwóch przeciwnych sobie kierunkach, massy łącznotkankowe mogą się ze sobą zetknąć i wytworzyć zrosty. Zrosty te względnie do zetknięcia się nowoutworzonej tkanki łącznej na większej lub mniejszej przestrzeni, mogą się przedstawiać w formie błon, pasemek, a nawet i nitek, jeżeli zaś zetknięcie nastąpiło na

całej przestrzeni osierdzia, następuje wtedy zrost całkowity.

Bywa jednak bardzo często, że do zrostu nie dochodzi, pozostają tylko w trzewowym lub ściennym listku osierdzia kosmki, strzępiaste wyrostki, lub zgrubienia; które nie rosną dalej, będąc pokryte odrodzonym nabłonkiem.

Tak zwane plamy ścięgniste, przytrafiające się tak często przy oględzinach pośmiertnych, szczególnie na listku trzewowym osierdzia nie są niczem innym, jak tylko rozrostem tkanki łącznej. Już Chambers powiada, że plamy ścięgniste... „einem von der Entzündung verschiedenen Prozesse ihren Ursprung verdanken“, a wszyscy najnowsi badacze podzielają to zdanie.

Zdarza się niekiedy, rozumie się, jeśli zrosty osierdzia nie są zbyt tęgie, że ruchy serca, pokonywając przeszkody, stawiane skurczowi przez zrosty, rozciągają je, a niekiedy nawet rozrywają. Tak np. Forget znalazł przy oględzinach pośmiertnych pewnego suchotnika grubo, wyglądający jak ścięgnie sznurek, łączący wierzchołek serca ze środkiem przepony. — Długość tego sznurka wynosiła trzy ctm., pozwalała więc wierzchołkowi serca wykonywać swobodnie ruchy.

Co się tyczy teraz kombinacji obu powyżej rozebranych procesów w osierdziu, zauważyć należy, że mogą tu mieć miejsce dwa przypadki. W pierwszym, każdy z tych procesów będzie egzystował jakkolwiek samodzielnie, jednakże równocześnie. W drugim znów proces nowotworzenia, przy małej odporności swych nowopowstałych elementów i naczyń, może wskutek ciągłych ruchów serca podlegać urazowi i dać początek procesowi zapalnemu.

Wpływy jakie wywiera jeden proces na drugi, mogą być następujące: przy zapaleniach ze znacznym wysiękiem proces nowotworzenia znakomicie osłabionym będzie, podczas gdy mniej znaczny wysięk, osłabiając ruchy serca, wpływać będzie dodatnio na nowotworzenie. Wspomnieć tu jeszcze należy o wpływie zresztą podrzędniejszym, jaki wywiera proces zapalny na proces nowotworzenia, a mianowicie, że nowotworzące się komórki, rosnąc, mogą sobie przyswajając z wysięku niektóre chemiczne części składowe, przydatne dla ich rozwoju.

Na zasadzie powyższego łatwo pojąć te fakta, że niekiedy spotykamy się z wysiękiem świeżopowstałym, chociaż

obok niego widzimy zrosty, które, sądząc z ich tęgości, miały znacznie wcześniejszy początek, i następnie, że zapalenia osierdzia z przebiegiem chonicznym są czynnikami wielce sprzyjającymi procesowi nowotworzenia.

Mała odporność i tym sposobem łatwość ulegania urazom nowoutworzonej tkanki łącznej nie jest stałą — z czasem nabiera ona większej odporności i tym sposobem trudniej podlegać będzie zapaleniu.

Przy kombinacji obu wyżej wspomnianych procesów, może się zdarzyć, że ilość wysięku raz się zwiększa, to znowu się zmniejsza, podczas gdy nowotworzenie się tkanki łącznej coraz postępuje, wytwarzając zrosty osierdzia. W takich razach wysięk, nagromadzając się między zrosniętymi częściami blaszek osierdzia, może wypełniać wolne między zrostami przestrzenie i jama osierdzia podzieli się na większą lub mniejszą ilość przestrzeni, wypełnionych wysiękiem.

Serce, będąc w ciągłym ruchu, przeszkadza zrostowi blaszek osierdzia, to też nic dziwnego, że zrosty tej błony surowiczej przytrafiają się nierównie rzadziej niż zrosty opłucnej i otrzewnej.

Zapaleniu może podlegać nie tylko wewnętrzna strona osierdzia lecz także i zewnętrzna, równi eż i proces nowotworzenia może mieć miejsce i na zewnętrznej powierzchni worka osierdziowego.

Następstwem tego ostatniego stanu patologicznego, mogą być mniej lub więcej znaczne zrosty zewnętrznej blaszki osierdzia z narządami sąsiednimi, jakoto: z opłucną, mostkiem i przednią ścianą klatki piersiowej; zdarzają się także zrosty z przełykiem, z tętnicą zstępującą, z przednią częścią kręgosłupa i z przeponą.

Rozróżnić przeto musimy zrosty blaszek osierdzia pomiędzy sobą (*synechiaes pericardiales internae vel synechiaes pericardii cum corde*) i zrosty blaszki osierdzia zewnętrzne, to jest z sąsiednimi organami (*synechiaes pericardiales externae*).

Jak jedne tak i drugie z tych zrostów mogą być częściowe (*synechiaes partiales*) i zupełne, t. j. całkowite (*synechiaes totales*).

Większość danych statystycznych, przytoczonych powyżej, wskazuje, że zrosty osierdzia częściowe zdarzają się nierównie częściej niż zrosty całkowite, niepodobna jest jednak oznaczyć, jakiego czasu potrzeba, aby blaszki osierdzia zrosły się z sobą.

Robiono wprawdzie spostrzeżenia odnośnie do tej kwestyi, jednakże ilość ich jest nie wielka, a obok tego są one tak różnorodne, że nic pewnego w tym względzie wypowiedzieć nie można.

Cerf np. wspomina, że konstатовano objawy zrostu blaszek osierdzia już po 8-dniowym trwaniu zapalenia, sam on nawet, robiąc oględziny pośmiertne osobników, zmarłych wskutek zapalenia osierdzia, spostrzegł dwa razy całkowite zrosty jego blaszek, raz w 9 dni od początku choroby, drugi raz zaś we 40 dni. Podobnie Bouillaud spostrzegł u 18-letniej dziewczyny całkowity zrost we 23 dni od początku choroby, raz nawet po 24-dniowej chorobie zauważył zrosty tak tęgie, że z pomocą noża trudno je było oddzielić. Forget opisuje powstanie tęgich zrostów po trzymiesięcznym trwaniu cierpienia, Beau znów częściowe zrosty, powstałe po 6-ciu tygodniach. Oppolzer u pewnego chorego rozpoznał wysiękowe zapalenie osierdzia, a po upływie 22-ch dni, przy oględzinach pośmiertnych znalazł tęgie zrosty; podobny przypadek opisuje Körner, gdzie zrosty powstały we 21 dni.

Że wszystkie powyżej przytoczone dane nie mogą mieć najmniejszego znaczenia, jasno wyływa już ztąd, że we wszystkich przypadkach zrosty osierdziowe mogły już istnieć, nim konstатовano objawy zapalne, które w danych przypadkach są uważane za początek choroby.

Zarówno częściowe jak i całkowite zrosty osierdzia bywają niezmiernie różnorodne.

Częściowe zrosty mogą się przedstawiać w postaci cienkich nitek różnej grubości, łączących oba listki osierdzia. — Zdarza się także, że obie blaszki łączą się ze sobą za pomocą pasemek, to znowu połączenie w różnych miejscach następuje za pomocą błon. Bywa i tak, że zrosty w pewnych miejscach osierdzia przedstawiają się w formie nitek lub pasemek, w innych zaś miejscach nitki te i pasemka są jakby poprzerywane. Nitki te bywają różnej długości—od kilku milimetrów do dwóch centymetrów; bardzo prawdopodobnem jest, że są one krótsze z początku i że w następstwie wyciągają się wskutek ruchów serca.

Często spotykać się można przy oględzinach pośmiertnych z osierdziem, którego blaszki są pozrastane w pewnych miejscach, tak, że cała jama osierdzia jest podzieloną na kilka mniejszych jam, które mogą być wypełnione wysię-

kiem, lub produktami zmian następczych, którym ów wysięk podlega, o czym już zresztą powyżej wspominałem.

Przy całkowitym zroście blaszek osierdzia pomiędzy sobą, jama osierdzia przestaje istnieć. Grubość zrostów całkowitych nie zawsze również bywa jednakową. Zdarza się spotykać przy oględzinach pośmiertnych z osierdziem, którego blaszki są jakby zlepione, a właściwiej sklezione ze sobą, tak, że bardzo łatwo można je rozdzielić. Bywają również i zrosty tak silne i grube, że zaledwie nożem można oddzielić jeden listek od drugiego, niekiedy zaś się zdarza, że żadnym mechanicznym sposobem nie możemy rozdzielenia blaszek dokonać.

Rzecz jasna, że im zrosty są grubsze, tem są one dawniejsze, to też sądząc z tęgości zrostów, możemy przypuszczać dawniejsze lub wcześniejsze ich powstawanie.

Toż samo, co wyżej, można powiedzieć i o zrostach zewnętrznej blaszki osierdzia z sąsiednimi organami.

Zrosty podlegają niekiedy pewnym zmianom, które bywają następujące: odróżniamy mianowicie zmiany wsteczne i zmiany progressyjne. Do pierwszych zaliczyć należy rozmiękczenie zrostów wskutek zwyrodnienia śluzowatego, wysychanie ich i twardnienie (Verholzung), zwyrodnienie tłuszczowe i odkładanie się soli wapiennych. Do zmian progressyjnych zaliczyć należy wytwarzanie się kości, tłuszczaków i włókniako-chrząstniaków (fibro-chondroma).

Wspominałem już powyżej, że zdarza się dosyć często przy częściowych zrostach, że przestrzenie między jednym i drugim zrostem wypełnione są wysiękiem. Części płynne tego wysięku dość szybko mogą być wessane, co się zaś tyczy części stałych, to te w niektórych razach mogą podlegać zwyrodnieniu twarogowatemu, a w następstwie mogą się w nich odkładać sole wapienne, tak, że jamy poprzednio wypełnione płynnym wysiękiem, zawierają w sobie teraz jakby kamyczki, które leżą bądź swobodnie w jamach, bądź też są jakby poprzytwierdzone do otaczających je ścianek.

Co się tyczy zwyrodnienia wapiennego samych zrostów osierdziowych, to, przy dłuższej swej egzystencji, mogą one podlegać mu bardzo często. Polega ono na odkładaniu się coraz to większej ilości soli wapiennych do tkanki stanowiącej zrosty, tak, że z czasem zrosty osierdzia przedstawiają się zupełnie zwapniałemi, a jeśli obok zrostów wewnętrznych i ze-

wnętrzne podległy tej zmianie patologicznej, wtedy serce jest otoczone zupełnie zwapniałą skorupą. Przypadki tego rodzaju były niejednokrotnie opisywane przez dawniejszych i przez nowszych badaczy.

Nierównie rzadziej aniżeli z powyższem zwyrodnieniem spotykać się można z kostniakami osierdzia, które powstały już po utworzeniu się zrostów. Przedstawiają się one w kształcie utworów blaszkowatych, bardzo twardych, większej lub mniejszej grubości.

Pochodzenie tych kostniaków bierze oczywiście początek z tkanki łącznej, stanowiącej istotę zrostów osierdzia i nie ma nic wspólnego ze zwapnieniem.

Budowa ich drobnowidzowa może nie różnić się niczem od budowy normalnej kości, wtedy mamy do czynienia z *osteoma pericardii*. W innych zaś przypadkach nie spotykamy wprawdzie pod drobnowidzem ani ciałek kostnych, ani też kanalików Havers'a, tem niemniej jednak spotykamy się z warstwami tkanki kostnawej (osteoid), w miejsce typowej tkanki łącznej.

Wygląd i konsystencja kostniaków osierdzia nie różni się od wyglądu i spoistości normalnej kości. Co się zaś tyczy kształtu kostniaków, to po większej części zbliżają się one kształtem do kości płaskich. — Rzecz naturalna, że kostniaki osierdzia należą do nowotworów heterologicznych.

W nowoutworzonej tkance łącznej, stanowiącej istotę zrostów osierdziowych, mogą się pojawiać niekiedy gruzelki, które wytwarzają się albo wskutek zakażenia twarogowatemi masami, lub też wskutek przejścia z sąsiednich narządów i stanowią wtedy zjawisko wtórne; rzadko zaś bardzo zdarza się, żeby osierdzie wskutek pierwotnej gruźliczej infekcji, podlegało procesowi zapalnemu lub procesowi nowotworzenia się tkanki łącznej i wytwarzaniu się zrostów.

Powyżej już wspominałem, że większość autorów mięsza dwa tak różnorodne pojęcia jak calcificatio i ossificatio pericardii między sobą; powstaje to prawdopodobnie wskutek tego, że wielu bardzo badaczy nie przypuszcza możliwości wytwarzania się kości w zrośniętem osierdziu, albowiem dotychczas nie wykazano prawie jeszcze ani razu obecności ciałek kostnych w zrostach, które przedstawiały się makroskopowo w postaci kostnej skorupy.

O ile mi wiadomo, prof. moskiewskiego uniwersytetu

Klein, pierwszy przekonał się, badając drobnowidzo wo twarde jak kość części zrośniętego osierdzia, że znajdują się w nich ciała kostne, tem samem więc pierwszy on dowiódł możliwości wytwarzania się kości w zrośniętem osierdziu.

Spostrzeżenie swoje opisał prof. Klein jeszcze w r. 1881, ze względu zaś na doniosłość jaką ono posiada, przytaczam je tutaj w streszczeniu.

Opisywane serce przez prof. Klein'a znajduje się pomiędzy preparatami w muzeum patologicznem w Moskwie. Serce to jest znacznie rozszerzone, mięsień jego zanikły i zwyrodniony tłuszczowo, osierdzie i zastawki są zupełnie prawidłowe.

Na przedniej powierzchni serca widać żółtawo-białą skorupę, twardą jak kamień, grubości około 1 ctm., długość jej wynosi 10 ctm., szerokość zaś 8 ctm. Preparat drobnowidzowy z odwapnionej skorupy zabarwiony został hematoksyliną, przyczem zauważono, że zabarwił się on niejednostajnie. — Części jego słabiej zabarwione składały się z rozpadu drobnoziarnistego nieokreślonego pochodzenia i z przecinających się pęczków włóknistej tkanki łącznej, wśród której widać naczynia włosowate z ciałkami krwi; miejsca zaś zabarwione ciemno niebiesko, bardzo są podobne do tkanki ścięgnistej, w której leżą wrzecionowate i gwiazdowate komórki, gdzieniegdzie zaś spotykają się ciała kostne.

Oczywistą jest rzeczą, że w przypadku tym włóknikoworopny produkt zapalny i nowoutworzona tkanka łączna inkrurowane były solami wapiennymi, niektóre zaś części tkanki łącznej podległy przytem skostnieniu.

Prof. Klein łaskawie komunikował mi, że robiąc wiele oględzin pośmiertnych, spotykał się w ogóle rzadko ze zwapnieniem osierdzia, skostnienie zaś widział raz tylko w opisanym powyżej przypadku.

Wyżej już mówiłem o statystycznych danych Chambers'a i Breitung'a i wspominałem zarazem, dlaczego przytaczane przez nich przypadki skostnień zrośniętego osierdzia za takowe uchodzić nie mogą. Toż samo odnieść należy także do kilku innych jeszcze wzmianek o skostnieniu osierdzia, figurujących w literaturze pod mianem *synechia ossificantes pericardii*.

W żadnym z tych przypadków, o ile mi wiadomo, nie wykazano za pomocą drobnowidzu obecności kości, kierowano się zaś przy nazwaniu jedynie makroskopijnym wyglądem zrośniętych blaszek osierdzia.

Tutaj odnoszą się przypadki rozległych zwapnień zrostów osierdzia opisywane przez Lieutaud'a, Bordenave'a i Kreysig'a pod mianem skostnienia osierdzia, a także Laennec'a, który spostrzegał przy oględzinach pośmiertnych całe serce okrażone skorupą o konsystencji kości.

O podobnym przypadku wspomina i Bamberger, a Bouillaud opisuje pod mianem skostnień rozliczne zwapnienia, z których jedno, będąc u wierzchołka serca, przedziurawiło osierdzie.

Canton opisał na 1" szeroki pierścień w około serca twardość, którego równała się twardości kości.

Podobne przypadki opisują Louis, Cheselden, Gendrin, Förster i Bauer.

Serce, znajdując się przed powstaniem zrostów w worku zupełnie prawie próżnym, może łatwo wykonywać swą pracę, to też ważną jest rzeczą oznaczyć, jakim zmianom podlega mięsień sercowy i jakim ograniczeniom ruchy serca, skoro nastąpiły mniej lub więcej znaczne zrosty osierdziowe. Robiono w tej kwestyi rozliczne spostrzeżenia i dochodzono do niezmiernie zmiennych rezultatów.

Praca serca przy istnieniu zrostów osierdzia jest bez kwestyi trudniejszą, albowiem zrosty stanowią opór przy kurczeniu się serca i tym sposobem mięsień sercowy kurcząc się musi ten opór pokonywać.

Rzecz naturalna, że zrosty osierdzia częściowe, szczególnie zaś nie wielkie, nie mogą być przeszkodą dla ruchów serca, ztąd też i zaburzenia w krążeniu mogą przy nich nie powstać zupełnie.

Mówiąc więc o zmianach w sercu w skutek zrostów osierdziowych, należy brać przeważnie pod uwagę zrosty całkowite, jakkolwiek nie należy pomijać i tęgich zrostów częściowych.

Rzadko w którym dziale anatomii patologicznej spotykamy taką różnorodność zdań, jak właśnie w kwestyi, jakim zmianom podlega serce wskutek zrostów osierdziowych.

Opisują jako następstwo zrostów osierdziowych następujące zmiany anatomo-patologiczne: przerost serca, rozszerzenie serca, przerost serca wraz z rozszerzeniem, zanik serca, zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, śródsierdziowe tętnicze sprawy, wreszcie zapalenie mięśnia sercowego. Nie brak także autorów, którzy przy zrostach osierdzia nie znajdowali żadnych zmian w sercu.

Wielu bardzo badaczy opisuje nieraz po kilka zmian anatomo-patologicznych, uważając niektóre z nich za częstsze, inne zaś za rzadsze następstwa zrostów osierdziowych.

Wychodząc z zasady, że powstała wskutek zrostów przeszkoda w ruchach serca, musi koniecznie zwiększać jego pracę, wielu bardzo badaczy sądziło, że najczęstszą zmianą w sercu, szczególnie przy zrostach całkowitych, jest jego przerost. Zdanie to stwierdzało się przy badaniach pośmiertnych, gdzie często znajdowano przerost serca, obok jednoczesnych zrostów osierdziowych. Już Haller wyrzekł: „in pluribus exemplis per amplum cor fuit, cui pericardium conatum esset.“ Lancisi, Morgagni, Hope, Cazes i wielu innych, uważają tę zmianę jako najczęstsze następstwo zrostów osierdziowych. Cerf, Weiss i Blanc znajdowali również przerost serca, lecz utrzymują, że zmiana ta anatomo-patologiczna zdarza się rzadziej, niż to sądzono, jako następstwo zrostów osierdziowych, albowiem w wielu przypadkach jest ona zależną od innych uprzednich zmian w sercu.

Gairdner uważa przerost serca za zmianę, przytrafiającą się wprawdzie przy zrostach osierdziowych, lecz niezmiernie rzadko; znalazł on w 15-tu przypadkach badania pośmiertnego zmarłych ze zrostami osierdzia, przerost serca tylko raz jeden.

Pillet tłumaczy sobie tak częste znajdowanie przerostu serca przy zrostach osierdziowych tem, że zależało ono od przebytego uprzednio procesu zapalnego wosierdzia i powstałych ztąd wad zastawek.

Tegoż zdania są także Barlow, Chevers i Walshe.

Duchek wątpi, aby przerost serca był zależnym od zrostów osierdziowych, a Stokes uważa przerost serca za możliwy w tych razach, lecz wcale nie konieczny.

Według Friedreich'a przerost serca przy zrostach osierdziowych może rzeczywiście istnieć, lecz nie należy go uważać jako następstwo zrostu, gdyż przerost może zależeć od innej sprawy anatomo-patologicznej, która istniała już zanim nastąpił zrost osierdzia. Zdanie to Friedreich motywuje łatwością, z jaką proces zapalny osierdzia, a także zrosty osierdziowe, przyłączają się do uprzednio przebytych chorób serca i jego przerostu.

Eichhorst również nie może sobie dostatecznie objaśnić powstania przerostu li tylko wskutek zrostów osierdziowych i tłumaczy je także uprzednio przebytem zapaleniem osier-

dzia, lub też zależnością od istniejących jednocześnie wad zastawek.

Zwolennicy poglądu, że zrosty osierdziowe są przyczyną powstawania biernego rozszerzenia serca ze znacznem ścięciem ścian jego, objaśniają to w sposób następujący.

Wskutek przeszkody, jaką powodują zrosty, serce nie może się dostatecznie swobodnie kurczyć i tem samem zupełnie opróżnić.

Ztąd powstaje ciągły zastój krwi w sercu, który powoduje jego rozszerzenie bierne. I tu wyrocznią był Haller, który powiedział: „male enim contractum, male evacuat.”

Do zwolenników tego poglądu należą: Eichhorst, który szczególnie zwraca uwagę na bierne rozszerzenie prawego serca, także Fournier, Bamberger, Weiss, Pillet i Blanc.

Wielu autorów uważa za częste następstwo zrostów osierdziowych powstawanie przerostu serca wraz z jego rozszerzeniem.

Kallenbach, Beau i Aran uważają te zmiany, jako prawie zawsze następujące przy zrostach osierdza.

Kennedy przytacza 90 przypadków oględzin pośmiertnych zmarłych ze zrostami osierdza, przyczem w 34-ch razach serce było zupełnie prawidłowem, 56 razy zaś znalazł następne zmiany, przyczem przerost serca wraz z jego rozszerzeniem spostrzegł 25 razy.

Morgagni, Oppolzer i Bamberger, a także Hope, Cerf i Fournier, są również zdania, że omawiane zmiany anatomo-patologiczne trafiają się przy zrostach osierdziowych najczęściej.

Beau przytacza 48 przypadków zmarłych ze zrostami osierdza; w 40 razach przy oględzinach pośmiertnych widział on przerost serca wraz z jego rozszerzeniem.

Rzadziej niż poprzednie zmiany anatomo-patologiczne, spotykali niektórzy autorowie, jako następstwo zrostów osierdziowych zanik serca. Smith nawet wręcz dowodzi, że przy zrostach osierdziowych tęgich, przeważnie zaś przy skostnieniach osierdza, zanik serca jest koniecznem następstwem. — Zdanie Smith'a podziela Stokes, a także Blanc, Łuczkiewicz, Friedreich, Bauer i Cerf, który to ostatni, uważa tę zmianę anatomo-patologiczną za występującą dość rzadko.

We wspomnianej powyżej statystyce Gairdner'a na 15-cie przypadków zrostów osierdziowych zanik serca miał miejsce 3 razy.

Kennedy w 56-ciu przypadkach zmian w sercu przy zrostach osierdziowych, spotkał się również 5 razy z zanikiem tego organu.

Powstawanie zaniku tłomaczą sobie wspomnieni powyżej autorowie raz upadkiem ogólnego odżywiania, które bezwarunkowo ma miejsce przy znacznych zrostach, następnie zaś niedostatecznym odżywianiem samego serca.

To ostatnie mniemanie szczególnie na uwagę zasługuje, wiadomo bowiem jak często zanik serca następuje wskutek przewlekłych zapaleń osierdza.

Może największa ilość autorów skłania się ku temu, żeby zmiany w mięśniu sercowym, jakoto zapalenie jego i zwyrodnienie tłuszczowe, uważać za następstwo zrostów osierdziowych. -- Zmiany te niektórzy przypisują wpływowi procesu zapalnego osierdza, przypuszczając przejście zapalenia per contiguitatem, to znów mają je jako następstwo samych zrostów osierdziowych, gdyż takowe utrudniają odżywianie mięśnia sercowego, wywierając nań stały ucisk.

Tu należy wymienić Hop'ego, Eichhorst'a, Bauer'a, Oppolzer'a, Friedreicha, Weiss'a, Cerf'a, Blanc'a i Pillet'a jako żarliwych zwolenników tego poglądu.

Że procesy endokardialne i endarterialne mogą być następstwem zrostów osierdziowych, dowodzą także nieliczne wprawdzie, lecz ściśle spostrzeżenia. Jaccoud, Marvaud, Merunowicz i Laveran wykazali możliwość powstawania rozszerzenia otworu przedsionkowo-komórkowego lewego z następującą niedostatecznością zastawki dwudzielnej, przy braku wszelkich zmian w zastawkach, jedynie tylko wskutek długotrwałego zupełnego zrostu osierdza.

O zmianach endarterialnych wspominają znów Oppolzer i Cerf.

Czy serce może być zupełnie prawidłowem, to jest czy zrosty osierdziowe mogą nie wyrzucić żadnego wpływu na samo serce?

Większość badaczy dowodzi, że częściowe zrosty, niezbyt przytem tęgie, mogą nie wpływać na odżywianie mięśnia sercowego i nie sprowadzać najmniejszych zmian, co się tyczy tęgich zrostów, to przy ich istnieniu prawidłowy stan serca jest niemożliwy.

Są jednak pojedyncze spostrzeżenia, wspominające o braku wszelkich zmian w sercu nawet przy zrostach znacznych.

Wyżej cytowany Gairdner widział mianowicie stan taki

na 15-cie przypadków—10 razy, Kennedy zaś na 90 przypadków—34 razy.

O zupełnie normalnym stanie serca wspominają również niekiedy Bauer i Weiss, a Cerf widział serce niezmienione przy zrostach znacznych kilka razy.

Wspomniałem już wyżej, że niektórzy badacze przypuszczają możliwość powstawania różnych zmian anatomo-patologicznych w sercu przy zrostach osierdziowych, rzecz naturalna, uważając jedne za więcej częste, inne znów za rzadsze.

Widmann np. uważa, że każdy z wyżej wymienionych stanów patologicznych serca, może mieć miejsce przy zrostach osierdziowych. — Prawidłowego stanu serca przy całkowitych zrostach Widmann nigdy nie spostrzegął, najczęściej zaś zdarzało mu się widzieć zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego.

Z przytoczonego powyżej widać, jak różnorodne są pojęcia badaczy odnośnie do zmian w sercu które prowadzą zrosty osierdziowe.

Czem jednak objaśnić sobie tę różnorodność poglądów?

Pillet rozpatrując historyczny okres rozwoju anatomii patologicznej zrostów osierdziowych, rozdziela go na dwa okresy.

W pierwszym okresie, okresie odkrycia zrostów osierdziowych, badacze starają się opisywać z największą drobiazgowością i starannością same zrosty i ich przemiany.

Opisują oni wprawdzie zmiany w sercu, lecz uważają je jako następce i starają się przede wszystkim rozbierać same zrosty, przytaczając różne dane kliniczne.

Do tego peryjodu według Pillet'a należą spostrzeżenia Lancisi'ego, Sénac'a Morgagni'ego, Kreysig'a, Laënnec'a, Bertin'a, Corvisart'a, Aran'a i Bouillaud'a.

Drugi peryjod, lub tak zwany peryjod fizjologiczny odznacza się tem, że badacze starają się objaśniać zjawiska anatomo-patologiczne i wynajdywać łączniki między niemi.

Tutaj znów zalicza Pillet badania Beau'a, Cruveilhier'a, Forget'a, Gairdner'a, Skody, Jacoud'a, Stokes'a i Friedreich'a.

Autorowie pierwszego okresu podawali li tylko fakta przez nich spostrzegane, nie starając się dociekać, czy zmiany przez nich przytaczane zależą od samych zrostów osierdziowych, czy też od innych okoliczności, badacze zaś drugiego

peryjodu objaśniali spostrzegane przez siebie zmiany anatomiczno-patologiczne w sercu i dochodzili do niezmiernie różnorodnych poglądów, jedynie tylko, według Pillet'a, dlatego, że zbyt małą uwagę zwracali na zmiany mięśnia sercowego, zmiany, występujące po największej części współcześnie z tworzeniem się zrostów.

Raynaud sądzi także, że następne zmiany, spowodowane zrostami, zależą przeważnie od stanu mięśnia sercowego w chwili, kiedy się zrosty tworzą. Jeśli bowiem zrosty osierdzia nie wywarły najmniejszego wpływu na mięsień sercowy, wtedy może nie być następnych zmian w sercu. W tych razach, przy rozszerzeniu się jam serca, przyłącza się rozrost wyrównawczy, według tych samych mechanicznych zasad, które mają miejsce przy niedostateczności zastawek. Kiedy zaś mięsień sercowy podlega pewnym zmianom, natenczas, obok rozszerzenia serca, następuje jego zanik.

Z poglądami temi Pillet'a i Raynaud'a trudno się nie zgodzić. Na zasadzie własnych spostrzeżeń, trudno mi orzec coś stanowczego w tej kwestyi. Cytowane jednak przypadki w statystyce prof. Lambl'a, o której wyżej wspomniałem, bardzo dosadnie orzekają na korzyść poglądów Pillet'a i Raynaud'a.

W dwóch, poniżej opisanych przezemnie wypadkach mięsień sercowy był dotknięty sprawą zapalną, z następstwem zwyrodnieniem tłuszczowem; w obu też znaleziono rozszerzenie szczególniej prawej komory.

Możemy więc na zasadzie wyżej przytoczonego przyjęć pewnik Pillet'a, który mówi, że „.....l'état du muscle cardiaque commande la gravité ou la bénignité de la maladie.“

Przytoczone powyżej zmiany patologiczne, którym podlega serce wskutek zrostów osierdzia, jasno dowodzą, jak trudną, a nawet niemożliwą w niektórych razach rzeczą jest odnalezienie objawów, któreby li tylko od zrostów osierdzia z sercem, a nie od powyższych stanów patologicznych serca zależały.

Widzimy bowiem z powyższego, że prawie nie ma ani jednej choroby serca, któraby nie mogła być spowodowaną przez zrosty osierdziowe.

Wiadomym powszechnie jest fakt, że często znajdowano przy oględzinach pośmiertnych zrosty osierdziowe, chociaż za

życia nie było najmniejszych objawów, na zasadzie których możnaby je było rozpoznać. Kazyistyka kliniczna, odnosząca się tutaj jest aż nadto dobrze znaną każdemu lekarzowi, tak, że przytaczanie odnośnych spostrzeżeń tak moich, jak innych autorów, uważam za zbyteczne.

Pominąwszy fakt, że o istnieniu zrostów częściowych, a nawet słabych zrostów blaszek osierdzia całkowitych dowiadujemy się najczęściej przy oględzinach pośmiertnych, zdarzają się przypadki, że nawet zrosty znaczne, a nawet zwąpnienia i kostniaki osierdzia przebiegają bez żadnych objawów uważanych dotąd przynajmniej dla nich za charakterystyczne. Przytaczane przezemnie poniżej przypadki są wymownym tego dowodem.

Zdaje mi się, że trudność rozpoznawania znacznych zrostów osierdzia powstaje wskutek tego, że ze względu na ich powolne wytwarzanie się, organizm, że się tak wyrażę, przywyka do nich i serce może pokonywać wszystkie spowodowane przez nie przeszkody, tem samem zaś może brakować wszystkich jak fizykalnych, tak i czynnościowych objawów.

Dawniejsi autorowie, znajdując przy oględzinach pośmiertnych zrosty osierdzia — zestawiali objawy znajduwane za życia u zmarłych osobników i niektórym z nich przypisywali znamionującą wartość dla omawianej sprawy chorobowej.

Ztąd powstało bardzo wiele cech, różnorodnie podawanych przez rozmaitych autorów, które miały jakoby być charakterystycznymi dla zrostów osierdziowych.

Z czasem jednakże wszystkie te charakterystyczne cechy poddano ścisłemu rozbiorowi, który wykazał całą ich niedokładność i dowiódł, że objawy zrostów osierdzia, cechujące li tylko dane cierpienie, sprowadzają się do bardzo niewielkiej ilości, a także, że w wielu wypadkach pomienionych zrostów, może tych objawów zupełnie brakować.

Bouillaud mówi: „je ne connais aucun signe certain, qui puisse faire reconnaître les adhérences du péricarde; cependant je ne serais point étonné qu'on découvrit par la suite quelque phénomène propre à signaler la présence de certaines espèces d'adhérences.

Sądzę, że najwłaściwiej będzie rozpatrzeć wszystkie objawy zrostów osierdziowych, dzieląc ja na czynnościowe i fizykalne.

Wszystkie objawy czynnościowe nie są wcale charakterystyczne dla pomienionego cierpienia, zdarzają się bowiem one przy wielu innych sprawach, przy zrostach zaś osierdziowych bardzo często może ich brakować.

Ucisk zgrubiałej tkanki łącznej, zarówno jak i zmiany w mięśniu sercowym, tak częste przy zrostach osierdziowych, wpływają na to, że serce nie może się dostatecznie opróżniać i tym sposobem wytwarza się upośledzone krążenie, które jest powodem wszystkich objawów czynnościowych tutaj spotykanych.

Tym więc sposobem łatwo objaśnia się powstawanie napływów do płuc, sinicy twarzy, puchliny ogólnej, przepełnienia żył szyjowych, małego tętna, często nawet powstawania niemiarowości (arrhythmia), a także powiększenia wątroby, nieżytu kiszek, krwotoków różnego rodzaju i skąpego oddawania moczu, niekiedy nawet nieznacznego białkomoczu. — Błony śluzowe są sino-białe, białkówki sinawe, niekiedy znów żółtawe.

Chorzy uskarżają się na kaszel bardzo często, na znaczną duszność, bolesność w okolicy dołka podsercowego, bicie serca, łatwe omdlewanie i bezsenność.

Objawy wyżej przytoczone, mogą się raz zdarzać, jak to już wyżej powiedziałem, to znowu może ich zupełnie brakować. Zależy to, jak słusznie zauważyli Kreysig i Friedreich, głównie od stanu mięśnia sercowego. Jeśli mięsień jest zdrow zupełnie, wtedy serce może pokonać opory, jakie sprowadzają zrosty, ztąd też nie przychodzi do najmniejszych zaburzeń w krążeniu, a przeto i wyżej cytowane objawy mogą nie istnieć. W przeciwnym razie występują one w większym lub mniejszym stopniu w zależności od znaczniejszych lub mniejszych zmian patologicznych muskulatury serca.

Pomimo możliwości powstawania powyższych objawów wskutek innej sprawy patologicznej, niektóre z nich były uważane przez dawniejszych autorów za charakterystyczne dla zrostów osierdziowych.

Tak np. Vieussens przyznawał mały puls, Lancisi — bóle w okolicy serca i bicia serca, Lower zaś puchlinę i częste mdłości jako objawy cechujące zrosty osierdziowe. Z 80-tu przypadków zebranych przez Lieutaud'a, a spostrzeganych przez Peyer'a, Valsalva'ę, de Haën'a i innych, we wszystkich wybitnymi symptomatami były silne bóle w dołku sercowym i w żołądku, połączone z wymiotami.

Badacze końca XVIII w., jakoto Selle, Baille, J. Meckel i Testa, jako główny objaw przy zrostach osierdziowych przytaczają bardzo silne bicie serca i mały puls.

Testa obserwował między innymi 12-letniego chłopca, który od dłuższego czasu doznawał uczucia poruszania się jakiejś kuli w piersiach, umiejscawiając to uczucie w okolicy serca. Chory ten zmarł, a oględziny pośmiertne wykazały bardzo silne zrosty osierdzia.

W przeciwstawieniu do tych poglądów przytoczyć należy zdanie Kreysig'a, który silne bicie serca przy zrostach osierdziowych uważa za niemożliwe.

Sénac w niektórych przypadkach zrostów osierdziowych konstatował częste omdlewanie chorych, — nie uważa on jednak objawu tego za charakterystyczny, gdyż mówi, że żaden ze znanych (za jego czasów) objawów zrostów osierdziowych nie może mieć patognomicznej wartości, gdyż każdy z nich może mieć miejsce przy innych sprawach chorobowych.

Corvisart, rozpoznający jeden z pierwszych zrosty osierdziowe za życia, dochodzi do wniosku, że nieregularne ruchy serca, mają ważne znaczenie przy rozpoznaniu pomienionego cierpienia.

Zwraca on również uwagę na silne bóle w piersiach, jako na objaw charakterystyczny. O jednym 13-letnim chorym mówi Corvisart: „*le malade éprouve aussi un sentiment pénible de tiraillement dans la région du coeur.*“

Forget uważa za charakterystyczne objawy zrostów osierdziowych: silne bicie serca, pojawiające się po przebyciu zapalenia osierdzia, mały i nieprawidłowy puls, duszność, skłonność do omdlewań, sinicę i obrzęki.

Widzimy więc jak różnorodne były zdania, odnośnie do przyznawania wartości rozpoznawczej różnym objawom czynnościowym, spotykanym przy zrostach osierdziowych, ta sama różnorodność zdań miała miejsce i odnośnie do objawów fizykalnych. Dziwić się temu nie można, gdyż wiadomą jest rzeczą, jak często zrosty osierdzia wikłane bywają przez innego rodzaju cierpienia — ztąd też, przy ówczesnej jeszcze niedostateczności sposobów fizykalnego badania, brano nieraz objawy mało mające znaczenia za rzeczywiste i uważano je za dostateczne do rozpoznania zrostów osierdziowych.

Wogóle możemy powiedzieć, że wszystkie objawy czynnościowe, dające się zauważyć przy zrostach osierdzia, nie

przedstawiają najmniejszej wartości rozpoznawczej, raz dlatego, że mogą istnieć zrosty, przy których powyższych objawów nie ma, powtórę zaś dlatego, że mogą one pojawiać się i przy wielu innych cierpieniach serca, a nawet przy wielu cierpieniach innych narządów.

Dla dokładności wspomnieć mi należy, iż Peter sądzi, że przy zrostach osierdziowych powstają niekiedy silne bóle, powstające wskutek podrażnienia plexus cardiacus. Objawu tego inni badacze nie spostrzegali.

Co się tyczy objawów fizykalnych, to i tutaj należy zauważyć, że mogą istnieć zrosty osierdziowe, nie dające ich zupełnie, w każdym jednak razie objawy te są już więcej pozytywnymi i na podstawie ich można w niektórych razach rozpoznać dokładnie zrosty osierdziowe.

Przystępując do badania fizykalnego, należy nam zwrócić uwagę na ułożenie chorego. Po największej części chorzy u których blaszki osierdzia są zrosnięte, leżą na wznak w położeniu wysokim, często zaś leżeć nie mogą i przepędzają większą część dnia i nocy w położeniu siedzącym, pochyleni ku przodowi.

Objaw ten spostrzegałem u dwóch chorych z całkowitemi zrostami osierdzia, tłumaczyli oni, że duszność przy podobnym ułożeniu zmniejszała się. Rzecz naturalna, że objawu tego nie można uważać za posiadający szczególną wartość rozpoznawczą, wiadomą bowiem powszechnie rzeczą jest, że podobnie zachowują się chorzy i przy innych cierpieniach serca, szczególnie zaś przy zniesionem wyrównaniu krążenia.

Oglądając chorego ze zrostami osierdzia, spostrzegać możemy następujące objawy: tętnienie tętnic skroniowych, szyjowych, a także tętnienie w fossa jugularis i w okolicy nadpępkowej,—wciąganie w okolicy nadpępkowej, zdarzające się podczas skurczu, zamiast normalnie przy tych warunkach bywającego wypuklenia, zapadanie się międzyżebra podczas skurczu i wznoszenie się podczas rozkurczu w miejscach uderzenia wierzchołka serca, zapadanie się skurczowe obejmujące kilka odstępów międzyżebrowych strony lewej, połączone z zagłębieniem się żeber i dolnej części mostka i nakoniec rozkurczowe zapadanie się żył szyjowych, przedtem przepelnionych.

Objawy te, które możemy spostrzegać przy zrostach osierdziowych, nie są jednak wszystkie objawami stałymi, to

znaczy, że bywają zrosty osierdzia nie dające żadnego z wyżej przytoczonych objawów, natomiast niektóre z tych objawów mogą się również przytrafić i przy innych cierpieniach, nie można więc ich uważać za charakterystyczne dla zrostów osierdziowych.

Pomiędzy przytoczonymi wszakże objawami są takie, które zasługują na większą uwagę, gdyż w większej części przypadków, przy istnieniu ich można przypuszczać obecność zrostów osierdziowych.

Tutaj należą: zapadanie się międzyżebra, odpowiadającego uderzeniu wierzchołka serca podczas skurczu, a szczególnie zapadanie się skurczowe, obejmujące kilka odstępów międzyżebrowych po stronie lewej wraz z zagłębianiem się żeber i dolnej części mostka, jakoteż zapadanie się rozkurczowe żył szyjowych przedtem przepelnionych. Już dawniejsi badacze zwracali na powyższe objawy uwagę i przyznawali im wartość rozpoznawczą.

Williams wspomina o spostrzeganem przez niego zapadaniu się niektórych międzyżebry w czasie skurczu przy zrostach osierdziowych. Francis Sipson jednakże pierwszy zauważył wciąganie mostka i chrząstek żeber przy skurczu serca, podczas kiedy przy rozkurczu następowało wypuklanie w tych miejscach.

Skoda uważa objaw cytowany przez Sipson'a za bardzo charakterystyczny; opierając się na nim rozpoznawał on za zwyczaj zrosty osierdziowe.

Friedreich przyznaje również objawowi temu wielką doniosłość i objaśnia, że najwyraźniejszym staje się on przy wdechaniu.

Rozpoznanie samego wciągania skurczowego jest łatwym, należy tylko porównać chwilę jego powstawania z tętnem promieniowem, z którym odbywa się jednocześnie.

Wielu późniejszych badaczy zgadza się na to, że objaw ten ma pewną wartość patognomiczną, jakkolwiek nie przypisują mu bezwzględного znaczenia, tłumacząc jego powstawanie w różnorodny sposób.

Już Skoda, a także Oppolzer i Körner uważają, że objaw powyższy zdarza się wprawdzie przy zrostach osierdziowych, lecz w tych tylko warunkach, jeśli obok zrostów blaszek osierdzia między sobą, istnieją jeszcze zrosty osierdzia z opłucną żeber.

Podług zdania Traubego objawowi temu nie można

przypisywać wielkiej wartości rozpoznawczej, bywa on bowiem spostrzeganym w takich przypadkach, gdzie nie ma żadnych zrostów nietylko między blaszkami osierdzia, ale nawet i pomiędzy osierdziem i opłucną.

Traube podaje fakt istnienia tego objawu przy przeroście lewej komory serca, nie odrzuca wszakże, że w niektórych przypadkach zrostów osierdziowych objaw ten może mieć miejsce.

Riegel podziela zdanie Traubego, dochodzi on przytem do wniosku, że powstawanie tego objawu zależy od tego, czy serce podczas skurczu może lub nie wykonać prawidłowy ruch swój ku dołowi i na lewo. Wrazie możliwości objaw powyższy miejsca mieć nie będzie, w przeciwnym jednak razie staje się on widocznym.

Tym więc sposobem przy zrostach całkowitych osierdzia można nie spotykać powyższego objawu, gdyż ruch serca ku dołowi i na lewo jest w tym razie tylko osłabiony, a niemożliwny. Przy zrostach zaś wielkich naczyń, wychodzących z serca, z osierdziem, objaw powyższy występuje bardzo wyraźnie i przytem tem wyraźniej im mocniejszym jest zrost.

Tłumacząc tutaj powstawanie tego objawu, wychodzi Riegel z założenia, że uderzenie serca o klatkę piersiową powstaje wskutek skurczowego splaszczania łuku tętnicy głównej, czyli wydłużenia się tętnicy — to zaś ostatnie jest przy zrostach wielkich pni naczyniowych z osierdziem niezmiernie utrudnione i tym sposobem ruch serca ku dołowi i na lewo jest uniemożliwny.

Pomijając już fałszywe założenie Riegel'a, że uderzenie serca o klatkę piersiową powstaje wskutek skurczowego wydłużenia się tętnicy głównej, Widmann zbija mniemanie, że niedostateczne wydłużenie się tętnicy głównej jest powodem wciągania skurczowego, mówiąc o przypadkach, w których tętnica główna była przyrośniętą do przedniej ściany klatki piersiowej, pomimo to jednak objawu wciągania międzyżebrowego wcale nie zauważono.

Według Widmanna wciąganie skurczowe międzyżebry może istnieć niekiedy zarówno przy zrostach osierdziowych, jak i bez takowych; zależy zaś od położenia samego serca.

Jeśli serce wykonało obrót około swej osi pionowej na prawo lub na lewo, natenczas następuje skurczowe zapadanie się międzyżebra.

Obrót taki serca może być spowodowanym albo zrośnięciem się serca z osierdziem, lub też czysto drogą mechaniczną, skutkiem ciężaru, spowodowanego przerostem serca, lub nareszcie skutkiem wyparcia serca na lewo lub na prawo.

Zapadanie samo powstaje z tego powodu, że jedna z bocznych ścian serca, która się w czasie skurczu nie wypukła, lecz zapada, przylega do przedniej ściany klatki piersiowej.

Nie przy wszystkich jednak wyżej przytoczonych warunkach, obrót serca około osi pionowej resp. zapadanie się międzyżebry, koniecznie mieć musi miejsce. Tak wiadomą jest rzeczą, że nie każdy przerost, nie każde wyparcie serca z jego normalnego położenia, jakoteż i nie każdy zrost z osierdziem powoduje powstawanie powyższego zjawiska.

Jakie zaś mianowicie zrosty wpływają na zmianę położenia serca i tym sposobem sprowadzają wciąganie międzyżebry, trudno jest stanowczo określić. Zjawisko powyższe spostrzeganem bywało zarówno przy zrostach całkowitych jak i częściowych, przytem bywa ono czasami przy zrostach zewnętrznych, to znowu przy wewnętrznych.

Traube dowodzi, że wystarczającą jest niekiedy jedna nitka tkanki łącznej, łącząca serce z osierdziem, aby wciągania międzyżebry nastąpiły, Weiss znów wykazuje, że przy zrostach częściowych może nastąpić zapadanie się międzyżebry, chodzi tylko o to, aby zrost podstawy serca był daleko twardszym i ściślejszym, aniżeli zrost wierzchołka.

Zrosty osierdzia zewnętrzne z klatką piersiową, istniejące obok zrostów wewnętrznych, zarówno częściowych, jak i całkowitych, zdaje się, najczęściej sprowadzają występowanie zapadania się międzyżebra. W tym razie do objaśnienia powstawania wciągania międzyżebra nie potrzebujemy się uciekać do zmiany położenia serca, dostatecznie się ono bowiem tłoczy pociąganiem, jakie wykonywają zrosty zewnętrzne podczas skurczu serca.

Eichhorst uważa, że objaw powyższy najczęściej się zdarza przy zrostach, ograniczających ruchy podstawy serca i przy zrostach zewnątrz osierdziowych.

Spostrzeżenia wyżej przytoczonych autorów, a także Bahr'a, Friedreich'a, Duchek'a, Galvagni'ego, Jaccoud'a i innych dowodzą, że zapadanie się międzyżebra odpowiadającego uderzeniu wierzchołka serca podczas skurczu, nie zawsze można spostrzegać przy zrostach osierdziowych; a ponieważ

objaw ten spotykany bywa przy innych zmianach patologicznych, przeto nie można mu przypisywać ważnego patologiczno-monicznego znaczenia.

Dusch uważa, że chwila, w której następuje zapadanie się międzyżebrza, nie odpowiada ściśle początkowi skurczu serca, lecz następuje równocześnie ze skurczowem zmniejszeniem się mięśnia sercowego; widzimy bowiem, że wciąganie samo zdarza się jednocześnie z tętnem promieniotętnem, następuje zaś w chwilę po tętnie tętnic szyjowych.

Po każdym skurczowem zapadnięciu się międzyżebrza, następuje wznoszenie się jego, odpowiadające rozkurczowi.

Według zdania Duscha, skurczowe wciąganie i rozkurczowe wznoszenie się międzyżebrzy mogą mieć miejsce li tylko wtedy, jeśli serce działa z dostateczną siłą. Przy osłabionej działalności serca objawów tych zauważyć nie jesteśmy w stanie.

Tym sposobem Dusch objaśnia tę okoliczność, że w wielu przypadkach zrostów osierdziowych nie można było konstatować obecności wyżej wspomnianych objawów, gdyż z osłabieniem siły serca musiały one zniknąć.

(Dalszy ciąg nastąpi).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby nerwowe.

161. DUPONCHEL. **O hysterii w armii.** L'hysterie dans l'armée. *Revue de médecine.* 1886. N. 6.

Że hysteryja u mężczyzn nie należy do rzadkości, jest dziś faktem niezaprzeczonym.

Posiada ona już dość znaczną literaturę, a wykłady Charcot'a z roku 1885 nadały jej sankcję bytu. Jednak ta nowa zdobycz nauki nie rozpowszechniła się jeszcze dostatecznie wśród szerszego ogółu lekarskiego. Dlatego też Duponchel ogłosił swoje spostrzeżenia hysterii u mężczyzn spotykanej w wojsku, oraz uwagi o ważności rozpoznawania tej choroby przy poborze, urlopowaniu, uwalnianiu ze służby i t. p., mniemając, iż połączenie nowej idei ze względami praktycznymi, najdzielniej przyczyni się do jej rozwoju i rozpowszechnienia. Obserwacyj tych przytacza D. sześć, z których każdą zaopatruje w uwagi krytyczne

Artykuł swój kończy D. następującymi wnioskami:

I. Hysteryja zajmuje wśród chorób spotykanych w armii miejsce poczesne. Zdarza się ona tu częściej, jak to dotych-

czas przypuszczano, co zreszto było bardzo naturalnem przed pojawieniem się ostatnich prac o histeryi u mężczyzn. Ztąd nieraz musiano brać histeryków za udających chorobę lub epileptyków.

2. Do objawów histeryi najcharakterystyczniejszych, nie pozwalających omylić się w rozpoznaniu choroby, należą:

a) Zaburzenia czuciowe, mianowicie znieczulenia połowiczne lub ograniczające się do niektórych tylko okolic, powierzchowne lub głębokie, dotyczące skóry lub błon śluzowych i odnoszące się razem lub oddzielnie do czucia dotyku, ciepłoty i bólu od ukłócia lub skręcenia.

b) Zaburzenia zmysłowe, zwłaszcza zwięźenie pola widzenia ze zmianą porządku w jakim oko przestaje widzieć rozmaite barwy, przyczem kolor niebieski przechodzi na wewnątrz względem czerwonego, albo się z tym ostatnim zlewa.

c) Zmiany w odruchach, zwłaszcza zniesienie odruchu gardzielowego, z jednoczesnem zachowaniem odruchów ścięgniowych.

d) Prawidłowa kurczliwość mięśni pod wpływem elektryczności i zmiany w czuciu mięśniowem.

e) Rzadziej zaburzenia w sferze ruchu, porażenia lub przykurczenia bez zaniku i zwyrodnienia tkanek.

Znalazszy powyższe cechy, możemy już należycie ocenić świadectwa lekarzy i policyi, oraz opowiadania samego chorego i osób bliskich, dotyczące napadów, zaburzeń zmysłowych i umysłowych, przejściowych porażen i przykurczeń, słowem objawów, dla wytłomaczenia których nie posiadano dotychczas klucza.

Nie należy przytem doszukiwać się histeryi wyłącznie u mężczyzn zniewieściałych, gdyż spotyka się ona także u ludzi o silnej budowie ciała i wszelkich pozorach mężkości.

3. W wypadkach, gdzie widzimy napady drgawek z łukowatą wygięciem ciała i zaburzeniami umysłowemi, działaniem metali, objaw przeniesienia (transfert), punkta wyjścia dla napadów histerycznych i hypnotycznych, skłonność do przywidzeń i złudzeń, oraz hypnotyzmu, — rozpoznanie choroby jest bardzo łatwe.

4. W wypadkach o natężeniu słabszem objawy histeryi mogą być dostatecznie wyraźne, ażeby rozpoznać chorobę nawet przy tem krótkim badaniu, jakiego nieraz praktyka w wojsku wymaga. Pozwolą one przynajmniej wyrobić sobie zdanie o owych licznych chorych posyłanych do szpitala z powodu jakoby napadów epileptycznych, przy których nie udaje się najczęściej być obecnym.

5. Znajomość łagodnych postaci histeryi u mężczyzn rozwiązuje wiele trudności diagnostycznych i wiele zagadnień wojskowej medycyny sądowej.

6) Histeryja powinna być uwzględniana w instrukcjach rządowych dla wojskowych lekarzy. Lunatyzm i katalepsyja, należące do okoliczności uwalniających od służby wojskowej, są dziś uznane za objawy histeryi. Byłoby zatem nielogicznością,

nadmieniając o symptomatach, unikać nazwania samej choroby. Zapewne nie każda postać hysterii pociąga za sobą niemożność pełnienia powinności wojskowej i należałoby wyraźnie określić, jaki stopień tej choroby uwalniać winien od służeniaw armii.

7. Co do porażen histerycznych spowodowanych urazem w czasie spełniania obowiązków służbowych, to proponuje D. uwalnianie ze służby z gratyfikacją, która mogłaby być w razie potrzeby ponawiana.

Porażenia te nigdy nie powinny dawać prawa do stałej pensyi, gdyż są one z natury swej przejściowe i uleczone.

Zygmunt Holc.

162. CHARCOT. **Dwa spostrzeżenia jednostronnego histerycznego porażenia ramienia u mężczyzn przyczyn urazowej.** (*Le Progrès Med.* N. 34 Aout 1885.

Chory Porcen... lat 25, woźnica, wstąpił do kliniki 24 Kwietnia. Matkę miał cierpiącą na napady nerwowe, wśród których traciła przytomność. Ojciec był zwolennikiem absyntu. Siostra doświadcza często napadów histerycznych. Cierpiących umysłowo, jak się zdaje, nie było w rodzinie. Porcen. w dzieciństwie był bardzo nerwowy.

W 16-ym roku nabawił się reumatyzmu stawowego ostrego, który zatrzymał go 7 miesięcy w łóżku.

Dnia 24-go Grudnia 1884 roku, powożąc, został zrzucony z siedzenia na bruk. Upadnięcie miało miejsce na stronę prawą. Przytomności nie stracił, mógł zaraz podnieść się; łopatką i ramię były nieco bolesne i opuchnięte; ruchy bolesne, lecz możliwe.

W ciągu następnych pięciu dni opisane przypadłości spowodowane stłuczeniem prawie zupełnie ustąpiły, gdy 6-go dnia po wypadku, po spokojnie przepędzonej nocy, uczuł, że prawa ręka jest bezwładnie wisząca, niezdolna do wykonywania ruchów,—z wyjątkiem palców, któremi mógł nieco poruszać.

Badanie wykazało następujące zmiany:

A) Chory nie jest w możności wykonywania żadnego ruchu ani mięśniami unoszącemi łopatkę, ani ramieniom i przedramieniom. Ruchy palców są tak słabe, że siła ich nie da się oznaczyć dynamometrem. Przykurzeń nie ma. Od-ruchy ścięgna są zachowane, a nawet nieco powiększone. — Pomimo trwania porażenia przeszło 4-ry miesiąc nie ma śladu zaniku lub zmiany jedrności porażonych mięśni.

B) Oprócz porażenia ruchu istnieją głębokie zmiany czucia. Czucie dotyku, bólu i zimna — jest zniesione zupełnie. — Znieczulenie skóry ogranicza się linią, która na grzbiecie ręki kończy się na kilka centymetrów powyżej stawów dłoniowo-palcowych, na stronie dłoniowej linija ta jest równoległą do fałdki napiętki i kończy się 1 cent. niżej takowej.

Znieczulenie rozprzestrzenia się na części głębokie; silnej faradyzacji tak pni nerwowych jak i mięśni, pomimo silnych skórczów, chory nie czuje wcale. Szczypanie nie sprawia żadnego bólu. Naodwrot, części ręki poniżej wspomnianej linii posiadają czucie skórne i głębokie, prawie prawidłowe.

Cała kończyzna, z wyjątkiem palców, pozbawiona jest tak zwanego czucia mięśniowego (du sens musculaire).

Jednem słowem chory przedstawiał bezwład ruczowy absolutny mięśni łopatki, ramienia i przedramienia, z utratą zupełną czucia skóry, mięśni, nerwów, ścięgien i t. d., utratą zupełną świadomości czucia mięśniowego, we wszystkich częściach odpowiadających sparaliżowaniu ruchowemu; brak zupełny odporności części poruszanych, z zachowaniem konturów mięśniowych i lekkim powiększeniem odruchów ścięgniastych.

Należy jeszcze dodać, co jest rzeczą niezmiernie ważną, że mięśnie równie jak skóra nie przedstawiały najmniejszych zmian troficznych; bez względu na to, że monoplegija trwała cztery miesiące, nie ma najmniejszej reakcyi zwyrodnienia (przy badaniu prądem stałym i przerywanym).

Nie ma również zabarwienia siniego lub fioletowego i obrzęków.

Temperatura przedramienia strony zdrowej 34,8° C., strony sparaliżowanej 32,4° D.

Jaka jest natura opisanej monoplegii?

Czy zależy ona od uszkodzenia nerwów obwodowych, wskutek stłuczenia lub wstrząśnięcia splotu ramieniowego? — Czy dotyczy zmian rdzenia kręgowego lub mózgu?

Istnieje dużo przykładów monoplegii ramieniowej spowodowanej stłuczeniem okolicy łopatki. Jako przykład rozpoznania różniczkowego prof. Charcot przedstawił analogiczny wypadek.

Deb... zdrow i bardzo silny, lat 31, 13 miesięcy temu, został uderzony ciężką belką w tylną powierzchnię łopatki lewej, uderzenie było tak silne, że D... został przewrócony na ziemię. Po upływie 5-ciu lub 6-ciu minut doświadczył uczucia jakgdyby wcale nie miał ręki. Później stracił przytomność przynajmniej na trzy godziny. Gdy powrócił do przytomności, przekonał się że ręka była sparaliżowana, zachowały się jedynie ruchy unoszące łopatkę.

Chory ten przedstawia również zaburzenia czucia, na rękę włącznie z palcami, przedramieniem i części ramienia. Jednakże sposób rozprzestrzenienia tych zaburzeń jest bardzo różny w obu wypadkach.

Gdy u P... linija znieczulenia obejmuje łopatkę całą i przechodzi za nią, u D... naodwrot jest mniej rozciąglą, albowiem nietylko nie przechodzi na łopatkę, ale nawet nie zajmuje całego ramienia. Na powierzchni wewnętrznej tego ostatniego, dosięga zaledwie do części środkowej, na zewnętrznej jeszcze więcej zniża się. Z tyłu dosięga zaledwie okolicy łokciowej, tak że powierzchnia tylna ramienia jest wolna prawie na całej przestrzeni. Taki sposób rozprzestrzenienia się znieczulenia spostrzega się w wypadkach, gdzie splot ramieniowy jest głęboko uszkodzony a nawet przecięty cały poprzecznie. — U D... istnieją oprócz tego zmiany troficzne, które natychmiast wskazują na obrażenie ciężkie dotyczące całego splotu. Takie rozprzestrzenienie się znieczulenia skórniego jest obja-

wem klasycznym zmian organicznych głębokich, zwyrodniających, któremi zostały dotknięte wszystkie gałazki tak czuciowe jak i ruchowe splotu ramieniowego.

Jeżeli dopuścić u P... uszkodzenia nerwów, to takowe powinno dotyczyć nie tylko splotu ramieniowego, lecz i szyjowego. Tymczasem linija znieczulenia u niego rozciąga się tylko do dłoni, fakt ten wyłącza stanowczo zmiany głębokie splotu ramieniowego.

Nadto u D... mięśnie sparaliżowane są silnie zaniknięte; przy badaniu elektrycznem przedstawiają właściwości reakcyi zwyrodnienia w najwyższym stopniu; odruchy ścięgniste są zniezione, skóra zimna, marmurowa, z plamami fioletowemi, tkanka podskórna lekko obrzękła. Nic podobnego nie znajdujemy u P... Monoplezja tego chorego nie da się wyjaśnić zmianami splotu ramieniowego; siedlisko cierpienia musi być gdzieindziej, np. w ośrodkach nerwowych.

Współistniejące cierpiecie rogów tylnych substancyi szarej i w okolicach odpowiednich rdzenia, mogłoby spowodować w członkach sparaliżowanych zaburzenia czucia mniej lub więcej ciężkie. Lecz takie zmiany jednego rogu przedniego i okolicy bardzo ograniczonej części najwięcej w tyle znajdującej się rogu tylnego tejże strony — nie jest dostateczne; a jeżeli zamiast pozostać ograniczonym, zajęło i część środkową kolumny szarej — znieczulenie znajdowałoby się nie tylko po stronie zmian anatomicznych, lecz i po przeciwnej.

Ognisku znajdującemu się w torebce wewnętrznej mózgu, powinnyby koniecznie towarzyszyć i inne objawy, np. apoplektyczne.

Oprócz tego monoplezja ramieniowa czysta jak u Porcen.. jest faktem prawie nieznanym w historii zmian kapsuły wewnętrznej; ona dopuszczałaby prócz tego zmianę ściśle ograniczoną w pewnej części kapsuły, przez to samo byłby brak zaburzeń czuciowych.

Zmiany kory mózgowej, dostatecznie rozprzestrzenione i głębokie, umiejscowione w trzeciej części średniej zwojów środkowych (czołowego i ciemieniowego wstępujących), spowodują monoplezję ramieniową; lecz istnienie takiej monoplezji czystej bez udziału miejsc najbliższych, czy to mięśni otzymujących inerwację od n. facialis inferior, czy języka, bądź kończyn dolnych — jest faktem niezmiernie rzadkim. Dodać należy, że zmiana substancyi korowej, powodująca tak zupełne i trwałe porażenie ruchów jak u P..., powinna koniecznie spowodować zmiany wtórne — zwyrodnienie zstępujące mózgo-rdzeniowe, pewien stopień przykurczenia kończyny sparaliżowanej.

Podług prof. Charcota zmiany znajdują się w centrach nerwowych, prawdopodobnie w substancyi szarej półkuli mózgowej strony przeciwnej porażeniu, dokładniej w pasie ruchowym (zone motrice) ramienia, który powinien tam znajdować się. Zmiany te należą do t. zw. dynamicznych, czyli funkcyjnalnych.

Przy więcej szczegółowym badaniu chorego można odkryć znaczną liczbę objawów czysto funkcyjnalnych — istnienie hysterii.

U P... zaburzenia czucia skóry nie ograniczają się wyłącznie kończyną górną prawą, istnieją one w mniejszym stopniu, to jest pod formą analgezyi na całej przestrzeni strony prawej twarzy, tułowia i kończynie dolnej. Istnieje więc hemianestezyja ogólna prawej strony, tylko silniej wyrażona na kończynie górnej.

Słuch jest przytępiony ze strony prawej; smak jest zupełnie utracony ze strony prawej. Istnieje zupełne znieczulenie błony śluzowej gardzieli, palec wprowadzony aż do nagłośni — nie sprowadza żadnego odruchu. Objaw ten jak wiadomo, jest charakterystyczny dla hysterii.

Badanie wzroku odkryło wielorakie widzenie przedmiotów jednym okiem (polyopia monoocularis), które u hysterycznych osób posiada ważne, sobie właściwe cechy. Ołówek trzymany pionowo w odległości kilku centymetrów przed jednym okiem, gdy drugie jest zakryte, choremu P. przedstawia się jako jeden przedmiot, lecz oddalony dalej, wkrótce przedstawia się podwójnie.

Gdy ołówek znajduje się blisko oka, wtedy wydaje się być niezwykle grubym, trzymany w oddaleniu 15 do 20 centim., przedstawia się dwa lub trzy razy mniejszy niż w stanie normalnym (macropsia et micropsia).

Badanie perymetryczne pola widzenia odkryło zwężenie koncentryczne takowego, prawie jednakowe z obu stron, bez przejścia za okrąg czerwonny.

Do uzupełnienia ogólnego obrazu hysterii u P... brak napadów i punktów hysterogenicznych. Napady drgawek, jak wiadomo, nie są koniecznym objawem hysterii; — według Briqueta nie istnieją przynajmniej w $\frac{1}{3}$ części wypadków u kobiet, Charcot to samo stwierdził u mężczyzn.

Dla przykładu prof. Charcot pokazał chorego nazwiskiem Pin... przedstawiającego jakby kopiją cierpienia P..., który również jak ten ostatni dotknięty był monoplegiją ramieniową, spowodowaną upadnięciem. Cechy hysteryczne u Pin... istnieją bardzo jawne: analgezyja rozprzestrzenia się na lewą połowę kończyny dolnej; słuch, węch i smak po stronie lewej — wskazują na znaczne przytępienie. Pole widzenia po stronie prawej — normalne, po lewej zmniejszone bardzo jawnie; co więcej, po tej stronie krąg różowy jest przeniesiony na zewnątrz niebieskiego.

Po stronie lewej istnieje polyopia monoocularis. Palec wprowadzony aż do nagłośni nie sprowadza żadnych odruchów. Nakoniec chory posiada liczne punkta nadczulne hysterogeniczne, jeden znajduje się pod sutką lewą, inne z każdej strony okolicy biodrowej i jądrze prawem.

Po pobudzeniu nieco dłuższem jądra, nastąpił u chorego dnia 15-go Marca r. b. zupełnie klasyczny napad hysterolepsyi.

Napady podobne pojawiają się u niego często dobrowolnie, bez żadnego wpływu. Pod wpływem leczenia elektrycznością statyczną, chory odzyskał, jakkolwiek w małym stopniu, ruchy ręki prawej. Tym sposobem bezwład ruchowy jest mniejszy aniżeli przedtem, czego niebyłoby, gdyby bezwład rozwinął się w następstwie sprawy niszczącej substancję korową jednej z półkul mózgu.

Podany opis stwierdza jawnie istnienie hysterii u przytoczonych chorych. Napady i punkta hysterogeniczne u Pin.... czynią samą chorobę więcej pełną, łatwiejszą do rozpoznania aniżeli u Porcen..., pod innymi względami dwa te wypadki są zupełnie do siebie podobne.

J. Wojciechowski.

163. CHARCOT. **Nerwica hysteryczna stawu biodrowego (coxalgia) u mężczyzny przyczyny urazowej.** Sur un cas de coxalgie hysterique chez l'homme. (*Le Progrès Méd.* 30 Janvier 1886).

Istnieją cierpienia stawów ze zmianami wyłącznie czynnościowymi, mogące jednak naśladować zmiany głębokie anatomo-patologiczne i być powodem błędnego rozpoznania. Przewszystkiem są trudne do rozpoznania cierpienia stawu biodrowego natury hysterycznej.

Spostrzeżenia autora dotyczą się chorego Ch.... lat 45, ojca siedmiorga dzieci, który nie posiadał usposobień chorobliwych, bądź odziedziczonych bądź nabytych.

Chory, tracz z profesyi, pracując dnia 13-go Maja 1883 r. w miejscu pod którym znajdowała się maszyna parowa, został wyrzucony w powietrze na wysokość 2 do 3-ch metrów walcem maszyny, który uderzył z wielką siłą w powałę znajdującą się pod jego nogami.

Ch.... nie stracił przytomności, lecz uczył natychmiast silny ból i zdrętwienie nogi. Mógł jednak zrobić kilka kroków; następnie przeleżał w łóżku dwa miesiące, noga z początku była spuchnięta; w końcu tego czasu zaczął chodzić o kulach, później o kiju.

Badając chorego w postawie leżącej, zauważyć było można:

Skrócenie znaczne kończyny lewej, podobne do spostrzeżonych w 3-cim okresie zapalenia stawu biodrowego. Staw biodrowy nieruchomy, udo przedstawia się jak gdyby było zlutowane z miednicą. Caory skarży się na bóle występujące w okolicy pachwiny, biodra i kolana,—powiększające się przy uciskaniu tych okolic, poruszaniu kończyną, gdy się uderza młoteczkiem po krętarzu wielkim, kolanie lub pięcie. Nakoniec kończyna lewa cała, biodro i goleń mają nieco mniejszą objętość aniżeli prawa.

Gdy chory stoi zwrócony przodem, widzieć się daje pochYLENIE ciała ku stronie zdrowej t. j. prawej, chory dotyka się podłogi tylko zlekką przednią częścią stopy; goleń lewa wyprostowana, wystaje nieco naprzód.

Gdy chory stoi obrócony tyłem, zauważyć można wielką

różnicę istniejącą pomiędzy poślądkami, prawy jest kulisty i uwydatnia rowek kulszowo-krętarzowy, utworzony przez skurecz mięśnia pośladowego wielkiego; lewy przeciwnie, zdaje się być dłuższym, spłaszczonym i obwisłym; objawy te, uważane przez niektórych autorów za bardzo ważne, towarzyszą organicznym zmianom stawu biodrowego, w istocie jednak ta różnica poślądek zależy od postawy badanej osoby.

Fałda pośladowa jest więcej podniesiona ze strony lewej aniżeli z prawej, ta ostatnia jest podwójną, pierwsza zaś pojedynczą; istnieje nakoniec widoczne skrzywienie kolumny kręgowej, zwrócone wklęsłością ku stronie lewej.

Chód kulejący nie przedstawia nic osobliwego i nie odróżnia się niczem od spostrzeganego u cierpiących na coxitis.

Jednem słowem całe badanie nasuwa myśl na możliwość istnienia głębokich zmian anatomo-patologicznych w stawie biodrowym.

Ścisłejsze jednak badanie wskazuje, że cierpienie należy do zaburzeń czysto czynnościowych.

Chory pomimo trwania choroby przez dwa i pół lata, nie jest osłabiony, nie przedstawia wychudnienia, nie ma niedokrwistości, nigdy nie miał gorączki, zawsze odznaczał się dobrem łaknieniem.

Tak zachowane odżywianie ogólne nie zgadza się wcale z myślą o istnieniu tak długim zmian głębokich, nawet z zejściem najpomyślniejszem. Oprócz tego zdrętwienie zajmuje nie tylko biodro, lecz kolano, a nawet okolicę golenia-stopową. — Są to objawy nie należące do koksalgii zwyczajnej, tem więcej, że nizka ciepłota i siność przedewszystkiem znajduje się na kolanie i gołeni.

Bóle powiększające się od uderzenia po krętarzu wielkim, stopie i przy wszystkich próbach poruszania kończyną, posiadające szczególną własność rozprzestrzeniania się po nad więz Pouparta, przechodzą również na dolną część brzucha, prawie do piersi lewej i na pośladek. Oprócz tego, gdy w okolicy pachwinowej lub przedniej kolana ścisnąć lekko skórę ujętą dwoma palcami, wywołuje się bardzo silny ból. Ta nadczułość skóry w okolicy biodra jest uważana przez wielu badaczy za ważny objaw właściwy koksalgii hysterycznej. Pod wpływem wspomnianego bólu Ch.... przechodzi w stan niezwyklej niespokojności, twarz pokrywa się rumieńcem, żyły szyjowe i skroniowe nabrzmiwiają.

Uczucie jakiego doznaje wtedy chory, odpowiada aurze hysterycznej: ściąganie w okolicy nadbrzuszej, bicie serca, ściśnięcie gardła, szum w uszach ze strony prawej, bicie w skroniach z tejże strony. Takie same objawy występują przy uderzaniu po okolicy krętarza wielkiego i pięty, jak również przy usiłowaniu poruszyć biodro.

Z powyższego badania wynika, że jakkolwiek chory nie doświadcza napadów hysterycznych, można jednak u niego wywołać objawy aury hysterycznej, przez pobudzenie prawdziwych przestrzeni hysterogenicznych, z których jedne zajmują skórę pokrywającą okolicę stawu biodrowego i kolana, inne zaś pło-

żone głębiej, zdają się być umiejscowione w błonie maziowej lub torebce stawowej.

Prawie cała lewa kończyna, z wyjątkiem niektórych okolic, utraciła zupełnie uczucie bólu, temperatury, ruchów pewnych stawów np. stopy, ręki, palców, łopatki, z wyjątkiem łokciowego, czucie mięśniowe również nie istnieje. Smak, węch i słuch są znacznie przytępione po stronie lewej; po tej również stronie pole widzenia jest jawnie zmężone. Błona śluzowa gardzieli może być lechtaną, drażnioną rozmaitemi sposobami, bez najmniejszych objawów zwrotnych.

Z powyższego badania wynika: że chory Ch.... jest hysterykiem, że cierpienie stawu jest nerwicą hysteryczną. Podobnego rodzaju cierpienia przyczyny urazowej zjawiają się częściej u mężczyzn niż u kobiet; wstrząśnienie urazowe (chock) może tylko odkryć istniejące usposobienie hysteryczne dotąd skryte.

Prawidłowość rozpoznania choroby potwierdziły wyniki badania po uspianiu chorego chloroformem, które stanowczo wykluczyły cierpienia organiczne stawu.

Po przebudzeniu się chorego, napięcie mięśni zaczęło powracać po stronie cierpiącej, ze strony stawu żadnej bolesności jeszcze nie było. Czucie skóry wróciło tylko w części; pomimo że chory odpowiadał już na zadawane pytania, czucie części głębokich (opukiwanie krętarza, pięty i t. d.) nie było powiększone.

Po upływie 20 do 25 minut zmiana położenia kończyn, bóle i t. d. powróciły zupełnie do stanu w jakim były przed chloroformowaniem.

Przyjąwszy cierpienie Ch.. za hysteryczne, dopuścić należy możliwość wyleczenia takowego, co znów ze swej strony potwierdzi rozpoznanie choroby.

Przystępując do leczenia, należy jednak zbadać najpierw fizjologiję patologiczną opisanego wypadku. Ażeby uprzystępnąć zrozumienie tego zadania, autor przedstawił dwie chore kobiety hysteryczne, odznaczające się silnem usposobieniem hysterycznem, a które znajdując się w stanie czuwania, przedstawiają wszystkie objawy koksalgii hysterycznej, wywołanej sztucznie, podczas snu hypnotycznego.

Jeżeli u jednej z tych kobiet, będącej w stanie somnambulizmu, nawet lekko poruszyć biodrem, natychmiast zaczyna skarżyć się na bóle w biodrze, i, co jest godnym uwagi — w kolanie, — jakkolwiek to znajdowało się w zupełnym spokoju.

W drugą chorą, gdy była pod wpływem hypnotyzmu, wma-wiano że miała napad w czasie którego upadła na biodro; pod wpływem ożywionego opowiadania zmyślnego wypadku i malowania silnej bolesności, która była jego następstwem — chora zaczęła się skarżyć na bóle w biodrze i kolanie, i, jakkolwiek przedtem miała znieczulenie tej strony, można było wykazać teraz nadzwyczajną wrażliwość skóry na powierzchni biodra i kolana.

Autor przypomina chorych Por.... i Pin.... (porów.

referat poprzedzający), u których w następstwie uderzenia w łopatkę, rozwinęło się porażenie hysteryczne odpowiedniego ramienia.

Można udowodnić, że takie sparaliżowanie wszystkich części może być wywołane u osób będących w hypnotyzmie, za pomocą wpływu słownego, lub lekkiego uderzenia w okolice łopatki.

Prof. Charcot twierdzi, że stan hypnotyzmu, w którym narzucenie myśli (wmawianie) sprowadza opisane objawy, jest podobny do stanu nazwanego przez Anglików *schock nerveux*, dla odróżnienia od *schock traumatique*, z którym niekiedy tenże łączy się, lecz może istnieć i niezależnie. Wstrząs nerwowy występuje pod wpływem silnego wzruszenia, strachu, przedewszystkiem zaś gdy jaki wypadek grozi utratą życia i t. p. Wtedy rozwijają się często stany umysłowe, które bardzo sprawiedliwie Page porównywa do stanu hypnotycznego. W jednym i drugim wypadku samodzielność psychiczna, wola i sąd o rzeczach, będąc pogneębione mniej lub więcej, czynią łatwym narzucanie myśli obcej; również bardzo łagodna przyczyna traumatyczna — może spowodować porażenia, przykurczenia lub nerwice stawów. Ch... jest przykładem tego rodzaju; uderzenie spowodowało wstrząśnienie nerwowe (*schock*) i odpowiedni mu stan umysłu,

Bez wątpienia biodro zostało stłuczone, lecz to obrażenie miejscowe nie pociągnęło za sobą zmian ważnych i dopiero w stosunku do stanu umysłowego, wywołanego wstrząśnieniem nerwowem, rozwinął się ból, spotęgował, i ostatecznie ustalił pod formą nerwicy stawowej stałej.

Zgodnie z dopiero co wyluszczoneym poglądem leczenie musi być natury psychicznej. Wiadomo że tego rodzaju nerwice psychiczne ustępują nagle pod wpływem silnego wzruszenia lub obrzędu religijnego, to jest czynników działających silnie na wyobraźnię. Tego rodzaju leczenie było zastosowywane wielokrotnie z rozmaitem powodzeniem. — To samo powiedzieć można o bardzo dzielnym środku, jaki przedstawia nam hypnotyzm, na który chory nie zgadza się.

Od dwóch tygodni chory bywa poddawany mięsieniu miejsc odznaczających się nadczułością, to jest okolicy łokciowej, biodrowej i kolanowej, które pod wpływem słabego ucisku wywołują aurę i inne zjawiska już opisane. Obecnie chory znosi lepiej mięsienie, aniżeli z początku; po upływie 4-ch lub 5-ciu minut Ch... nie czuje trącej ręki, następnie doświadcza uczucia zdrętwienia całej kończyny, wkrótce mówi, że zdaje mu się, że już nie ma nogi. Rzeczywiście cała kończyna dolna staje się zupełnie pozbawioną uczucia, okolice nadczułe kolana i biodra znikły, skórę można szczypać bezkarnie. Oprócz tego znieczulenie zajęło i części głębokie, albowiem można uderzać po krętarzu wielkim i pięcie, nie sprowadzając najmniejszego bólu. — Nakoniec przykurczenie znikło i można wykonywać silne ruchy we wszystkich stawach chorej kończyny dolnej, nie czyniąc choremu bólu i nie napotykać przytem najmniejszego oporu. Teraz,

również jak pod wpływem chloroformu, można przekonać się, że stawy są zupełnie ruchome, wolne od tarcia, i że tym sposobem błona maziowa i końce stawowe są zupełnie zdrowe; — wszystkie objawy uczucia mięśniowego znikły zupełnie. Tym sposobem koksalgija z przykurczeniem została przeistoczona na porażenie hysteryczne.

Wywołane objawy porażenia hysterycznego trwają 1 do 1½ godziny, następnie bóle powracają i z szybkością gwałtowną dochodzą do siły poprzedniej, wtedy zjawiają się na nowo przykurczenia i skrócenie kończyny. Od kilku dni jednak ból i przykurczenie powracają niezupełnie, chory sam pojmuje, że po pewnym czasie cierpienie ustąpi.

Naturalnie nikt nie przypuszcza, ażeby samo mięsienie mogło spowodować skutek tak jawny, tem więcej u chorego z prawdziwym porażeniem ruchowym i uczuciowym. Od czego więc zależą otrzymane wyniki leczenia? Bez wątpienia zależą one od gruntu, na którym rozwinęła się choroba.

Można sądzić, że mięsienie, któremu była poddana osoba hysteryczna, działało jako pewnego rodzaju hypnotyzm miejscowy. Wpływ mięsienia prof Charcot sprawdził i na kobietach hysterycznych.

Tym sposobem skuteczność leczenia jest jeszcze jednym więcej dowodem, potwierdzającym istnienie nerwicy hysterycznej u chorego Ch....

164. M. LEGRAND du SAULE. **Nerwica hysteryczna stawu biodrowego przyczyny urazowej.** Coxalgie hysterique, suite de traumatisme.—(*Progrès Médic.* Avril 1886).

Podane niżej w skróceniu spostrzeżenie, jest ważne ze względu że dało możność śledzenia stopniowego rozwoju cierpienia, podczas pobytu chorej w szpitalu Salpêtrière.

Chora Berg...., służąca, lat 25, dotąd zupełnie zdrowa, w rodzinie swej cierpiących na choroby nerwowe nie mająca, będąc kilka dni w m. Lutym 1884 r. pod wpływem silnego przestachu, dostała napadu drgawek z utratą przytomności.

Chora nie doświadcza aury, lecz jest zwykle uprzedzoną o napadzie przez bicie serca, ściskanie w gardle, niekiedy bicie w skroniach, syczenie w uszach.

W Październiku 1884 r. i na początku 1885 r. miała krwotoki płucne, przyczem płuca okazały się zupełnie zdrowe.

W Listopadzie 1885 roku w czasie jednego z często powtarzających się napadów, Berg.... upadła na prawe biodro, przyczem silnie siłukała takowe. Chora jednak mogła chodzić i dopiero 5-go dnia pozostała w łóżku.

Badanie wtedy wykryło silny krwotok podskórny, zajmujący okolicę krętarza wielkiego i przechodzący ztąd na pośladek i zewnętrzną okolicę prawego biodra. Oprócz tego istniało przykurczenie mięśni otaczających biodro; takowe utrudniało ruch stawu biodrowego, spowodowało większe wstawanie krętarza wielkiego i skrócenie całej kończyny o 5 do 6 ctm.

Wyrostek ciernisty przedni górny kości bezimiennej prawej, znajduje się wyżej aniżeli lewej; linija łącząca te wyrostki zamiast być poprzeczną— jest skośną.

Ruchy bierne, połączone z pewną bolesnością, można było wykonywać dosyć swobodnie.

Czucie skóry normalne; chora skarżyła się na bóle istniejące przede wszystkim w okolicy wyrostka ciernistego przedniego górnego kości bezimiennnej prawej, mniej silne w fałdzie pachwinowej, w okolicy krętarza wielkiego i z tyłu w dole biodrowym zewnętrznym.

Fałda pośladowka górna prawa zniknęła, dolna jest szersza i więcej zarysowywa się; bruzda między-pośladowka skośna ma kierunek z dołu do góry. Chora może chodzić, lecz dotyka się tylko przednią częścią stopy.

8-mego i 9-tego Sierpnia zastosowano prąd przerywany na mięśnie otaczające biodro. Stan chorej pogorszył się; biodro zostało przyciągnięte do miednicy, goleń do biodra,—kończyny jednak było można wyprostować. Ruchy bierne, z wyjątkiem zginania i wyprostowywania—przedstawiały znaczny opór, przyczem miednica zdawała się być nieruchomo spojeną z biodrem.

13-go Sierpnia. Berg... mówi, że nie czuje więcej nogi, takowa wydaje się jej być jak z bawełny.

Odkryto przy badaniu znieczulenie stopy i całej goleni aż powyżej kolana. Następnego dnia znieczulenie rozszerzyło się na biodro, zajmując tym sposobem całą kończynę dolną.

15-go Sierpnia. Znieczulenie przeszło na kończyną górną; nakoniec 16-go zajęło głowę i twarz; tym sposobem powstała hemianasthaesia zupełna prawej połowy ciała. Pole widzenia zostało znacznie zwężone po stronie prawej; takież zmianom uległo pole widzenia barw.

18-go Sierpnia. Zauważono dobrowolne zmniejszanie się kończyny z 6 ctm. na 8, które powraca łatwo do stanu poprzedniego, pod wpływem najmniejszego wzruszenia; odpowiednio do tych zmian chora idąc opiera się przednią częścią stopy lub całą. Wspomniane już bóle powtarzają się od najlżejszego uderzenia po krętarzu wielkim, kolanie lub pięcie.

W ciągu miesiąca Października chora zauważyła, że noga jej jest mniej ciężka aniżeli przedtem, nie przedstawia się już jak bawełna; podłogę czuje lepiej. Chora czuje klócie, zarówno dobrze po stronie prawej jak i lewej. Wkrótce jednak hemianestezja znów powróciła.

25-go Października zjawiła się nowa przypadłość połączona z hysteryją. Berg... zaczęła skarżyć się na trudne urynowanie, połączone z silną bolesnością i wzdęciem brzucha. Przy wprowadzeniu cewnika można było wyczuć silny skurcz szyjki pęcherza. Przypadłości te ustąpiły 14-go Listopada.

21-go Stycznia chora miała w nocy blisko 60 napadów hysterycznych, po których powrócił znów kurcz pęcherza z zupełnym zatrzymaniem uryny.

12-go Marca. Ruchy biodra stały się nieco swobodniejsze. Pole widzenia zwężone ze strony prawej, kolory chora rozróżnia z wyjątkiem fioletowego, który bierze za czarny. Słaby ucisk okolicy lewego jajnika sprawia silny ból.

Z powyższego krótkiego opisu pokazuje się, że jakkolwiek chora nie posiada punktów hysterogenicznych w ścisłem znaczeniu, przedstawia za to miejsce bolesne w okolicy lewego jajnika; oprócz tego miewa często wzdęcia brzucha.

Autor sądzi że napad hysteryczny w danym wypadku ma

rolę drugorzędną, najgłówniejszy wpływ należy przypisać obrażeniu biodra. Szerokie podskórne wynacznienie krwi i bóle sprawione stłuczeniem, były punktem wyjścia wpływu urazowego (suggestion traumatique), w następstwie którego u chorej hysterycznej uformowały się przykurczenia istniejące od ośmiu miesięcy, a które mogą zniknąć przy pojawieniu się nowego wpływu, zdolnego wyrugować myśl o niebezpieczeństwie cierpienia, myśl podtrzymywaną przez bóle, towarzyszące przykurczeniom, i głęboką nadezulość stawów. *J. Wojciechowski.*

165. CHARDIN. **O cierpieniach nerwowych i zmianach w ośrodkach nerwowych, spowodowanych zaccadzeniem i otruciem tlenkiem węgla.**—(*Dissert. St. Pet.* 1885 r.).

Autor robił doświadczenia na psach, doprowadzając u jednych zatrucie tlenkiem węgla do śmierci, u innych zaś do stanu głębokiej śpiączki (coma). — Te ostatnie były poddawane działaniu CO raz lub dwa razy dziennie przez czas dłuższy.

Najwcześniejszy termin, po którym następowała zazwyczaj szybko śmierć, poprzedzona odpowiednimi przypadłościami, przy powtarzanych zatruciach—był miesiąc; u jednego psa $2\frac{1}{2}$ miesiąca.

Porównyując wyniki, otrzymane z działania CO na psy, ze znajdowanymi u człowieka po śmierci od zaccadzenia, — odkrywa się wielką różnicę. Objawy ciężkie spostrzegające się u człowieka po jednokrotnem silnem zatruciu, często połączone już ze zmianami anatomicznymi, u psów znikają zazwyczaj bardzo prędko, występując dopiero po wielokrotnych, długotrwałych zatruciach.—Nakoniec zmian ogniskowych spostrzeganych tak często u ludzi, u psów nie udało się wytworzyć ani razu.

Pomimo jednak tak jawnych różnic, pewne podobieństwo w działaniu CO na ludzi i psów z otrzymanych badań wyprowadzić można.

Z załączonych przez autora opisów cierpień mózgu u ludzi wynika, że tlenek węgla wywołuje dwojakie w nim zmiany; jedne zjawiają się zaraz po zniknięciu pierwszych przypadłości, charakteryzują się mniej lub więcej długotrwałem osłabieniem władz umysłowych i lokalizują się, prawdopodobnie, w komórkach kory mózgowej; tu należą i te formy chronicznego pomieszania zmysłów, które powstają pod wpływem słabego lecz długotrwałego działania tlenku węgla.

Drugiego rodzaju porażenia rozwijają się później i znajdują się tylko w oddalonym związku z pierwszymi, albowiem występować mogą po mniej lub więcej długotrwałem polepszeniu zdrowia i połączone bywają z symptomatami złowrogami, wskazującymi na naturę zapalną cierpienia mózgu (gorączka, drgawki, śpiączka), one zazwyczaj kończą się śmiercią; oględziny pośmiertne wykazują w mózgu ogniska ropne.

Zmiany anatomiczne u ludzi, wyrażeniem których jest osłabienie władz umysłowych, przedstawiają podobieństwo ze znajdowanem zwyrodnieniem komórek nerwowych, które były spostrzegane u psów poddawanych kilkakrotnemu działaniu tlenku węgla, zabitych przed wystąpieniem jawnych objawów

choroby, lub zmarłych od jednego zatrucia, któremu towarzyszyło osłabienie spowodowane krwotokiem; proces wywołujący u ludzi późniejsze zaburzenia, prowadzący do ograniczonych rozmiękczeń, może być jednoznaczny z tem naczyniowym zapaleniem, które u psów zatrutowanych długo, natrafia się pod postacią sprawy rozlanej.

Tkanka nerwowa i ściany naczyń ludzi prawdopodobnie są mniej odporne na wpływy szkodliwe w ogólności aniżeli psów, przede wszystkim zaś na tlenek węgla.

Okoliczność ta objaśnia, dlaczego proces patologiczny, zajmujący całą oś mózgodzeniową u psów, u ludzi umiejscawia się najczęściej w zwojach, i dlaczego u człowieka jedno ciężkie zatrucie (zaczadzenie) sprowadza niekiedy głębokie zmiany mózgu, występujące u psów dopiero po wielokrotnie powtarzanych zatruciach.

Badania Charcota i Buscha dowiodły istotnie, że u człowieka naczynia rozgałęziające się w zwojach mózgowych są najmniej wytrzymałe, możliwą zatem jest rzeczą, że na nie najwięcej działa szkodliwy wpływ zaczadzenia. Naczynia psów przedstawiają jednakowy stopień zdrowia, u nich z tego powodu nie ma takich ulubionych miejsc dla rozwinięcia się spraw chorobowych,—tlenek węgla wpływa jednakowo szkodliwie na wszystkie naczynia mózgu, a doszedłszy pewnych granic, działanie jego występuje pod postacią sprawy rozlanej. J. W.

II. Medycyna wewnętrzna i Patologija ogólna.

166. LEONHARDT. **Powstawanie i istota zakażeń ziemniczych.** (Entstehung und Wesen der Malaria Erkrankungen unter Benutzung eigener an Land und an Bord gemachter Beobachtungen).—*Zeitschr. f. Klin. Medicin* B. X. H. 1—3. 1886.

Aby wyjaśnić powstawanie i istotę zakażeń ziemniczych, musimy przyjąć, jako najbliższą ich przyczynę osobną, dotąd jeszcze nieokreślony, mikroorganizm, — mimo że badania uczonych pod tym względem nie doprowadziły jeszcze do pożądanego rezultatu.

Oddawna wiadomem było, że zimnica najczęściej zdarza się w bliskości bagien i błot, obfitujących w stojącą i przeważnie słodką wodę — oddawna też zauważono, że rozkład pierwiastków roślinnych pod wpływem tlenu powietrza sprzyja w tych miejscowościach rozwojowi choroby. Ponieważ w górskich suchych stronach obudwu tych warunków brakuje, nie więc dziwnego, że nie można sobie było wytłumaczyć, dlaczego i tam czasami pojawia się zimnica. Dopiero Thomasi Crudeli, który obserwował wypadki zimnicy w Campagna di Roma, dał szczegółowe wyjaśnienie tego faktu. Podług niego zimnica może powstać nawet w górskich suchych miejscowościach, jeżeli tylko pod górną dziurkowaną warstwą ziemi znajduje się warstwa wody; woda ta dniem w czasie upałów wydostaje się na

powierzchnię ziemi przez pory górnej warstwy, nocą zaś padająca obficie rosa utrzymuje tę warstwę w pewnym stopniu wilgoci, a ponieważ przez pory ma dostęp i tlen powietrza, więc obadwa te warunki które zwykle spotykamy w miejscowościach zimniczych, mamy tym sposobem czasami i w górskich.

Jeżeli przyjmujemy istnienie osobnego grzybka zimniczego, to łatwo będziemy mogli wyjaśnić pozorne sprzeczności w powstawaniu zimnicy przy tak na pozór różnych warunkach. Tam, gdzie zawsze określony stopień wilgoci, dostęp tlenu powietrza i stosowne pożywienie resp. rozkład pierwiastków roślinnych — warunki niezbędne dla rozwoju grzybków zimniczych, tam i zimnica panuje endemicznie. Są jednak pewne okolice (Australia, wyspy Maurycego i Reunion na wschodnim wybrzeżu Afryki, wyspy Yorkskie, Nowa-Brytania), które przedstawiają wszystkie powyższe warunki, a mimo to zimnica w nich nie panuje. Widocznie nie ma tu specyficznych grzybków. Jeżeli zaś w tych okolicach zdarzają się pojedyncze wypadki zimnicy, to trzeba przyjąć, że grzybki albo samoistnie (autochton) się tutaj rozwijają, albo, co więcej prawdopodobne, bywają tu занiesione z sąsiednich zimniczych miejscowości. — Miejscowości znów, które nie przedstawiają wcale wyżej wymienionych warunków, niezbędnych dla rozwoju grzybków zimniczych, wtedy tylko bywają nawiedzane zimnicą, kiedy pod wpływem rozmaitych wypadkowych czynników, warunki te w nich się wytwarzają.

Wypadkowe czynniki mają charakter meteorologiczny, klimatyczny lub telluryczny.

a) Do pierwszych należą:

Rosa. Ma ona znaczenie przy powstawaniu zimnicy głównie dla tych stron, które, jak Campagna di Roma, oazy Sachary, pustynie zachodniej Ameryki, są stosunkowo suche — utrzymuje je bowiem nocą w takim stopniu wilgoci, jaki jest potrzebny do rozwoju zimniczych grzybków.

Deszcz Deszcz wpływa na częstość wypadków zimnicy niejednakowo, co zależy od gruntu na który pada. Jeżeli grunt tak jest wilgotny sam przez się, że już więcej wody przepuszczać nie może, to nieznaczne deszczowe opady w takich stronach mają wpływ dodatni na powstawanie choroby, obfite zaś ujemny, ponieważ pograżają grzybki pod wodą i czynią niedostępnym działanie tlenu powietrza.

Jeżeli grunt jest suchy, to równe pod tym względem znaczenie mają nieznaczne, jako też i obfite opady, przytem pierwsze daleko większe, ponieważ ostatnie tamują na czas krótki dostęp tlenu.

Najmniejszy wpływ na powstawanie zimnicy mają opady w tych krajach, gdzie grunt, chociaż sam przez się wilgotny, może jednak przepuszczać jeszcze wodę (np. gliniasty grunt Wschodniej Fryzyi). Tu bowiem zupełnie zatamowany jest dostęp powietrza.

b). W y p a d k o w e c z y n n i k i
k l i m a t y c z n e.

Ciepłota. W strefach umiarkowanych ilość wypadków zim-

nicy zwiększa się z nastaniem ciepła, w krajach zaś zwrotnikowych i podzwrotnikowych zimnica nierównie częściej panuje i w najbardziej złośliwych przebiegach — ztąd wniosek, że ciepłota gra wielką rolę w powstawaniu zimnicy. Sprzyja ona bezpośrednio rozwojowi grzybków, dostarczając im przy parowaniu i schnięciu gruntu nowych ilości tlenu, lub też w miejscowościach stosunkowo suchych — utrzymuje powierzchnię ich w stanie wilgoci, wywołując szybsze parowanie zawartej pod powierzchnią wody.

Ilość wypadków zimnicy, jak z tego wnosić możemy, stoi w prostym stosunku do stopnia wilgoci i ciepła w danych okolicach. — Związana ona jest według zdania Hirscha nie ze średnią temperaturą roku, a ze średnią ciepłotą lata. Granicę zimnicy stanowi isotera 15° C. (12° R.) Kraje, w których średnia temperatura lata nie osiąga 15° C., są wolne od zimnicy. Grzybki więc zimnicze, chociaż posiadają wielką siłę przystosowywania się do różnych zmian ciepłoty, jednak w północnej półkuli mogą się pomyślnie rozwijać tylko wtedy, kiedy ciepłota osiąga 15° C. Ażeby wytłomaczyć sobie epi- i pandemiczne rozprzestrzenianie się zimnicy w stronach zupełnie wolnych od niej, musimy przyjąć za zasadę, że przed pojawieniem się w nich epidemii całe tygodnie padał tam ulewny deszcz, po którym nastąpiło znaczne podwyższenie ciepłoty.

Maximum i minimum częstości wypadków zimnicy w rozmaitych porach roku bywa różne, stosownie do klimatu.

1. W strefach umiarkowanych mamy dwa maxima częstości wypadków zimnicy; jedno z nich przypada na wiosnę, drugie na jesień; w lecie częstość się zmniejsza, a w zimie dochodzi do minimum.

2. W krajach podzwrotnikowych maximum zaczyna się w lecie i ciągnie się do samej zimy, minimum przypada na wiosnę i zimą.

3. W krajach zwrotnikowych, gdzie zimy prawie nie ma, panowanie zimnicy ściśle związane jest z porą deszczową.

Widzimy ztąd, że podczas gdy w strefach zwrotnikowych i podzwrotnikowych podniesienie częstości wypadków zimnicy stoi w prostym stosunku do ilości opadów — w strefach umiarkowanych czynnik ów małe lub żadnego nie ma znaczenia, a dwukrotne podniesienie w tych krajach zależy li tylko od stanu ciepłoty (Wenzel).

Krzywa częstości wypadków zimnicy, przedstawiona przez autora (wypadki spostrzegane w porcie Wilhelma w czasie od Kwietnia 1878 r. do Marca 1879 r. włącznie) ma przebieg taki: Poczynając od Kwietnia podnosi się w górę, w Maju osiąga 1-go maximum, w Czerwcu i Lipcu opada, zaczynając od Sierpnia znowu się podnosi, aby w Październiku osiągnąć drugiego maximum, w Listopadzie i Grudniu opada, a w Styczniu zniża się do minimum, odkąd znowu dąży w górę.

Wiatr i jego kierunek gra także znaczną rolę przy powstawaniu zimnicy. Wiemy, że stan ciepłoty i wilgoci danych miejscowości w części zależy od kierunku wiatru. Z drugiej znów

strony ciśnienie powietrza bezpośrednio wpływa na parowanie wody z dolnych warstw ziemi i na wentylację znajdujących się w niej gazów. Razem zaś z gazami z górnej powierzchni ziemi unoszą się w powietrze i mikroby zimnicze.

Chemiczne działanie światła ma wielkie znaczenie jak dla wszystkich roślin wogóle, tak i dla tych małych organizmów roślinnych, w których szukać musimy specyficznej przyczyny zakażeń. Mikroby zimnicze potrzebują dla swego rozwoju więcej działania chemicznego światła, niż ciepła, ponieważ, jak często zauważyć było można, w zimie podczas długo trwających mrozów zdarzają się liczne wypadki zimnicy.

c). Wypadkowe czynniki telluryczne.

Mogą być naturalne i sztuczne. Do pierwszych należą: wylewy rzek i mórz i trzęsienia ziemi. Wylewy stosownie do jakości gruntu, rozmaity wpływ wywierają na powstawanie zimnicy. Jeżeli zalany grunt był zupełnie suchy, to nabiera on w czasie wylewu oznaczonego stopnia wilgoci i mikroby zimnicze mają wtedy odpowiednie dla swego rozwoju warunki, tem bardziej, że wylewająca woda pociąga za sobą resztki roślinności, które, jak wiemy, pyszny stanowią pokarm dla tego rodzaju grzybków.

Jeżeli zaś zalaniu ulegną grunta istotnie wilgotne, to stają się one bezpiecznymi dla tego, że woda na powierzchni ich tamuje dostęp tlenu powietrza. Trzęsienia ziemi wywracając dolne wilgotne jej warstwy na wierzch, czynią ją tem samem dogodną dla rozwoju grzybków, tem bardziej, jeżeli, jak to często się zdarza, połączone bywają z wylewami.

Do sztucznych wypadkowych czynników tellurycznych, powodujących powstawanie zimnicy, należą: uprawa ziemi po wyrąbaniu lasów (jak to zauważono przy uprawie dziewiczej ziemi w Północnej Ameryce i przy uprawie w 1866 roku wysp Reunion i Maurycego); dalej zakładanie portów, przeprowadzanie kanałów, kolei żelaznych i innych dróg sztucznych—wogóle wszelkie prace, które wymagają poruszenia dość znacznych obszarów ziemi na większej lub mniejszej głębokości.

Rozebrawszy główne warunki i wypadkowe czynniki, powodujące powstawanie zimnicy, autor zastanawia się nad dwoma pytaniami:

1) *jakim sposobem grzybek zimniczy dostaje się do organizmu ludzkiego?* i

2) *na jak daleką przestrzeń może być przeniesiony?*

Grzybki według niego dostają się do organizmu z powietrza przy oddychaniu—zdanie to przyjmuje większa część uczonych, mniej liczni dowodzą, że grzybki dostają się razem z wodą. Zważywszy jednak na to, że gdy pijemy wodę, to także i oddychamy, i, że dla większej części grzybków (np. lasecznik grzyźliczy) dowiedziono, że dostają się one z powietrza, racjonalniej będzie przyjąć ten sposób dostawania się grzybków zimniczych. Trudniej odpowiedzieć na drugie pytanie. Hirsch mnie- ma, że grzybek zimniczy może być przeniesiony tylko na bar-

dzo niedalekie dystanse, gdy tymczasem autor sądzi zupełnie inaczej, opierając się na następującym fakcie.

W końcu Października 1879 roku wyjechał on na okręcie „Frya” z portu Wilhelma i po krótkim odpoczynku w portach Plymouth i Madeira zawinął do Montevideo w Grudniu; tu stał 6 tygodni, a potem udał się do Valparaiso — chociaż w tym porcie odpoczywano 3 dni, to jednak urlopów na ląd nie dawano, a okręt zatrzymał się w bardzo wielkiej od brzegu odległości. 15-go Marca 1880 roku autor przybył do peruańskiego portu Arica. Załoga okrętu składała się z 250 silnych ludzi. — W pierwszych miesiącach po wyjeździe z portu Wilhelma nikt nie chorował na zimnicę. Ponieważ w Montevideo zimnica rzadko tylko się zdarza, a w Valparaiso z powodu wyżej wzmiankowanych okoliczności trudno byłoby przypuścić, by na okręt dostać się mogła, więc gdy 8-go Kwietnia 1880 roku zdarzył się 1-szy na okręcie wypadek zimnicy, a od 15-go — 17-go dziewięć innych, z zupełnie nowym, dotąd przez autora niewidzianym przebiegiem — to samo przez się rozumie się, czynił on te wypadki zależnemi od zarazka, unoszącego się w okolicach Afryki. Okręt stał w odległości najmniej dwóch mil morskich od brzegu, a że urlopów na ląd nie dawano, ztąd wniosek, że zarazek zimniczy na taką przestrzeń z łatwością przy pomocy wiatru mógł być zaniesiony.

O k o l i e c z n o ś c i , u ł a t w j a j a c e z a k a ż e n i e .

Do nich należą w ogóle wszystkie te czynniki, które osłabiają organizm. Biedna klasa ludzi podlega zimnicy daleko częściej niż klasa bogatsza.

Każdy wiek przedstawia usposobienie do przyjęcia zarazka; najmłodsze dziecko, które chorowało na zimnicę, miało za ledwie 6 tygodni, najstarszy mężczyzna liczył 63 lata; najczęściej jednak zdarza się choroba w wieku średnim.

Mężczyźni częściej jej podlegają, niż kobiety dlatego, że wogóle mają więcej swobodności narażania swego zdrowia. — W wieku dziecięcym za to płeć żeńska większe okazuje usposobienie do przyjęcia zarazka. Obie płci pod względem częstotliwości typów zimnicy jednakowy przedstawia stosunek.

Zimnica często się powtarza; recydywie sprzyjają pewne wewnętrzne i zewnętrzne czynniki; do tej kategorii należą wszystkie choroby zapalnej lub specyficznej natury, które wpływają na wolniejszą przemianę materii w organizmie, — dalej niedostateczne pożywienie lub nadmierne wysiłki w pracy. Do zewnętrznych zaś czynników należą: wszelkie wzruszenia gwałtowne, uszkodzenia różnego rodzaju, osobliwie u mężczyzn, u kobiet — okres miesiączkowania, u dzieci — ząbkowanie.

Zważywszy to wszystko, dochodzimy do przekonania, że pomiędzy układem nerwowym z jednej, a procesem zimniczym z drugiej strony ścisły panuje związek. Każde naruszenie równowagi organizmu pociąga za sobą nie tylko powrót choroby, ale wpływa na występowanie każdego pojedynczego paroksyzmu. Takie naruszenie równowagi organizmu zwykle bywa

w czasie naruszenia równowagi atmosferycznej. Nietylko takie zjawiska meteorologiczne, jak burza, deszcz, zmiana wiatru etc., ale nawet normalne wahania temperatury w ciągu jednego dnia, potwierdzają wyżej przytoczone zdanie. Wenzel podaje, że częstość paroksyzmów zimnicy stale się zmniejsza około południa i w nocy, i, że mniejsza lub większa ilość paroksyzmów w pojedynczych dnia godzinach stoi w prostym stosunku do stopnia wahanja temperatury. Co do częstości paroksyzmów w różnych porach dnia, autor przedstawia następujące dane, zebrane podczas ścisłej obserwacji 2,078 wypadków zimnicy.

1. Najmniejsza ilość napadów zimnicy przypada w ciągu dnia na godzinę 11—12 w południe; od tej godziny roczna krzywa występowania napadów wskazuje dwa podniesienia, z których jedno przypada na 9—10 g. ranną, drugie na 1-szą popołudniową godz.

2. Podczas letnich miesięcy (Maj, Czerwiec, Lipiec i Sierpień) podniesienie przedpołudniowe daleko jest większe, niż popołudniowe; podczas zimowych miesięcy (Grudzień, Styczeń) mamy stosunek odwrotny.

3. W tych miesiącach, w których przed i popołudniowe wahania temperatury w przybliżeniu są sobie równe (Październik, Listopad, Luty Marzec) podniesienie przedpołudniowe różni się popołudniowemu.

4. Miesiąc Kwiecień i Maj dziwny pod tym względem wykazują stosunek. Pomimo że i w tych miesiącach wskazania temperatury mało się od siebie różnią, ilość paroksyzmów zimnicy przed i po południu, ma się jak 3 : 1.

Wytłomaczyć można ten stosunek tem, że grzybki zimnicze w tych miesiącach, jak w ogóle każda roślina, szybciej się rozwijają, a ztąd i napad prędzej powstaje.

5. Ilość napadów zimniczych w nocy stale jest mniejsza, niż we dnie, a pojedyncze miesiące pod tym względem mało od siebie się różnią.

Częstość napadów zimnicy przed i po południu w różnych jej typach nie jednakowe się przedstawia. Podczas gdy w typie trzeciazkowym częstość napadów przed i po południu ma się w Lipcu i Czerweu jak 4 : 1, w Maju jak 8 : 1, a w grudniu i Styczniu jak 1 : 2, to jest ściśle odpowiada wyżej wymienionemu prawu: że w ciepłych miesiącach częstsze są napady przed południem a w zimnych po południu, — [to w typie codziennym prawo to znacznym ulega zmianom; i tak w Marcu, Kwietniu; Maju i Czerweu stosunek napadów przed i po południu = 1 : 1, w Lipcu i Sierpniu gdzie spodziewaćbyśmy się mogli napadów rano częściej, niż po południu, dochodzą one zaledwo do połowy popołudniowych.

Toż samo mamy we Wrześniu i Październiku. Tymczasem w Listopadzie, Grudniu, Styczniu i Lutym stosunek ten w zupełności odpowiada powyższemu prawu, to jest popołudniowe napady są częstsze. W czwartaczce znowu napady przed południem mają się do popołudniowych w jesiennych miesiącach jak 1 : 1, w zimowych jak 1 : 2.

Z powodu że w różnych typach zimnicy mamy niejednakowy stosunek częstości napadów jej rano i po południu, wnosić możemy, że naruszenie równowagi atmosferycznej i warunkowane przez nie naruszenie równowagi organizmu nie samo jedno określa czas występowania napadu, ale ma tu znaczenie i trzeci czynnik, a tym jest niejednakowo długi w różnych typach zimnicy okres rozwoju genetycznego jej momentu resp. grzybka zimniczego.

Charakterystyczną cechą malaryi jest różnorodność jej form. Żadna inna zakaźna choroba w przebiegu swoim u jednej i tej samej osoby nie przedstawia tylu rozmaitych zmian, co zimnica, nie mówiąc już o formach zależnych od wpływu klimatu.

Przyczyny tego dopóty jasno wytłumaczyć sobie nie będziemy w stanie, popóki nie poznamy grzybka zimniczego. — Wenzel utrzymuje, że grzybek ten wskutek zmiany warunków, w których się rozwija, może być zmodyfikowanym w ten sposób, że raz działanie jego będzie silniejsze, drugi zaś słabsze. — Ze tak jest prawdopodobnie, za tem przemawia długość okresu inkubacji. Według zdania Wenzla powinna ona być w odwrotnym stosunku do siły przyczynowego momentu, to jest tem krótsza, im grzybek jest silniejszy. Minimalny okres inkubacji dla zimnicy spostrzeganej w porcie Wilhelma, równał się 14-tu dniom, w krajach zwrotnikowych 5 — 10 dniom, a autor na okręcie „Freya“ w Panamie zauważył okres, który ciągnął się zaledwo 36 godzin. Złośliwość i typ zimnicy może być również przypisany silniejszemu działaniu grzybka. W krajach zwrotnikowych mamy napady cięższe, z krótkimi przestankami w postaci f. remittens, w umiarkowanych — lżejsze. Częstość typów zimnicy stosownie do miejscowości stała wykazuje różnicę. Podczas gdy np. we Wschodnich Indyjach Holenderskich najczęstsze są typy: zimnica codzienna i trzeciaczka, to na wyspie Reunion daleko częściej mamy f. remittens.

Oprócz mniejszej lub większej siły grzybka na formę i przebieg zimnicy bez wątpienia wpływają jeszcze: stan organizmu podczas zakażenia, okoliczności zewnętrzne (jak np. zmiana klimatu), dalej usposobienie pewnej osoby do tego, a nie innego typu zimnicy.

Istota zakażeń zimniczych.

Wszystkie postaci zimnicy podzielić można na dwie główne grupy: na czysto typowe zakażenia i na zakażenia powikłane.

Do pierwszych należą: gorączka przepuszczająca i gorączka zwalnająca. Najwybitniejszy objaw w przebiegu tych postaci stanowi gorączka. Istota zaś gorączki według obecnego stanu naszych wiadomości, polega na podrażnieniu narządów nerwowych, regulujących ciepłotę. Otóż prawdopodobnie jest, że grzybek zimniczy dostawszy się do krwi, drażni narządy nerwowe rdzenia, resp. ośrodki leżące w rdzeniu przedłużonym; im szybciej grzybek się rozwija, tem szybciej występują objawy zimnicy i tem szybciej jeden napad następuje po drugim. Ja-

ko potwierdzenie tego założenia może służyć okoliczność, że w krajach zwrotnikowych i w strefach umiarkowanych podczas lata daleko częstsze bywają wypadki gorączki zwalniającej, podczas gdy f. quartana panuje przeważnie w zimie. — Oprócz gorączki na zajęcie ośrodków nerwowych rdzenia w przebiegu zimnicy wykazują i inne jej objawy: bóle ciągnące się w kierunku stosu pacierzowego, właściwe napadom uczucie zimna, trudne do określenia, a mające siedlisko swoje w wyższych częściach rdzenia, dalej uczucie ciężenia i łamania w górnych, osobliwie zaś w dolnych kończynach, a ztąd trudny chód i prędko następujące zmęczenie. Wszystkie te objawy łatwo wytłumaczyć można zajęciem ruchowych jako też i czuciowych kolumn mlecza.

Druga kategoria objawów zimnicy zależy od zmian, które powstają w tej chorobie we krwi. Ilość jej w organizmie zmniejsza się, a stosunek czerwonych ciałek do białych zmienia się na niekorzyść pierwszych.

Najlepiej zauważyć to można w stanach charłactwa zimniczego, a potwierdzeniem tej zmiany w składzie krwi służyć może obrzmienie śledziony. Występuje ono w trojaki sposób: a) przychodzi powoli, nieznacznie, u osób dotychczas zupełnie zdrowych, lub też użalających się na ogólne dolegliwości takiej natury, że trudno przypuścić, byśmy mieli do czynienia z zakażeniem zimniczem, — b) albo stanowi jeden z najpierwszych objawów, które pobudzają chorych do szukania stosownej pomocy z powodu bólów, rozprzestrzeniających się ztąd na pierś, brzuch i plecy; c) albo występuje w czasie napadu zimnicy; bez wątpienia jednak było ono i przed napadem, tylko nie zdradzało się żadnym przykrem uczuciem.

Jakkolwiek wielkiem by było obrzmienie śledziony, bezkrwistość nie zawsze jest w prostym do niego stosunku. Nawet bardzo duże obrzmienia śledziony przy stosownem leczeniu znikają; jeżeli zaś ich nie leczymy to mogą pozostać na długo nie wywołując żadnych zaburzeń w organizmie. Wprawdzie Unterberger w czasie ostatniej wojny spostrzegał w Dobruczy jeden wypadek, w którym po trzecim napadzie zimnicy zmiany w śledzionie i we krwi tak się rzucały w oczy, że uważał je za główną przyczynę złośliwej i często śmierć powodującej choroby. — Gdyby tak było rzeczywiście, to musielibyśmy przyjąć we wszystkich wypadkach zimnicy złośliwej obrzmienia śledziony jako główny objaw, — tymczasem w krajach zwrotnikowych rzadko zauważyć je można w przebiegu choroby, a większa część autorów zgadza się na to, że one bywają właściwym objawem przewlekłej formy. Dla czego obrzmienia nie występują w krajach zwrotnikowych?

Żeby sobie wytłumaczyć: autor dowodzi, że grzybek zimniczy działając drażniąco na śledzionę, wtedy tylko wywołuje jej przerost, kiedy organizm ma wiele siły i może znaczny stawiać grzybkowi opór. U młodych organizmów i zdrowych zawsze, w czasie choroby mamy obrzmienie śledziony, u starych zaś rzadko. A że w krajach zwrotnikowych odporność organi-

zmu jest stale zmniejszoną, to nic dziwnego, że i w największej złośliwych postaciach zimnicy brakuje przerostu śledziony.

Istota zimnicy, jak widać z powyższego, polega 1-mo na zajęciu ośrodków nerwowych, 2-do na zmianach we krwi, wywołanych zgubnem działaniem grzybka.

Zimnicę tajemnicie przebiegającą w postaci nerwobólów zalicza autor na mocy swoich wywodów do *κατ' ἐξοχήν* zakażeń zimniczych, powikłane zaś formy zimnicy, jakoto *f. remittens biliosa* i *f. remittens haemorrhagica* uważa 1-szą za zwykłą postać zimnicy z tą różnicą, że mamy tu zajęcie wątroby, spowodowane silnem gorączem (ta postać zdarza się najczęściej w krajach zwrotnikowych), 2-gą za następstwa długotrwałej zimnicy resp. charłactwa zimniczego.

St. Zagowski.

167. А. Н. ДМИТРИЈЕВ. **Zimnica i sprawy zapalne charłakteru zimniczego.** (О малярии и малярийно-воспалительныхъ процессахъ). Медич. Сборникъ. Тифлисъ 1886 г.

Z całego szeregu spostrzeżeń czynionych nad istotą zarazka zimnicy wiemy dotychczas tylko to, że zarazek ten nie jest zdolny do przechodzenia z jednego organizmu na drugi (dobrowolnie, przyp. Red.). Winogradow i Andrzejewski, zastanawiając się nad pytaniem, jakim sposobem i na jakie narządy działa najprzód ten zarazek, przyszli do wniosku, że istota zimnicy polega na *zajęciu układu naczyniowego*. Zajęcie ty ujawnia się 1-mo przez *niedokładność czynności tego układu (angioneurozy)*; 2 do przez *zaburzenia w odżywianiu ścian naczyń*. Objawy ta stoją w ścisłym związku z *zaburzeniami sympatycznego układu nerwowego*; wszystkie zmiany w organizmie przy zimnicy powinny być uważane jako skutek zaburzeń tego ostatniego układu.

Zmiany anatomiczne, spotykane podczas długotrwałych gorączek zimniczych, lub przy charłactwie zimniczem są zupełnie podobne do zmian, zachodzących w tkankach wskutek drażnienia naczynio-ruchowych nerwów. Lewaszew drażnił za pomocą wszywania nitki umaczanych w kwasie siarczanym nerw kulszowy i po przeciągu kilku tygodni, a nawet miesięcy, badał wszystkie naczynia kończyny, nie wykluczając najmniejszych gałązek. Na oko już zauważyć można było węzły na naczyniach stopy, — drobnowidz zaś pokazał, że media w naczyniach zniknęła, a adventitia i intima zrosły się, tworząc błonę nie sprężystą. We wszystkich innych tkankach kończyny autor zauważył znaczny rozrost tkanki łącznej.

Te same zmiany mamy i przy zimnicy, z tego powodu Winogradow sądzi, że pod względem anatomo-patologicznym proces zimniczy jest najwięcej zbliżony do syfilisu.

W ciągu charłactwa zimniczego często postrzegano zapalenia różnych organów i neuralgje. Ażeby objaśnić to zjawisko, zwróćmy uwagę na ten fizjologiczny fakt, że drażnienie nerwu czuciowego zawsze wywołuje dwojaki skutek: 1-mo ogólne — pobudzenie wszystkich naczynioruchowych nerwów t. j. zwięźlenie wszystkich małych naczyń naszego ciała; 2-do miejscowy — rozszerzenie naczyń w okolicy drażnionego nerwu. Ponieważ jak przy pierwotnem tak i przy wtórnem charłactwie zim-

niez sympatyczny układ nerwowy podlega *ciągłemu drażnieniu ze strony zarazka*, to nie dziwnego, że każdej chwili w jednym lub innym organie może na dłuższy czas ustać działanie nerwów naczyniowych (atonia) z następnymi objawami czynnego miejscowego przekrwienia. Najmniejsze więc podrażnienie tego lub innego organu w czasie charactwa zimniczego może się skończyć jego zapaleniem.

Z drugiej znowu strony każde zapalenie w ciągu zimnicy może stać się powodem miejscowego przekrwienia. To też zapalenia takie mają inny przebieg i skutki, i dla odróżnienia od zwykłych procesów zapalnych winny być nazywane zapaleniami zimniczemi. Przebiegają one szybciej i wywołują głębsze zmiany w tkankach.

Autor przedstawia własne spostrzeżenia potwierdzające istnienie i znaczenie tego rodzaju zapaleń. Miejscowość w której je czynił, należy do średnio zimniczych miejscowości. Przez lat 4 (1880 — 1884) w szpitalu znajdowało się 7,500 chorych, z których 50% chorowało na zimnicę. Wpływ zakażenia zimniczego na przebieg innych chorób jest bardzo wielki. Podczas epidemii i tyfusu brzuszego np. śmiertelność była znaczna a przyczynę jej stanowiły krwotoki i przedziurawienia kiszki z następczem zapaleniem otrzewnej. Zmiany zimnicze naczyń kiszkowych wywierają wpływ swój nietylko w tyfusie, ale podczas każdego rozwolnienia — w stolcach wtedy znajdujemy krew, tak, że choroba przedstawia zupełny obraz biegunki krwawej z tą różnicą, że środki stosowane przeciw niej nie odnoszą pożądanego rezultatu, środki zaś skierowane przeciw zimnicy usuwają biegunkę od razu. Zmiany zimnicze wywierają także szkodliwy wpływ na wysysanie się wysięków. W wielu wypadkach autor nie mógł się doczekać wessania najmniejszych nawet surowicznych wysięków w jamie opłucnej. — Liczne sekcye potwierdziły w zupełności zdania Andrzejewskiego i Winogradowa, że zmiany anatomiczne w przebiegu zimnicy polegają głównie na rozwoju tkanki łącznej.

St. Zagowski.

168. **WOINOW. Znaczenie dołów, pozostałych po wykopaniu gliny, w etiologii zimnicy.** О значении очистей въ этиологии болотныхъ лихорадокъ. Врачъ. N. 9, 11, 13, 16. 1886.

Boudin zauważył, że nie wszystkie w ogóle błota mają znaczenie przy powstawaniu zimnicy; w krajach zwrotnikowych możemy znaleźć obszerne błotniste okolice zupełnie od niej bezpieczne, np.: Nowa Kaledonija, wyspy Taiti, miasto Meksyk. W Europie najlepszy pod tym względem przykład przedstawia Marsylja.

Są więc błota *szkodliwe* i *nieszkodliwe*. Jakąkolwiek by była istota zarazka zimniczego, niewątpliwem jest to, że zarazek ten znajduje się w *ziemi*, a nie w wodzie.

Wpływ sztucznego poruszenia warstw ziemi wielokrotnie przez rozmaitych badaczy został stwierdzony. Zakładanie portów, przeprowadzanie kanałów, uprawa dziewiczej ziemi, wszystkie te roboty zwykle połączone bywają z licznymi wypadkami zimnicy w danych miejscowościach.

Wedle zdania większości uczonych, najwięcej wpływa na powstawanie zimnicy poruszenie warstw gruntu gliniastego. — Boudin zauważył to w departamencie Rodanu, w Grecyi, Algeryi, Zelandyi i na Węgrzech. Znakomity botanik Linneusz czynił zimnicę zależną od wdychania pyłu gliniastego.

Autor, lekarz jednego z okręgów powiatu petersburgskiego, zebrał przez lat 4 (1881—1884) 337 wypadków zimnicy. — Najwięcej chorych było w wieku od 20—40 lat; wiek od 0 do lat 5 był wolny od choroby; zaś od 5 lat do 15 zauważono tylko 4-ry jej wypadki. — Wszyscy chorzy należeli do klasy robotników, rodzaj zajęcia na fabrykach ma pewne znaczenie dla rozwoju choroby; nie ulega wątpliwości, że robotnicy często przynoszą ze sobą zimnicę z oddalonych miejscowości. — Na podstawie zebranego przez siebie materiału autor dochodzi do wniosków: 1-mo, że nie wszystkie doły, powstałe po wykopaniu gliny mogą mieć wpływ na powstawanie zimnicy; 2-do, że prace około ziemi, same przez się, bez istnienia w danej miejscowości błot, mogą wywołać zimnicę; 3-tio, glina przedstawia odpowiedni bardzo grunt dla rozwoju choroby; 4-to, robotnicy kopiący ziemię częściej podlegają chorobie niż inni.

Jak odróżnić doły szkodliwe od nieszkodliwych i jakim sposobem zabezpieczyć się od pierwszych? Jeżeli dół jest głęboki, to roślinne pierwiastki pokryte warstwą wody są niedostępne dla działania promieni słonecznych i powietrza — rozkładu nie ma, a więc dół pozostaje bez wpływu na powstawanie choroby. Jeżeli zaś głębokość dołu dosięga zaledwo $\frac{1}{4}$ lub $\frac{1}{2}$ łokcia, to cała roślinność podlega działaniu promieni słonecznych i powietrza, gnije, a tym sposobem sprzyja rozwojowi zarazka zimnicy. Wpływ tych ostatnich dołów będzie tem szkodliwszy, im one są obszerniejsze. Usunąć ten wpływ można przez osuszenie i zasypanie. Osuszenie powierzać trzeba ludziom fachowym i doświadczonym, ponieważ mamy niezbite dowody, że niedostateczne i w nieodpowiednim wykonywane czasie osuszanie błot miało fatalne skutki.

W 1805 roku w Bordeau zajęto się letnią porą osuszeniem błota la Chartreuse; 12,000 ludzi uległo ciężkim wypadkom zimnicy, a z nich 3,000 poniosło śmierć (Colin). Thiou de la Chaume opowiada, że Arabowie chcąc się pomścić za krzywdy doznane od mieszkańców Bassory, zasypani rzekę — w rezultacie zjawiała się ciężka epidemija zimnicy, która uniosła 12,000 do 14,000 ludzi. — 1748 roku podczas wojny o tron Holandyi, mieszkańcy tego kraju dla własnej obrony zatopili całe królestwo. W początku lata zjawiała się tak straszna epidemija zimnicy, że rząd na jesieni znowu nakazał zatopić państwo.

Laveran, twierdzi, że jeżeli osuszenie przeprowadzone jest źle i niezupełnie, to epidemije zimnicy zamiast żeby zniknąć, zwiększają się jeszcze. — Osuszenie nie przedstawia jedyne go środka w celu zniesienia zgubnego wpływu błota; hygiena opisuje jeszcze dwa inne środki: 1) sadzenie roślin pochłaniających wodę, jak eucalyptus i inne i 2) zamiana błota w głęboki staw.

St. Łagowski.

169. C. GIRAUDEAU. **O mocznicy.** *Arch. gen de med.* Janvier et Fevrier. 1886.

Niektórzy autorowie oznaczają nazwą mocznicy zbior objawów klinicznych, zagrażających w przebiegu choroby Brighta życiu chorego, zjawiska zaś mniej ważne, jak zбочenia wzroku, ból głowy i t. p., nazywają objawami poprzedzającymi. — Każda osoba, której nerki źle funkcjonują, niedostatecznie wydziela substancyje, wytwarzające mocz w stanie zdrowym. — Nagromadzenie wytworów szkodliwych we krwi odbywa się powoli, lecz postępowo; z początku nie wystarczają one do wywołania śpiączki, drgawek, lecz ilość ich jest dostateczna, by powstały objawy łagodniejsze, które również jednak będą skutkiem mocznicy, jak i pierwsze. W obu dwóch przypadkach mocznica już istnieje, objawia się tylko rozmaicie, co zależy od mniejszej lub większej ilości substancyj szkodliwych we krwi.

Znaczenie rozpoznawcze początkowych objawów mocznicy jest dość ważne; w ostatnich czasach Dieulafoy opisał kilka nowych, dotychczas nieznanych. — Do nich należą zбочenia słuchowe podczas choroby Brighta, zasadzających się na dzwonienu, świstaniu w uszach, mniejszej lub większej głuchocie. Zбочenia te występują w pewnych tylko godzinach lub pozostają stałe, zjawiają się we wszystkich okresach i we wszystkich postaciach zapalenia nerek. Niekiedy są one bez bólu, w wielu zaś razach towarzyszą im nerwobóle twarzowe lub bóle w głębi ucha. Często powstają one po stronie twarzy obrzękłej. — Badania Ladreit de Lacharière wykryły przytem rozmaite zmiany: naddarcia błony bębenkowej, unaczynienie lub stwardnienie tej błony, nie mające zresztą nic charakterystycznego.

Dieulafoy zwrócił niedawno (1882 r) uwagę na nowe trzy objawy dość częste w przebiegu zapalenia nerek, które istnieją jednocześnie lub też oddzielnie, a dotychczas nie były spostrzegane. Najważniejszy objaw nazwany przez niego *pollakiuria*, zasadza się na konieczności częstego oddawania moczu; pomimo to całodzienna ilość moczu nie jest większą od normalnej. Tem różni się *pollakiuria* od *poliuryi*, a brak ropy w moczu służy do odróżnienia tego objawu od częstego oddawania moczu przy cierpieniach pęcherza. Objaw ten występuje niekiedy dość wcześnie i może służyć do rozpoznawania cierpienia nerek, częściej jednak zdarza się w okresie dość posuniętym, najprzód w nocy, później i we dnie. Zwykle mocz wydziela się bez bólu, chociaż u niektórych kobiet na końcu każdego oddawania moczu powstaje dość bolesne parcie, wskazujące na udział w sprawie szyjki pęcherza.

Drugim objawem spostrzeganym przez Dieulafoy jest uczucie t. zw. *martwego palca* (*doigt mort*). Ograniczone tylko do gornych kończyn, może się ono powtarzać wielokrotnie w ciągu jednego dnia; zjawia się jednocześnie w symetrycznych miejscach i przechodzi bez bólu. Soyer opisał 21 przypadków analogicznych, do czego dołączył opis dwóch wypadków, w których ten objaw doszedł do najwyższego natężenia w postaci syme-

trycznej zgorzeli kończyn (Debove i Roques). Przyczyną tego naczynioruchowego objawu jest bezwątpienia zanieczyszczenie krwi zatrzymaniami produktami wydzielniczymi.

Swędzenie, jako objaw mocznicowy, spostrzegany przez Bartelsa i Charcota, zjawia się przeważnie u kobiet w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek, przebiegającego z nieznacznymi obrzękami. Dość łagodne w niektórych przypadkach, w innych staje się straszliwą męczarnią dla chorego. Niekiedy zajmujące całe ciało, częściej ogranicza się do kończyn dolnych ramion, szyi ręki i narządów płciowych. Dieulafoy porównywa je ze swędzeniem przy żółtaczce i sądzi, że zależy ono od podrażnienia zakończeń nerwowych krwią, zawierającą produkty wydzielnicze.

Jednocześnie ze swędzeniem występują na skórze rozmaite wysypki. — *Pokrzywka* (urticaria), spostrzegana przez Rogera, Kaposiego, Duhringa i innych, nie przedstawia nic charakterystycznego dla moczniccy, ponieważ zjawia się i przy innych cierpieniach, połączonych ze swędzeniem. *Różyczka* (roseola — albo erythema papulosa), podług Hueta i Berzeliusa poprzedza na kilka dni zjawienie się objawów groźniejszych moczniccy. Są to plamy wielkości soczewicy lub większe, jasno-czerwone, znikające przy ucisku, zjawiające się najprzód na dłoni, a następnie rozprzestrzeniające się na całym ciele. Wówczas zlewają się one ze sobą, nieco się wznoszą i wydzielają nieznaczną ilość krwistej surowicy. Wysypka ta występuje przeważnie u ludzi z nieznacznymi obrzękami. — Spostrzegano oprócz tego w przebiegu zapalenia nerek i inne objawy skórne, jak: purpura, czeźma, acne (Quinquand, Tilbury — Fox), które mogą zależeć po części od ogólnego charłactwa chorych, po części od wpływów leczniczych, a także od drażniącego działania materij wydzielniczych na naskórek.

Bouchard zwraca uwagę na jeszcze jeden ważny początkowy objaw moczniccy, na zwężenie źrenic myosis. Objaw ten bardzo częsty, prawie z zupełną pewnością wskazuje zbliżenie się objawów wumicznych.

Wśród rozmaitych postaci klinicznych moczniccy, w ostatnich czasach zajmowało się wiele *oblędem moczniczym*. Raymond, Bouvat, Hagen, Dieulafoy i Ribail opisując objawy przejściowe oblędu moczniczego, zwrócili uwagę na szereg zjawisk patologicznych, trwających czas dłuższy. Objawy te, nazwane przez Dieulafoy „folie brightique“ — zjawiają się u ludzi pozornie zupełnie zdrowych i długo przyczyna ich pozostaje ukrytą, jeżeli nie bada się dokładnie moczu.

Stanowią one niekiedy jedyny objaw choroby Brighta, lub też objaw przeważający do tego stopnia, że wszystkie inne pozostają niepostrzeżone. — Oblęd mocznicowy przedstawia się czasami pod postacią manii ostrej z podnieceniem, ruchliwością, bezsennością, wielomównością i t. p. Chory zrywa się ciągle, nie może utrzymać się na miejscu, opiera się, gdy go trzymają, głośno krzyczy; podniecenie zamienia się przygnębieniem, sennością. U wielu chorych objawiają się złudzenia wzroku i słu-

chu; w innych zaś przypadkach przeważają objawy melancholii.

Oblęd mocznicowy trwa od kilku dni do kilku miesięcy; może nagle powstać i odrazu dojść do największego natężenia lub też zjawia się powoli i postępowo.

Rozpoznanie oblędu zależnego od cierpienia nerek jest łatwym, jeżeli zwrócimy uwagę na inne objawy wskazujące chorobę miejscową lub ogólną na rozwój objawów psychicznych, i na czas ich trwania. Oblęd i przy chorobie nerek może zależeć od innej przyczyny nie od mocznicy; często bowiem zapalenie nerek bywa powikłane alkoholicznymi lub innymi zbroczeniami organów, które same przez się mogą wywołać oblęd. Należy więc przed postawieniem rozpoznania oblędu mocznicowego wykluczyć wszystkie inne momenty.

Do ostatnich czasów przypuszczano, że zjawiska mózgowe przy mocznicy są rozlane i nie mogą się umiejscowić, ponieważ zależą od ogólnego zatrucia. Raymond, Chantemesse, Tenneson, Leyden i Lichtenstein dowiedli, że to prawo nie jest ogólnem.

Raymond opisał cały szereg przypadków, w których u ludzi chorych na przewlekłe zapalenie nerek zjawiają się objawy mózgowe (porażenia połowiczne, znieczulenie, drgawki i t. p.), bez miejscowych zmian w mózgu, a zależne jedynie od obrzęku i zbroceń krążenia (przekrwienie lub bezkrwistość), zostających w związku ze zmianami nerek *).

Nietylko pod względem klinicznym wiadomości nasze o mocznicę znacznie się rozszerzyły; patogenija tego cierpienia nie mniej uległa w ostatnich czasach zmianom i dopełnieniom. Teoryje mechaniczne coraz więcej ustępują miejsca chemicznym, pojęcie o mocznicę, jako o wyniku zatrucia przez zatrzymanie we krwi wytworów rozkładu i rozmaitych jądów wytworzonych w organizmie, zyskuje coraz więcej zwolenników. Feltz i Ritter w pracy swej o mocznicę doświadczalnej na zasadzie szeregu doświadczeń przychodzą do wniosku, że moc „in toto“ ma własności trujące, lub zawiera jedną albo więcej substancyj szkodliwych. Objawy śmiertelne nie zależą przytem ani od zwiększenia się ciśnienia wewnątrznaczyniowego, ani od stopnia kwaśności moczu, ani od ilości wody. Z oddzielnych zaś części składowych moczu wstrzykniętych do krwi, objawy toksyczne wywołują tylko sole mineralne, a mianowicie sole potasowe. F, i R. wnoszą więc, że sole potasowe są jedynie czynnikami jadowitemi moczu i że one, zatrzymane we krwi chorych na zapalenie nerek, są przyczyną objawów mocznicę.— Teoryja potasemii Feltza i Rittera zjednała sobie wielu zwolenników (Astaszewski, d'Espine), chociaż wystąpiły też przeciw niej dość ważne zarzuty. Horbaczewski spostrzegł w 3-ch przypadkach drgawek porodowych (eclampsia) i w 2-ch zapalenia nerek mniejszą ilość soli potasowych we krwi niż w sta-

*) P. Kron. Lek. N. 21. 1885, str. 964.

nie normalnym. Gréhan i Quinquand wstrzykując chemicznie czysty mocznik do krwi otrzymali objawy drgawek, kończące się śmiercią po upływie pewnego czasu. Śmiertelna dawka u królika jest 1:151 wagi krwi, a u psa waha się między 1:153, 1:194 i 1:203. Sądzą więc oni, że mocznik jest truciźną, lecz działania trujące występują przy dawkach wyższych, niż zwykle wstrzykiwanych. Mocz jednak in toto jest więcej trującym, niż mocznik, ponieważ 10 grm. mocznika wstrzyknięte do krwi świnki morskiej sprowadza śmierć po 2-ach godzinach 17-tu minutach, a 128 ctm. cub mocz, w którym znajduje się takaż ilość mocznika, sprowadza śmierć po 21 minutach. Objawy więc mocznicowe nie mogą zależeć tylko od zatrzymania we krwi mocznika. Również Debove i Dreyfous przypisują przeważne znaczenie zatrzymaniu mocznika we krwi przy zjawieniu się objawów mocznicy. — Bouchard w najnowszym swem dziele: „Cours de pathologie générale“, znajdującem się obecnie pod prasą, podjął na nowo kwestyję mocznicy, którą wzbogacił niektórymi oryginalnemi spostrzeżeniami. Człowiek zdrowy posiada w organizmie znaczną ilość substancyj trujących, których źródło bywa rozmaite. Po części wprowadza on je z pokarmami, po części są one wynikiem trawienia, przyczem tworzą się w kanale pokarmowym alkaloidy, znane pod nazwą ptomainów. Rozmaite płyny wydzielnicze jak ślina, żółć w stanie normalnym zawierają mocne trucizny, a wreszcie sprawa przemiany materyi odbywająca się wciąż w tkankach, wprowadza po krwi substancyje trujące, pomiędzy którymi sole potasowe zajmują pierwsze miejsce. — Niektóre z tych substancyj zostają wydalone w kale, inne wchłonięte przez błonę śluzową kiszki lub naczynia chłonne i krwionośne zatrzymują się w rozmaitych organach, w których zostają zniszczone (wątroba) lub wydalone (płuca, gruczoły potne, a przede wszystkim nerki).

Doświadczenie wykazało, że wstrzyknięte do żył 50 cub. ctm. mocz normalnego na 1 kilogram wagi, jest dla zwierzęcia zabójczem (ilość ta stanowi to, co Bouchard nazywa *urotoxicum* to jest jednostkę trującą). Ogólna więc ilość mocz wydzielona przez dobę (1200 cub ctm), jest w stanie zabić zwierzę ważące 24 kilogramów. Jeden kilogram człowieka, ważącego około 60 kilogramów wytwarza 60 razy mniej substancyj trujących, to jest tyle ile może zabić 400 grm. zwierzęcia.

Z tego oblicza się koeficyent trujący (coefficient de toxicité) normalnego mocz równający się 1000/400 to jest 0.4. — Koeficyent ten w stanach patologicznych waha się między 2 i 0.25. W niektórych stanach patologicznych wystarcza wstrzyknięcie 12 cent. kub. mocz na 1 kilogram zwierzęcia, by go zabić, a przy zwykłej poliuryi śmierć następuje dopiero po wstrzyknięciu 97 cub. ctm. mocz na 1 kilogram wagi. — Wstrzyknięcie 10, 12, 15 cent. kub. mocz do żył usznych królika, wywołuje najprzód zwężenie źrenic (myosis), oddech staje się prędszym. W miarę zwiększania ilości mocz ruchy zwierzęcia stają się trudniejsze, następuje senność, ilość mocz wy-

dzielanego się zwiększa. Ciężota spada z 39° do 37°, 32°. — Odruchy kolanowe i rogówkowe się zmniejszają, nareszcie następuje śmierć bez drgawek z zachowaniem bicia serca i kurczliwości mięśni. — Wstrzyknięcie moczu patologicznego sprowadza nadto białkomocz i hematuryje; przytem zjawiają się drgawki.

Wstrzyknięcie części składowych moczu, które rozpuszczają się w alkoholu, sprowadza senność, śpiączkę, ciężota jednak ciała i źrenice nie ulegają zmianom.

Natomiast zjawia się obfity ślinotok; wstrzyknięcie zaś części składowych moczu, nierozpuszczających się w alkoholu, sprowadza zwężenie źrenic, upadek ciężoty ciała i drgawki. Należy więc przypuścić, że objawy wytworzone przez wstrzyknięcie moczu, zależą od wielu substancyj, z których jedne rozpuszczają się w alkoholu, a drugie nie rozpuszczają się.

Wogóle podług Boucharda, mocznica jest wynikiem zatrucia przez rozmaite substancyje, z których niektóre tylko są znane. Jest nawet prawdopodobnem, że podobnie jak pod względem klinicznym istnieją rozmaite postacie mocznicy, tak pod względem chemicznym są różne zatrucia, względnie do tego, która substancja została wytworzona z nadmiernej ilości i zatrzymaną we krwi. Bouchard rozróżnia 7 części składowych moczu, wywołujących objawy mocznicy. Mocznik, nagromadzony w większej ilości we krwi, wywołuje zwiększenie wydzielania moczu, a więc i substancyj szkodliwych, z kąd wynika, pozornie paradoksalny wniosek, że mocznica zjawia się najłatwiej wówczas, kiedy we krwi nie ma mocznika.

Z innych części składowych moczu, szkodliwych dla organizmu, jedna jest narkotykiem, dotychczas bliżej nieznanym, organicznym i rozpuszczającym się w alkoholu; inna wywołuje ślinotok, jest również organiczna, znajduje się w wątrobie i w mięśniach w większej ilości, niż we krwi. Dwie substancyje, wywołujące drgawki, nie okazują swego działania przy wstrzyknięciu moczu do krwi, ponieważ substancja narkotyczna w pierw zabija zwierzę, nim one zaczną działać.

Jedna z tych substancyj jest organiczną, druga mineralną (potas). Oprócz tego oddzielne części składowe wywołują zwężenie źrenic i spadek ciężoty.

Przy leczeniu mocznicy *) ważne znaczenie ma mleko, środek zmniejszający wydzielanie żółci i zawierający mało soli mineralnych.

Oprócz tego ogólnie przyjęte leczenie, to jest puszczenie krwi, użycie mleka, naparstnicy i mocznika, zupełnie się zgadza z teorią Boucharda. Jaccoud poleca hydroterapię w postaci natrysków w początku gorących, później zimnych i wzięwanie tlenu w ilości 30 litrów na dobę. — Dieulafoy stosował przy mocznicy przelewanie krwi i spostrzegł chwilowe znikanie objawów mocznicy.

M. Hopfenblum.

*) P. Kron. Lek. N. 23. 1885, str. 1078.

170. OSTHOFF. **Przyczynek do nauki o drgawkach porodowych i mocznicy.** Beiträge zur Lehre von der Ecclampsis und Uraemie. *Volkman's Sam. Klin.* N. 266.

Chociaż w większej części przypadków jednocześnie z eklampsyją występują ilościowe i jakościowe zmiany moczu, to jednak autor nie zgadza się ze Spiegelbergiem, aby dla rozpoznania eklampsyi objawy nerkowe były koniecznie wymagalne. Pierwotną przyczyną powstawania zmian w nerkach, jakie widzimy u ciężarnych, jak również przy eklampsyi, jest podrażnienie zakończeń n. trzewiowego (n. splanchnicus). Podrażnienie to, powstałe wskutek rozrostu i retroinwolucyi macicy podczas ciąży i porodu, może rozszerzyć się na nerwy sąsiednich organów, przedewszystkiem na nerwy zwięzające światło naczyń w nerkach, z kąd powstaje niedokrwiistość i zwyrodnienie korowej substancyi nerek. Innym razem podrażnienie n. trzewiowego, zwłaszcza podczas porodu, może przenieść się na ośrodek naczynioruchowy w rdzeniu przedłużonym. Ztąd powstaje zwężenie małych tętnic, a w tej liczbie i tętniczek mózgu. — W pierwszym przypadku objawy nerkowe, jakoto białkomocz, zmniejszenie ilości moczu, będą towarzyszyły lub poprzedzały drgawki, albo też sprawa cała może się ograniczyć objawami nerkowymi bez wywoływania eklampsyi. — W drugim razie objawów nerkowych może nie być zupełnie ani przed, ani podczas napadu. Rozumie się trzeba tu wziąć pod rachubę zwiększoną wrażliwość układu nerwowego kobiety podczas ciąży i porodu, zwłaszcza też pierwiastek. — Autor zgodnie ze zdaniem Conheima widzi analogiję między omawianem cierpieniem i zatruciem łożowem, co potwierdza hipotezą.

Podług Naunyna, kolka łożowiana nie jest rezultatem jednostajnego nasycenia organizmu łożowem, lecz nerwicą spłotu kiszkowego, przyczem podrażnienie n. trzewiowego za pośrednictwem ośrodka naczynioruchowego wywołuje zwężenie tętnic i ztąd tętno twarde, napięte. Takież same własności tętna towarzyszą stale drgawkom. v. Wyss podając psom małe dawki łożowiu zauważył po pewnym przeciągu czasu wśród zupełnego zdrowia napady drgawek, które niejednokrotnie kończyły się śmiercią.

Zwężenie światła naczyń, wzmoczenie ciśnienia tętniczego, przerost serca i t. d., jakie rozmaici badacze uważali za przyczynę powstawania mocznicy, są zdaniem autora, wraz z objawami mózgowymi mocznicy, tylko pojedynczemi, ściśle złączonymi ogniwami jednego łańcucha, którego podstawą przyczynową jest podrażnienie ośrodka naczynioruchowego, wywołane na drodze odruchowej przez zmiany zapalne w naczyniach nerkowych. Podrażnienie ośrodka naczynioruchowego wywołuje zwężenie światła naczyń, następnie niedokrwiistość mózgu i zaburzenia w działaniu nerwu błędnego, co wszystko, razem wzięte, daje znany kliniczny obraz mocznicy. Ażeby dowieść swego założenia autor rozpatruje, czy wzmoczone napięcie naczyń jest stale pierwotnym objawem mocznicy, czy zależnym

jest ono od ośrodka naczynioruchowego, i czy podrażnienie tego ostatniego może być rezultatem zapalenia nerek.

Prawie wszyscy badacze, niezależnie od rezultatów do jakich doszli w swych rozumowaniach, mówią o stale wzmożonem napięciu tętnic, a bardzo często i przeroście serca we wszystkich rodzajach zapalenia nerek. Właśnie podczas mocznicy napięcie tętnic dosięga wysokiego stopnia i objawy mocznicy ustępują wraz z osłabieniem napięcia tętnic.

Oddzielne objawy mocznicy, kurcze, zmiany czucia, bóle głowy, napady duszności, mogą być pochodzenia ośrodkowego. Drgawki, bredzenie, śpiączka, utrata wzroku, mowy, częściowe porażenia i t. d., są bez kwestyi zależne od ośrodków mózgowych. Jeżeli więc wszystkie objawy mocznicy dają się objaśnić podrażnieniem ośrodków mózgowych, dlaczegóżby i jeden jeszcze stały objaw mianowicie wzmożone napięcie naczyń nie można było zależnem uczynić od odruchowego podrażnienia ośrodka naczynioruchowego na dnie IV-tej komórki mózgowej.

Rossbach obserwował ustępowanie objawów mocznicy po zastosowaniu nitrogliceryny, nawet bez wywołania potów, czego żadną miarą nie możnaby objaśnić, gdybyśmy mocznicę czynili zależną od obecności jakiejś obcej substancji we krwi.

Filtracyjna i wydzielnicza działalność nerek musi wpływać na ilość krwi, a ztąd i na bieg jej w naczyniach, pomiędzy więc nerkami i ośrodkiem naczynioruchowym trzeba już a priori przypuszczać stałe połączenie za pomocą nerwów. Doświadczenie potwierdza teoretyczne przypuszczenie: piquûre wywołuje obfitsze wydzielanie moczu, przecięcie n. trzewiowego (n. splanchnicus) ten sam skutek wywiera.—Przy zapaleniu nerek nerwy naczyniowe ulegają także podrażnieniu; podrażnienie to może się przenieść na ośrodek naczynioruchowy i sąsiednie np. na ośrodek n. błędnego. Cały obraz kliniczny mocznicy znajduje w tem swe wytłomaczenie.

Pracę swą kończy autor przeglądem środków używanych dotąd przeciw mocznicy, o ile mają one racyję bytu przy jego teorii pochodzenia mocznicy, przyczem za najracjonalniejsze uważa pilokarpinę, morfinę, a w danym razie upust krwi.

Feilchenfeld.

171 HALBERSTAM. **Etiologia drgawek u ciężarnych, rodzących i położnic.** Ueber die Aetiologie der Eclampsie puerperalis. *Volkem. Sam. Klin. Votr.* N. 212.

Pojawienie się drgawek jednocześnie ze zmianą jakości i ilości moczu każe przypuszczać pewien ścisły związek między omawianem cierpieniem i zmianami w narządzie moczowym.—Autor utożsamia eklampsyję z mocznicą i przyczynę widzi w ucisku wywoływanym przez powiększoną macicę na moczowody. Przypuszczenie swoje opiera autor na stosunku anatomicznym moczowodów do macicy, na doświadczeniu i obserwacji klinicznej.

Moczowody w przebiegu swym z tyłu i z góry, na przód

i na tył okrążają macicę i górną część pochwy. Powiększona macica musi więc zmieniać światło moczowodów.

Ludwik i Löbel doświadczeniami swemi na psach wykazali, że ciśnienie wydzieliny w nerkach jest bardzo nieznaczne i nie przewyższa 10 mm. rtęci. Oprócz tego stały ucisk na moczowody zmniejsza działalność ich gładkich mięśni. Ztąd też nieznaczny ucisk może zmniejszyć lub zupełnie przerwać wydalanie moczu.

Obserwacje kliniczne wykazują, że jednym ze stałych objawów eklampsji jest zmniejszenie wydalania moczu, że eklampsja towarzyszy najczęściej znacznemu powiększeniu macicy, np. przy ciąży bliźniętami, że częściej zdarza się u pierwiastek, zwłaszcza u starszych pierwiastek, u których miękkie części mniej są podatne.

Światło moczowodów może być także zniesione podczas porodu na skutek ucisku przez macicę z jednej, a ściankę miednicy z drugiej strony, zwłaszcza przy zwężonej miednicy i długotrwałym porodzie.

Pojawianie się drgawek po porodzie nie zmienia zdania autora, wszak może cierpienie, z zatrzymania moczu wynikające, wystąpić w krótkim czasie już po usunięciu przeszkody do wydalania moczu. Przy końcu okresu połogowego eklampsja występuje rzadko, a i wtedy może być objaśniona uciskiem na moczowody przez wysięk okołomaciczy. Powyższa hipoteza objaśnia zdaniem autora wiele objawów eklampsji. Że nie znajdujemy czasami białka w moczu można objaśnić tem, iż badany mocz był już w pęcherzu przed zupełnem zamknięciem światła moczowodu. Zapalenie miedniczki (pyelitis) podczas ciąży może być następstwem wstrzymanego wydalania moczu, jak to bywa przy zwężeniu cewki lub przeroście gruczołu krokowego. Robiono zarzut, że przy eklampsji częściej występują drgawki i silniejsze bywają aniżeli przy mocznicy innego pochodzenia. — Zamknięcie światła moczowodów podnosi ciśnienie w miedniczkach nerkowych; podczas skurezów macicy powstaje obwodowe przekrwienie nerek, ztąd zwiększone wydzielanie; a przy niemożności wydalania, ciśnienie w miedniczkach jeszcze bardziej się wznosi. Tak znacznie zwiększone ciśnienie i powstałe ztąd podrażnienie tłomaczy drgawki.

Dopiero od czasu postawienia przez autora tej hipotezy, zaczęto przy rozbiore zwłok zmarłych od eklampsji zwracać uwagę na moczowody i dosyć często zauważono w nich zmiany, mianowicie rozszerzenie miedniczki po nad zwężoną częścią moczowodu. Löhlein w 32 przypadkach znalazł podobne zmiany 8 razy.

Na zakończenie zwraca autor uwagę, że w pewnej liczbie przypadków zapalenie nerek nie rozpoznane przed ciążą, może być powodem eklampsji i w tym razie rokowanie rozumie się znacznie mniej jest pomyślne. — Osobnicze własności organizmu, a zwłaszcza stopień pobudliwości układu nerwowego, niemają też w sprawie tej grają rolę.

Feilchenfeld.

III. Choroby dziecięce.

172. JAKUBOWITSCH. **Przyczyny do rozpoznawania i leczenia wrodzonego zarośnięcia odbytu i kiszki oddechowej u nowonarodzonych dzieci.** *Archiv. für Kinderheilkunde.* 1886. B. VII. Hft. VI. Str. 401—417).

Nie często spotykamy ten brak u nowonarodzonych, jak to widzimy z załączonych przez autora wyciągów statystycznych, wedle których Löhner w Wiedniu na 50,000 dzieci tylko dwa razy go spotkał, a Collins w Dublinie—zaledwie raz jeden na 16,654; w Petersburgu w ciągu pięciu lat spotykano tę chorobę 15-cie razy na 75,000 ssawców, oddanych do domu podzrutków; pomimo tak szczupłej ilości wypadków, lekarz praktyk powinien znać tę wadę rozwoju, rozpoznać jej charakter, aby móżdż w danym razie orzec, czy, jak i kiedy należy operować.

Przyczyny owej wady nie są dostatecznie wyjaśnione. — Cruveilhier utrzymywał, że atrezyje są rezultatem zapalnych spraw podczas okresu rozwoju płodu. Curling jest zdania, że wady rozwoju są przyczyną defektów, ale że oprócz tego i sprawy zapalne przyjmują udział w ich wytwarzaniu. Esmarek też bronił ostatniej teorii.

Ta wada rozwojowa przedstawia się pod tylu rozmaitemi formami, że trudno o dwa zupełnie identyczne wypadki; jednakowoż możemy określić 14 typów, do których wszystkie wypadki zaliczyć się dają:

1) Odbyt (anus) zwężony u samego wylotu, lub cokolwiek wyżej. zwężenie jest organiczne, lub co rzadziej — spastyczne.

2) Tkanki otaczające odbyt są silnie naprężone i powodują zniekształnienie i marszczenie się odbytu.

3) Odbyt i kiszka stolcowa prawidłowo rozwinięte, lecz zamknięte błoną, mniej lub więcej grubą, która jest pozostałością rozwoju wewnątrz-płodowego.

4) Zupełny brak odbytu, raphe gładko przechodzi aż do kości ogonowej.

W tym wypadku brak też zupełnie albo częściowo kiszki stolcowej, a także mięśni zwierających odbyt.

5) Zamiast odbytu znajduje się *nieprawidłowy* otwór pełniący obowiązki takowego i znajdujący się w tem samym miejscu, w którym on być powinien. Kiszki stolcowej, a nawet zstępującej obwodowej brak zupełny lub częściowy.

6) Kiszka oddechowa ślepo kończy się w pewnym oddaleniu od odbytu;—przytem otworu odbytowego nie ma wcale.

7) Kiszka stolcowa oddzieloną jest od prawidłowego odbytu przez mniejsze lub większe pierścieniowate zwężenie, przyczem światło otworu stolcowego jest prawidłowem.

8) Odbyt prawidłowy, lecz kiszka stolcowa w pewnym oddaleniu od niego zmieniona jest w rodzaj sznurka z zbitej tkanki łącznej.

9) Kiszka stolcowa jest w całej swej długości zarośnię-

ta, albo też wzdłuż niej spotykamy kilka zarośnień. Odbyt prawidłowy.

10) Kiszka stolcowa prawidłowa pozornie, lecz wewnątrz wypełniona włóknikową substancją, przytem brak odbytu.

11) Kiszka stolcowa otwiera się do przewodu moczowego, do cewki, do pochwy, do macicy, lub do kloaki komunikującej z pochwą, cewką moczową, lub też samodzielnie otwierającą się się międzykroczu. Odbyt też nieprawidłowy, lecz w niektórych wypadkach można końcem palca wnikać weń na kilka linii.

12) Kiszka odchodowa otwiera się w okolicy krzyżowej, lub też w postaci przetoki otwiera się na żołądki, na sromnej wardze i t. p. Odbyt zwykle nieprawidłowy.

13) Kiszka kończy się ślepo w postaci worka, a miejsce pomiędzy nią a odbytem wypełnione tkanką łączną. — Odbyt nieprawidłowy, lecz niekiedy istnieje otwór stolcowy.

14) Brak odbytu i kiszki odchodowej. Natomiast w nie-normalnych miejscach ciała spotykamy otwory łączące się z ślepą lub nawet z cienką kiszka.

Autor sam spostrzegł sześć wypadków tego rodzaju, trzy w 1883 r., trzy w 1886.

Pierwszy należał do kategorii pod Nr 7 wyluszczonej — i życie dziecka w tym wypadku zostało uratowane za pomocą systematycznego rozszerzenia zwężonego miejsca środkami mechanicznymi.

W drugim wypadku zupełnie nie było otworu stolcowego. Próbowano operować, bez rezultatu; dziecko na drugi dzień umarło, a przy sekcji okazało się, że kiszka stolcowa otwiera się do jamy pęcherza, co zresztą rozpoznano za życia, na zasadzie zabarwienia moczu smolką.

Zupełnie podobnym był trzeci wypadek, który też śmiertelnie skończył się po operacji.

W 4-tym wypadku odbyt otwierał się do pochwy tuż po za błoną dziewiczą. W tym wypadku operacja była dobrym skutkiem uwieńczona.

W 5-ym wypadku przy zupełnym braku otworu stolcowego operowano i dopiero na wysokości środka kości krzyżowej trafiono na ślepy worek kiszki zstępującej. Dziecko umarło w 20 dni po operacji skutkiem ropnicy.

W 6-tym wypadku przy zupełnym braku otworu stolcowego zrobiono (prof. Kołomin) kolotomiję w okolicy pachwinowej lewej, czem uratowano życie dziecka.

Dla rozpoznania tych wad rozwojowych radzi Jakubowicz przedewszystkiem dokładne obejrzenie okolicy stolcowej, następnie badanie wskazicielem otworu stolcowego przy jednoczesnym silnym ugniataniu brzucha drugą ręką. — Oprócz tego wysłuchujemy przez stetoskop, ustawiony na kroczu a jednocześnie opukujemy ścianki brzuszne; tym sposobem możemy nieraz wykryć obecność kiszki stolcowej, wypełnionej gazami i smolką. — W ostateczności w miejscu przypuszczalnego odbytu nacinamy skórę, wprowadzamy wskaziciel, a drugą ręką uciskamy brzusek.

Co się tyczy leczenia, to przy zwężeniach używamy zgłębników lub innych mechanicznych środków celem rozszerzenia; przy spastycznym zwężeniu nacinamy mięśnie zwieracze, — a przy syfilitycznym stosujemy swoiste przeciwprzymiotowe leczenie.

W razie zamknięcia otworu stolcowego przez błonę, nacinamy takową krzyżowo i stosujemy następnie środki mechanicznie rozszerzające.

W tych wypadkach, w których kiszka kończy się ślepo w postaci worka, jako znak rozpoznawczy mogą służyć wymiary *miednicy dziecka*, które wedle doświadczeń Bodenhamera wynoszą: od jednej guzowatości ossis ischii do drugiej 1 cal i jedna linija; od symphysis pubis 1 cal $1\frac{1}{3}$ linii — do 1 cala i 3 linii. Od os coccygis do promontorium ossis sacri — 1 cal i linija—do 1 cala i dwóch linii. Jeżeli wymiary te są znacznie mniejsze, a szczególnie pierwszy, to z wielkim prawdopodobieństwem możemy przypuścić zupełny brak kiszki odchodowej.

W takich wypadkach trzeba uciec się do poważniejszej operacji, a mianowicie, albo do *prostoplastyki*, wtedy, gdy kiszka stolcowa niezbyt odległa jest od miejsca, w którym otwór stolcowy być powinien, lub też co do *kolotomii* to jest utworzenia sztucznego odbytu. Ostatnią operację można w dwojaki sposób wykonać: albo sposobem Littrego przez utworzenie kiszki obwodowej w lewej podbrzuszej okolicy, lub też sposobem Calissena otwierając colon w okolicy lędźwiowej. Przy pierwszej operacji nacinamy wprawdzie peritoneum, czego unikamy przy drugiej metodzie, natomiast operacja Littrego jest bez porównania łatwiejszą do wykonania dla każdego lekarza, podczas gdy przy Calissenowskiej metodzie nawet doświadczony chirurg niekiedy bywa zmuszony zaniechać operacji, gdyż nie może odnaleźć kiszki ukrytej przez nerkę, a prócz tego wedle dowodzeń Bardelebena i przy tej metodzie niepodobna uniknąć zranienia otrzewnej.

Statystycznych danych, któreby stanowczo rozstrzygnęły kwestyję, jakiej metodzie oddać pierwszeństwo, — brak dotychczas.

W końcu artykułu autor zwraca uwagę, że pomimo podanych dyagnostycznych wskazówek wiele zdarza się wypadków, w których ściśle rozpoznanie jest niepodobieństwem, a głównie dlatego, że jak dotychczas brak w literaturze lekarskiej dostatecznego materiału do studyjów tej wady rozwojowej. — Zachęca on przeto do ogłaszania wypadków, napotykaných w praktyce.

(Przed dwoma laty miałem sposobność widzieć w ambulatoryjum szpitala dla dzieci przy ulicy Śliskiej — wypadek atresiae ani.

Dziewczynkę 2-dniową przyniesiono do szpitala z powodu braku stolców. Otwór stolcowy istniał—normalnej wielkości; robiono lewatywy, ale woda powracała.

Przy badaniu palcem okazało się, że kanał nie sięga wyżej nad 1 ctm.; po za tem nie wyczuwaliśmy żadnego wypuklenia, wskazującego na przepelnioną kiszkę. Mocz był żółty, czysty. Postanowiliśmy (z kolegą

Dintem) zaczekać do następnego dnia w nadziei, że wielka ilość meconii wypukli kiszkę i wskaże miejsce do operacji.

Nazajutrz przybyła służąca z zawiadomieniem, że dziecko miało stolec od przodu, to jest przez pochwę. Niewątpliwie zatem istniał kanał pomiędzy kiszką stołcową a pochwą, kloaki nie było, gdyż przy badaniu widzieliśmy, że części płciowe były prawidłowo utworzone.

O operacji w danej chwili interesowani nie chcieli słyszeć. Więcej tego wypadku nie widziałem. Wypadek ten należy do kategorii 11-ej podług podanego wyżej podziału. Sprawozdawca). *Wolberg.*

173. Ad. COHN. **Leczenie odry ciepłymi kąpielami.** (*Arch. f. Kinderheilkunde.* 1886, T. VII. Z. VI. Str. 420).

Autor leczył 100 dzieci, chorych na odrę, ciepłymi kąpielami. Temperatura ich wynosiła 28—30° R., stosowano je 4-ry razy dziennie przez 8—10 minut wtedy, gdy ciepota ciała przewyższała 38 — 38,5° C. Przy tem leczeniu stracił ośm dzieci: dwoje na dyfteryt wikłający odrę, jedno na krup, troje na zapalenie płuc, a dwoje z samej odry bez innej komplikacji.

Kąpiele, zdaniem autora, oprócz utrzymania czystości ciała, zniżają ciepło, ułatwiają oddechanie (skutkiem wzięwanej pary wodnej) i sprowadzają poty. — Na zasadzie tych spostrzeżeń radzi autor spróbować tej metody.

174. K. JURGENSEN (*Ibidem*) występuje z nową i bardzo praktyczną myślą — częstej zmiany i wentylacji pokojów. w których przebywają chorzy na koklusz i na inne zakaźne choroby. Co 5 dni poleca on przenosić dzieci chore na koklusz do innego pokoju, tymczasowo zaś przewietrzyć poprzedni pokój, łóżko i pościel chorego. Przy dyfteryi, szkarlatynie i innych silniejszych zakaźnych chorobach wypada przeprowadzkę uskutecznić co 24 godzin. Oprócz spostrzeżeń na własnych dzieciach i w prywatnej praktyce uczynionych, które dały bardzo pomyślne rezultaty (szczególniej w kokluszu), przemawia za tem i samo rozumowanie, gdyż przez dokładną wentylację unikamy nagromadzenia się w zamkniętej przestrzeni zarazków wydychanych przez chorego.

Naturalnie sposób ten może być stosowanym jedynie u najmniejszych pacjentów, gdzie kilka pokojów mamy do rozporządzenia, i trzeba w takim razie wybrać dwa najbardziej od siebie odległe.

Oprócz tego i w szpitalach kuracja ta może być stosowaną. *Wolberg.*

175. H. BOHN. **O zaburzeniach mowy u dzieci.** — (*Ueber Sprachstörung*). Jahrbuch für Kinderheilkunde T. XXV. Z. 1 i 2. 1886.

Autor w powyższej pracy przedewszystkiem zastrzega sobie, iż opíše jedynie zaburzenia dające się niejednokrotnie spostrzegać przy rozmaitych chorobach zakaźnych, wyklucza zaś dysfazyję, zależną bądź to od rozmaitych cierpień mózgu (resp. ośrodką mowy) jakoto: zapalenia, rozmiękczenia, urazu i t. p., gdzie zaburzenia mowy stanowią jeden z ciężkich objawów mózgowych, jak również wrodzoną afazyję, znajdującą się w związ-

ku z głębszymi zmianami w mózgu i spostrzegać się dającą u idyotów i kretynów.

Ilość obserwowanych przez autora wypadków jest niezbyt liczną, spostrzegał je bowiem tylko przy tyfusie brzuszny i szkarlatynie.

Na zakończenie podaje jeden wypadek krótkotrwały afazji po ciężkim wstrząśnieniu moralnem.

Dysfazyja przy tyfusie brzuszny. Zaburzenia w mowie dają się tu częściej spostrzegać u dzieci niż u dorosłych. Dotychczas w literaturze znanych jest 50 wypadków u dzieci (włącznie z 8 autora) i 7 u dorosłych (1 opisanych przez Eichhorsta). Niemeyer i Liebermeister (w podręczniku Ziemssena) ani słowa nie wspominają o tem zjawisku. Pod miano dysfazyi autor nie podciąga rozmaitych krótkotrwałych zaburzeń w wymawianiu, jakie spotykamy często w ciężkich formach tyfusu, gdy nieprzytomny chory belkocze tak, że trudno go zrozumieć.

Pod właściwą dysfazyją rozumie on rażąco powolną, skandowaną mowę — bradyfazyją, którą słyszeć można najczęściej u rekonwalescentów po długotrwałym tyfusie, powikłanym rozmaitemi nerwowymi objawami. Muskulatura służąca do wymawiania nie jest porażoną, sensorium nie zajęte, dziecko jest najzupełniej przytomnem, mimo to mówi mało i niechętnie, pozostawiając niejednokrotnie pytania bez odpowiedzi, jeżeli zaś odpowie, to powoli i leniwie cedzi każdą zgłoskę. Zjawisko to prędko zaciera się z powrotem do zdrowia dziecięcia, lub też, co rzadziej, przechodzi w zupełną afazyję, która jednak również kończy się pomyślnie. Oto w streszczeniu sześć wypadków autora:

1. F. V. 6 lat. Gorączka przez cały czas choroby dość umiarkowana; 12-go dnia wraz ze spadkiem temperatury wystąpiły powyżej opisane zaburzenia mowy; następnego dnia zupełna afazyja, trwająca cały tydzień. Chory przez cały czas był zupełnie przytomnym. Z anamnezy okazało się, iż w pierwszych latach życia swego miewał eklamptyczne napady, ojciec jego był nalogowym pijakiem, siostra zaś obłąkana.

2. E. V. 4 $\frac{3}{4}$ lat licząca, słabowita, anemiczna, przebyła tyfus średniego natężenia bez objawów nerwowych. Ku końcowi choroby dwa dni trwająca dysfazyja.

3. A. L. 4 $\frac{1}{2}$ lat, przechodził dość ciężki czterotygodniowy tyfus z przeważającymi objawami mózgowymi. Trudności w wymawianiu nastąpiły w 3-im tygodniu choroby, i przeszły wkrótce z zupełną afazyję, która z początkiem okresu zdrowienia ustąpiła bez śladu.

4. Dziecko liczące 1 $\frac{3}{4}$ roku, dobrze już mówiące. Tyfus niezbyt ciężki; w drugim tygodniu przy istniejącej jeszcze gorączce wystąpiły objawy afazji, która również znikła w początkach okresu zdrowienia.

5. L. liczący 6 $\frac{3}{4}$ roku. W drugim tygodniu niezbyt ciężkiego tyfusu razem z objawami afazji nastąpiła pareza obydwu prawych kończyn. — Chory mówi tylko „tak“ i „nie“, jest zupełnie przytomny i rozumie wszystko, co się do niego mówi. Po upływie dwóch dni afazyja znikła, pareza zaś ustąpiła w zupełności dopiero w okresie zdrowienia.

6. 4-ro letni W. D. Afazyja w początkach 3-go tygodnia tyfusu, zakończona pomyślnie po kilku dniach.

Z przykładów powyższych widzimy, iż zaburzenia mowy nie pozostają wcale w związku z ciężkością przebiegu tyfusu; zależą raczej, jak to stwierdził autor w 5-ciu wypadkach, od pewnego wycieńczenia lub niedokrwiistości. Trwają one zwykle 2—7 dni, koniec zaś ich przypada najczęściej na stadium decrementi tyfusu lub początek okresu zdrowienia.

W jednym przypadku Bouchut znalazł pewien związek zaburzeń mowy z jednoczesnym znacznym poblednieniem twarzy i zezem rozbieżnym, autor zaś zauważył taki związek z niektórymi porażeniami ruchowemi, przeważnie z paraliżem lub parezą prawych kończyn, które trwają nieco dłużej od zaburzeń mowy i kończą się zwykle pomyślnie.

Ponieważ wszystkie powyższe przypadki spostrzegane przez autora zakończyły się wyzdrowieniem, trudno przeto osądzić, czy znajdują się one w pewnym związku ze zmianami w mózgu resp. w ośrodku mowy. — Autor jednak przypuszcza powstawanie takich zmian embolicznej natury z miękkich zakrzepowych mas (mikrobów?), lub też wskutek ograniczonych wylewów krwi.

Afazyja przy płonicy ma miejsce znacznie rzadziej, dotychczas bowiem przytoczono w literaturze zaledwie sześć wypadków (1 autora). W przypadku Addy'ego prócz afazyi i paraliżu u 14-to letniego chłopca istniała jeszcze agrafija, oraz zaburzenia w sferze intelektualnej, zwłaszcza pamięci. We wszystkich sześciu wypadkach (oprócz jednego) afazyja przypadała na okres następczego zapalenia nerek, towarzyszyły jej zaś zawsze zaburzenia ruchowe w postaci paraliżu lub parezy. Rokowanie we wszystkich tych zaburzeniach przy płonicy nie jest tak pomyślnem jak przy tyfusie.

W przypadku Eulenburg'a u 8-mio letniego chłopca paraliż kończyn i afazyja znikły zaledwie po upływie 2-ch miesięcy; przez cały ten czas chory prócz słowa „ach“ (zamiast słowa „nie“) i „tak“ nie był w stanie wymówić ani jednego wyrazu.

W przypadku Finlayson'a zaburzenia mowy oraz paraliż kończyn ustąpiły dopiero po upływie 1½ roku. Również prawie długo porażenia owe miały miejsce wponiższym wypadku autora:

9-cio letnia Jenny Br. zachorowała w Maju 1880 roku na płonicę, powikłaną silną anginą i znaczną gorączką. W 3-cim tygodniu choroby przyłączyło się zapalenie nerek bez znacznego jednak obrzęku. 32-go dnia choroby (7-go Czerwca) chora poczęła się skarżyć na ból głowy i tegoż samego dnia nastąpił szereg eklamptycznych napadów, trwający dwie godziny; napady powtórzyły się tegoż samego dnia. Nazajutrz niepełna utrata przytomności i *afazyja*; dziecko jest w stanie wyrzec tylko „tak“ i „nie“. Pareza obudwu prawych kończyn. W ciągu następnych dni dziecko stopniowe zaczęło mówić, jakkolwiek przychodziło to mu z trudem niemałym. Pareza prawej kończyny dolnej ustąpiła wcześniej niż górnej. Ostatecznie wszystkie powyższe objawy znikły w zupełności dopiero po 3-ch miesiącach.

O ile powyższe zaburzenia mowy i ruchu należy przypisać mocznicy i jakie mogły być przy tem zmiany anatomiczne, autor nie podejmuje się obecnie stanowczo orzec.

Afazyja po wstrząśnieniu moralnem. Autor spostrzegł jeden tylko wypadek u 13-to letniej panienki z nerwowem usposobieniem, często zapadającej na gorączkę przepuszczającą. Pewnego razu ojciec jej do takiego stopnia rozgniewał się na służącego, iż córka przestraszyła się, sądząc że go chce zabić, i w parę godzin po tem zdarzeniu straciła mowę, bez utraty przytomności, głowa jej tylko nieco pałała.

Zastosowano na głowę zimne kompresy, poczem spała dobrze przez całą noc i i nazajutrz wstała zdrowa, odzyskawszy najzupełniej mowę. Autor nie znalazłszy w literaturze odpowiedniego wypadku, przypuszcza, iż w danym razie miało miejsce przekrwienie mózgu, któremu odpowiadały towarzyszące objawy, jakoto: palająca głowa i znaczny niepokój; samo zaś przekrwienie zależało prawdopodobnie od porażenia nerwów naczyń ruchowych. Analogicznie sądząc, widzimy, że także same wstrząśnienia moralne wywołują niejednokrotnie ograniczone zapalenie w przebiegu nerwów skóry, jako dowód czego może służyć herpes labialis lub facialis nagle występujące u niektórych osób po gwałtownych wstrząśnieniach, np. wskutek przestraschu.

A. Koral.

176. W lipcowym zeszycie „Kron. Lekar.“ jest wzmianka o wypadku szkarlatyny po raz trzeci w ciągu lat 10 napastującej tego samego chłopca.

Identyczny wypadek opisał D-r Woronichin starszy ordynator szpitala dla dzieci w St. Petersburgu. Wypadek ów, pomieszczony w „Jahrbuch für Kinderheilkunde XXV T. Z. 1 i 2“ dotyczy 21-letniego studenta instytutu dróg i mostów. Pierwszy raz przebył on szkarlatynę w 3-cim roku życia, trwającą przeszło 3 tygodnie; po raz drugi w 10-ym roku dwa tygodnie, a wreszcie 21-ym roku życia trzy tygodnie. We wszystkich trzech wypadkach moczu ani razu nie zawierał białka. — W każdym razie wypadki trzykrotnego zachorowania na szkarlatynę należą do nader rzadkich; częściej ma już miejsce dwukrotne przebycie tej choroby. W artykule swym autor przytacza poglądy rozmaitych autorów na omawianą kwestyję, oraz wspomina o pracy D-ra Koernerera (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1886) p. t. „O recydywach szkarlatyny“, gdzie zebrany jest skrzętnie odnośny materiał kazuistyczny; w pracy powyższej znajdujemy dość liczne wypadki dwukrotnego zachorowania, natomiast kilka zaledwie wielokrotnego.

W temże czasopiśmie (1877 r.) D-r May opisał recydywę szkarlatyny po 10 tygodniach u 4-ro letniego chłopca.

Koral.

— **Sprostowanie.** W N-rze 8 Kroniki na str. 467 powinno być w wierszu 22-gim *chromatyna* (zamiast achromatyna); w wierszu 23-cim *achromatyna* (zamiast chromatyna); na str. 467, wiersz 5-ty od dołu — *blaszka* (zamiast flaszka).

Wydawca:

Dr. K. Sierpiński.

Redaktorzy odpowiedzialni

Dr. O. Hewelke i W. Krajewski.

OGŁOSZENIA

PANKREATYNA DEFRESNE

PRZYJĘTA URZĘDOWO

przez Marynarkę Francuską i przez szpitale Paryskie.

Pankreatyna Defresne trawi 30 grm. ciał białkowych, 11 grm. materii tłuszczowych i 10 grm. krochmalu przemieniana 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 emulsyjonowany 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 25⁰/₀ suchego peptonu i 4⁰/₀ 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. Mrozowskiemu i L. Spiess i Syn. 8—12