

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

## NERWICE ŻOŁĄDKA

(*Neuroses gastricae*).

(Ich pochodzenie, rozpoznawanie i leczenie).

Napisał

**D-r Med. Henryk Pacanowski.**

b. ordynator kliniki wewnętrznej wydziałowej.

(Dokończenie ob. Nr. 11).

### 2. Brak łaknienia (*Anorexia*).

Jest to zjawisko codzienne, nie przekraczające częstokroć granic fizjologicznych. Są ludzie, czujący się zupełnie zdrowymi, mimo zupełnego prawie braku łaknienia; szczególniejszy spotykamy to u kobiet.

Nerwica ta przedstawia najrozmaitsze odcienie i stopniowania, począwszy od zwykłej niechęci do jedła, którą chory może wszelako na widok pokarmu przezwyciężyć, aż do bezwzględnego wstrętu do wszelkiego pożywienia.

Przyczyny bywają przedewszystkiem psychiczne, zupełnie przypadkowe, np. gniew, radość, smutek, wzruszenie, praca umysłowa; dalej brak łaknienia występuje na tle hysterji i neurastenii, przy nadużyciach płciowych oraz przy nadmiernem używaniu tytoniu.

Na uwagę zasługuje pewna odrębna postać braku łaknienia, zwana przez francuzów *Anorexie mentale, nerveuse*. Jest to forma rzadka i bardzo uporczywa. Chorzy chudną w wysokim stopniu, a nawet umierają niekiedy przy objawach wyniszczenia ogólnego (*inanitio*). Nerwica ta dotyka najczęściej osobników młodych płci żeńskiej, dotkniętych usposobieniem neuropatycznym wrodzonym lub nabytem.

Podług Lasègue'a <sup>1)</sup> pierwotnem źródłem tej choroby bywa ból i ucisk, pojawiające się po przyjęciu pokarmów; ażeby dolegliwości tych uniknąć, chory stara się jadać coraz mniej, aż wreszcie stopniowo zupełnie prawie jeść przestaje. Fenwick <sup>2)</sup> natomiast spostrzegał nerwicę tę mimo zupełnego braku jakiegokolwiek bólu po jedzeniu.

Leczenie braku łaknienia winno być przeważnie psychicznem oraz ogólnie wzmacniającem. Charcot radzi usuwać chorych z pośród zwykłego otoczenia; niekiedy zachodzi potrzeba zmuszania chorych do jadań. Stiller uważa za rzecz pożyteczną dawanie wysokoju w jakiegokolwiek postaci.

### 3. Parorexia.

Jest to zboczenie jakościowe w uczuciu głodu i łaknienia, nie zaś ilościowe. Przejawia się z jednej strony pożądaniem rzeczy niezwykłych, niestrawnych, jak kreda, węgiel; z drugiej zaś strony zamiast zwykłego głodu występować może uczucie bólu lub ucisku, znikające z chwilą przyjęcia pokarmu. W ostatnim razie mamy więc stan przeciwny tak zw. *Anorexie nerveuse*. Owo uczucie bólu nie zawsze pojawia się w żołądku; Oser opowiada np. o pewnym chorym, który uczuwał ból w ramieniu, ilekroć był głodnym; po przyjęciu pokarmu ból znikał.

U niektórych chorych objawiać się może wstręt do pokarmów zwykłych, pożywnych, a natomiast pociąg do trudno strawnych. Niektóre hysteryczki nie są w stanie spożyć kawałka mięsa, lecz bez żadnej dolegliwości zjadają ogórki lub kapustę.

## C. Nerwice wydzielnicze.

Jakie nerwy wpływają na wydzielanie soku żołądkowego, z pewnością jeszcze niewiadomo, gdyż doświadczenia w tym celu na zwierzętach przedsiębrane, nie dały dokładnych wyników. Po przecięciu nerwów błędnych widzieli niektórzy ustawianie wydzieliny gruczołów, a tem samem i trawienia; inni spostrzegali tylko zwolnienie trawienia, co przypisywano upośledzeniu ruchów żołądka. Schiff w ta-

<sup>1)</sup> Lasègue. — Arch. gén. de Med. 1873.

<sup>2)</sup> Fenwick. — On atrophy of the stomach etc. London. 1880.

kiem doświadczeniu napotykał zmniejszenie wydzielania się pepsyny, natomiast kwaśność soku pozostawała jakoby prawidłową.

Że jednak wydzielanie soku znajduje się pod bezpośrednim wpływem nerwowym, dowodzą niektóre fakta fizjologiczne i kliniczne. Tak np. pokazanie mięsa psu głodzonemu wywołuje u tegoż obfitą wydzielinę soku żołądkowego. Pewien chory, któremu Verneuil utworzył przetokę żołądkową skutkiem zupełnego zarośnięcia przelyku, wydzielał sok za każdym razem, gdy żuł cukier lub cytrynę.

Fakta powyższe wskazują, że wydzielanie soku jest aktem odruchowym. W żołądku próżnym sok się nie wydziela. Dopiero zetknięcie się błony śluzowej z wprowadzonymi do żołądka ciałami pobudza ją do wydzielania. Lecz nie tylko pokarmy mają tę własność; owszem, każde inne ciało również jest w stanie pobudzić czynność gruczołów wydzielniczych, z tą wszelako różnicą, że gdy pokarmy wywołują wydzielinę na całej powierzchni błony śluzowej, to np. wprowadzony zgłębnik uskutecznia to jedynie w miejscu zetknięcia się ze ścianą żołądka.

Przechodząc do spostrzeżeń klinicznych, wiemy, o ile wpływy moralne, nagłe wzruszenia psychiczne i t. p. upośledzają akt trawienia. Kretschy i Fleischer dowiedli, iż podczas miesiączki trawienie odbywa się nierównie wolniej, niż w innym czasie.

Zaburzenia wydzielnicze soku żołądkowego są bardzo często podstawą t. zw. niestrawności. Wydzielanie ulegać może zmniejszeniu lub powiększeniu. Pod temi zбочeniami jednak pojmujemy nie tyle zmiany ilościowe całego soku żołądkowego, ile raczej zбочenia w kwaśności tegoż, *resp.* w ilości HCl. Wszak przy powiększeniu ilości soku w ogóle spostrzegamy jednocześnie i wzmożony stopień kwaśności.

Zmniejszenie kwaśności soku żołądkowego jest zjawiskiem oddawna lekarzom znanem, lubo nie było ono jeszcze dowiedzionem za pomocą badań bezpośrednich. Świadczy o tem fakt przepisywania chorym gorączkującym kwasu solnego. Nerwica ta występuje pod wpływem różnych momentów, zwłaszcza psychicznych.

O wiele jednak ważniejszym i bardziej charakterystycznym jest:

## Wzmó żenie ilości soku żo- łądkowego.

Polega ono nie tylko na ogólnem powiększeniu ilości soku (*Hypersecretio*), lecz wraz z tem napotyamy również wyższy stopień kwaśności (*Hyperaciditas*).

Bliższe wiadomości o nerwicy tej mamy dopiero od czasu, jak zaczęto dokonywać ściślejszych poszukiwań nad chemizmem trawienia przez wydobywanie treści z żołądka.

Przyczyny mogą być różnorodne. Przedewszystkiem mają wpływ zapewne zboczenia w czynności mózgowej; tu należą: *Gastroxynsis Rossbach'a* oraz migrena. Następnie niektóre choroby rdzenia kręgowego, głównie wiańd, a po części zaliczyć tu wypada i wymioty peryjodyczne Leyden'a. Dalej nerwice ogólne (hysteryja); wreszcie wzmożone wydzielanie występuje samoistnie. Do ostatniej kategorii należą przypadki opisane przez Reichmana i Riegel'a, którym w przeciwstawieniu do nadmiernej kwaśności „ośrodkowej“ nadałbym miano nadkwaśności „obwodowej.“

Większa część tych form chorobowych przejawia się pod postacią peryjodycznie występujących napadów, rozdzielonych przerwami względnego lub zupełnego braku przypadłości żołądkowych; dzięki temu umieściłem je w dziale „Crises“. Tu zaś opiszę tę postać, przy której spotykamy ciągle nadmierne wydzielanie się zbyt kwaśnego soku, a mianowicie chorobę ogłoszoną po raz pierwszy przez Reichmana <sup>1)</sup>.

Reichman opisał dwa przypadki bezustannego wydzielania soku żołądkowego o wysokim stopniu kwaśności.

U pierwszego chorego, 27-letniego wieśniaka, nerwica ta wystąpiła przed 6-ciu laty po częstem jakoby piciu zimnej wody źródlanej. Z początku były bóle bezustanne w dołku oraz wymioty pokarmowe po każdym prawie jedzeniu. Po 2-ach latach wymioty ustały, lecz bóle pozostały nadal. Stan obecny wykazywał występowanie co wieczór gwałtownych

---

<sup>1)</sup> Reichman. — Przypadek chorobowo wzmożonego wydzielania soku żołądkowego. (Gaz. Lek. 1882 N. 26). — Drugi przypadek bezustannego wydzielania soku żołądkowego wysokiego stopnia kwaśności. (Gaz. Lek. 1883 N. 44).

bólów kardyjalgicznych, trwających przez noc całą i dosięgających nad ranem najwyższego natężenia. Obok tego chory czuł zgagę, pragnienie i nadmierne łaknienie. Rozszerzenia żołądka nie było. Reichman wydobyl z żołądka na czczo z rana około litra płynu, który, jak rozbiór chemiczny wykazał, zawierał znaczną ilość kwasu solnego i składał się prawie wyłącznie z czystego soku żołądkowego, zabarwionego żółcią. Nawet mimo zupełnego przemycia i opróżnienia żołądka w przeddzień wieczorem, R. otrzymywał nazajutrz nową ilość soku, którego stopień kwaśności wynosił średnio 0,25%. Chory trawił mięso bardzo szybko, krochmalu zaś prawie wcale; produkty trawienia bardzo długo pozostawały w żołądku.

Drugi przypadek, dotyczący 29-letniego urzędnika, był podobnym do poprzedniego; stopień kwaśności soku = 0,3%; kwaśność zależała od HCl.

Od czasu ogłoszenia przez Reichmana dwóch powyższych przypadków pojawiły się w literaturze: jedno spostrzeżenie Schütz'a <sup>1)</sup>, 3 — Veldena <sup>2)</sup> i 4 — Riegel'a <sup>3)</sup>. Przypadki ostatniego tem się jednak różnią, iż w każdym z nich było rozszerzenie żołądka, czego Reichman u swoich chorych stwierdzić nie mógł.

Riegel dzieli znane dytychczas przypadki na 2 grupy: Do pierwszej zalicza on przypadki ostre, występujące w postaci napadów, w których nadmierne wydzielanie kwaśnego soku trwa czas bardzo krótki; do drugiej zalicza przypadki przewlekłe, swoje i Reichmana, jakoteż nadmierną kwaśność soku, którą napotykał przy wrzodzie peptycznym.

Objawy są podług Riegel'a nader charakterystyczne. 1. Trawienie białka, w szczególności mięsa, odbywa się bardzo szybko; natomiast krochmal trawi się powoli. Samo już oglądanie mass pokarmowych na sączku może dać nam wyjaśnienie co do natury cierpienia, gdyż znajdujemy jedynie resztki chleba, kaszy, a żadnych prawie śladów mięsa. Przy raku żołądka bywa odwrotnie: mięso dzięki brakowi kwasu solnego nie zostaje strawionem, krochmal zaś ulega

<sup>1)</sup> Schütz.—Prag. med. Woch. 1885 N. 18. 19.

<sup>2)</sup> Velden. — Tagebl. d. Strassb. Naturforscherversamml. 1885. — Volkm. Samml. N. 280.

<sup>3)</sup> Riegel.—Beitr. z. Lehre v. d. Störungen d. Saftsecret. d. Magens (Ztschr. kl. Med. T. XI s. 1).

strawieniu, chociaż powolnie. — 2. Zgaga zależy od nadmiaru kwasu, gdyż po daniu jakiegokolwiek soli alkalicznej znika. — 3. Bóle występują w stosunku prostym do stopnia kwaśności soku; przeciwnie po przepłókaniu żołądka lub po wprowadzeniu doń magnezji ustają. — 4. Pragnienie i łaknienie bywają wzmożone.

Pokarmy przebywają w żołądku zbyt długo. Opieszałość ta w ich wydalaniu pochodzić więc może nie tylko skutkiem niedostatecznej, lecz i wskutek wzmożonej ilości kwasu solnego w soku żołądkowym.

Oczywiście mamy tu przed sobą do pewnego stopnia formę niestrawności nerwowej, nie tylko w znaczeniu przez Leubego opisanem, lecz jako nerwicę opartą na istotnem zaburzeniu chemizmu trawienia.

Charakterystycznym według Reichmana jest to, iż sok wydziela się obficie w żołądku próżnym.

Na czem istota choroby się zasadza, dotychczas dokładnie nie wiadomo. Riegel poprzestaje na stwierdzeniu samej nerwicy bez bliższego objaśnienia takowej; w niektórych razach upatruje związek z przebytem dawniej wrzodem peptycznym. Reichman przypuszcza głębsze zmiany w samych gזuczolach błony śluzowej żołądka <sup>1)</sup>. Velden uważa nerwicę tę jako późno występujący objaw nieżyty żołądka, wrzodu lub niedowładu.

Leczenie. Dyjeta — podług Riegel'a — polegać winna na przepisywaniu pokarmów wyłącznie prawie białkowych, a unikaniu mącznych; dowóz płynów ograniczyć o ile możności. Dalej pożytecznemi są przepłókiwania żołądka, środki alkaliczne; lawatywy z wody zimnej celem zmniejszenia pragnienia, wreszcie małe dawki makowca.

W wymiocinach przy napadach żołądkowych u tabetyków Rosenthal <sup>2)</sup> znajdował 0,5% HCl. Wzmożona ta kwaśność istniała i wtedy nawet, gdy chory od dłuższego czasu żadnych nie przyjmował pokarmów. Przesączone massy wymiotne szybko trawiły mięso. Z tego powodu R. przypuszcza, iż w wιάdzie mamy nadmierne wydzielanie soku żołądkowego mocno kwaśnego, gdyż ewentualna ilość miazgi pokarmowej w jego przypadkach nigdy nie dorównywała ilości wymiocin, a prócz tego ostatnie zjawiały się i przy zupełnie próżnym żołądku.

<sup>1)</sup> Reichman.—Gaz. Lek. 1886. N. 12, 13.

<sup>2)</sup> Rosenthal.—l. c. str. 99.

## D. Nerwice naczynioruchowe i odżyweze.

O nich żadnych prawie nie posiadamy wiadomości. Za-  
ledwo gdzieniegdzie w literaturze napotyamy jakąś wzmian-  
kę. Krwotoki w błonie śluzowej żołądka występują po uszko-  
dzeniu pewnych części mózgu, jak mostu, odnóg, wzgórków  
wzrokowych (Brown-Séquard, Schiff) oraz rdzenia  
w części szyjowej i piersiowej (Koch i Ewald). Nader  
ciekawem zjawiskiem są również krwotoki żołądkowe u hyste-  
ryczek, czy to jako miesiączka zastępcza, czy jednocześnie  
z miesiączką, czy wreszcie niezależnie od istnienia takowej  
(Jolly).

Wzród żołądka spostrzegali Brown-Séquard po  
kauteryzacji mózgu, Koch i Ewald w wyżej wymie-  
nionem doświadczeniu.

## E. Nerwice złożone.

### I. Napady żołądkowe (Crises gastriques).

Pod tą nazwą przywykliśmy zazwyczaj rozumieć napa-  
dy, które występują przy wiaździe (*Tabes dorsalis*). Wie-  
my dziś wszelako, iż zupełnie podobny obraz kliniczny dawać  
może liczny szereg innych chorób, nie mających z wiaźdem nic-  
wspólnego.

Napady, jakiegokolwiek są pochodzenia, cechują się prze-  
dewszystkiem wybitnemi zjawiskami: wymiotami i bó-  
lami. Obok tego badania chemiczne mass wymiotnych wy-  
kazały, iż w niektórych przynajmniej postaciach tych ner-  
wic istnieje nadmierna kwaśność treści żołądkowej. Inne ob-  
jawy nie mają cech o tyle charakterystycznych, jak wymie-  
nione powyżej.

Stałe występowanie jednych i tych samych objawów  
głównych przy rozmaitych co do swej przyrody chorobach  
dowodzi w każdym razie wspólnego ich źródła, które podług  
Rosenthal'a mieści się w jądrze nerwu błędnego. Po-  
drażnienie tego jądra czy bezpośrednio, czy też drogą odru-  
chową powstające, wywołuje ból i wymioty. Dotyczy ono  
mianowicie tych komórek jądra nerwu błędnego, które pozo-

stają w związku z włóknami czuciowymi, idącemi do żołądka, czyli—inne mi słowy—napady powstają przez drażnienie ośrodków opuszkowych nerwu błędnego. Nerwica staje się bardziej jeszcze złożoną skutkiem jednoczesnego w niej udziału ośrodków naczynioruchowych.

Nazwa „Crises gastriques“, jaką zwykle nadajemy tylko t a b e t y c z n e j formie napadów żołądkowych, nie jest zatem zupełnie odpowiednią dla tej choroby, ponieważ rozciąga się zarówno i na inne choroby, dające obraz analogiczny. Natomiast dla w i ą d u właściwszą będzie nazwa „Crises tabetiques.“

Stałe niemal łączenie się kardyjalgii i wymiotów w postaci napadów skłoniło mię do umieszczenia tego rodzaju przypadków w jednym ogólnym dziale, czego autorowie dotychczas nie czynili, opisując jedne i też same zjawiska raz w rozdziale o wymiotach, drugi raz przy kardyjalgii. Bardzo rzadko zdarzają się wprawdzie wymioty bez kardyjalgii i odwrotnie; tego rodzaju przypadki umieściłem w odpowiednich miejscach pomiędzy nerwicami ruchowymi i czuciowymi.

Do rozdziału niniejszego wchodzi napady przy w i ą d z i e, wymioty peryjodyczne Leyden'a, napady przy chorobie Basedow'a, hysterii, neurastenii, małokrwistości, blednicy i zimnicy, *Gastroxynsis* Rossbach'a, *Gastroxia juvenilis*, migrena, wreszcie napady o d r u c h o w e.

Ogólne cechy napadów zostały już do pewnego stopnia w rozdziale o symptomatologii nerwic żołądka wymienione. Tam była już mowa o okresach względnego lub zupełnego zdrowia w przerwach między napadami, o jednoczesnem istnieniu innych zjawisk w sferze nerwowej, o nieznacznem stosunkowo upośledzeniu ogólnego odżywiania chorych. Same zaś napady odznaczają się własnościami następującemi: 1. Zaczynają się od przypadłości ogólnych lub od zwykłej niestrawności, szybko dosięgają wysokiego nateżenia przy oznakach trwogi i zapaści, wreszcie powoli słabną aż do zupełnego ustania.— 2. Wymioty występują bardzo łatwo, są obfite i nie zależą od jedzenia.— Bóle najczęściej umiejscowione są w dołku, zkąd rozpościerają się w różnych kierunkach.

#### 1. „Crises tabetiques“.

Związek napadów żołądkowych z w i ą d e m pierwszy odkrył G u l l, ale dokładnie zbadali dopiero D e l a m a r e i C h a r c o t.



Charcot kreśli je w ten sposób: „U chorego, który poprzednio nie doznawał żadnych zaburzeń żołądkowych, nagle pojawiają się bóle coraz gwałtowniejsze, bóle wychodzące z okolic pachwinowych i idące po obu stronach brzucha ku okolicy żołądka, a stąd wyżej ku łopatom. Wkrótce dostrzegamy przyspieszenie tętna, zawroty głowy, mdłości i męczące wymioty, z początku tylko po przyjmowaniu pokarmów, następnie niezależnie od nich; wymioty stają się żółciowymi, a niekiedy znajdujemy domieszkę krwi. Bóle przeszywające w kończynach ustają wraz z napadem, który trwać może przez kilka dni. Mogą też być nieraz drgawki, sinica, oziębienie kończyn i rozszerzenie źrenic.

Niekiedy występuje napad pod postacią jakby groźnej choroby żołądkowej; zwłaszcza mylić się można w początkowym okresie wiądu, skoro bezład ruchowy (*ataxia*) bywa niewyraźnym. Wtedy bóle w kończynach uważane być mogą za gośćcowe. Innym razem istnieje oddawna zez lub ślepotą.“

W klinice Leube'go miałem sposobność dostrzegania jednego przypadku napadów tabetycznych, tak typowego, iż z wielu względów zasługuje na przytoczenie <sup>1)</sup>.

N. urzędnik kolejowy, lat 34 liczący, wstąpił do kliniki wyroburskiej dnia 17. XI. 85.

Brak usposobienia dziedzicznego do chorób nerwowych. Już od 8-go roku życia chory doznawał niekiedy silnych bólów brzucha; w 15-ym roku cierpiał przez tydzień na bóle żołądkowe i wymioty. Podczas wojny r. 1870 biwakował długo w polu i narażał się wtedy na przeziębienia. W 21-ym roku życia przebywał przy wymiotach; leczony był wcieraniami. Wkrótce potem wystąpiły „kurcze“ to w jednej, to w drugiej kończynie dolnej naprzemiennie; były to nagle szarpnięcia oraz bóle przeszywające. Jednocześnie bóle w kończynach górnych, plecach i bokach. Napady takie powtarzały się nieraz co tydzień i występowały po kilkanaście razy dziennie. W 29-ym roku życia chory zaczął doznawać ucisku w okolicy żołądkowej, zwłaszcza po trudniej strawnych pokarmach, odbijania, a niekiedy z rana natychmiast po śniadaniu następowały wymioty. Pewnego razu po spożyciu potrawy z kartofli (*Kartoffelkuchen*) dostał gwałtownych bólów w żołądku, wzdęcia, nudności, lecz bez wymiotów; trwało to przez 3 dni i po zastrzyknięciach morfinowych ustało. Odtąd napady powtarzały się co 2 — 3 tygodnie. Chory znosił tylko pokarmy bardzo lekkie, głównie płynne; stałe zaś sprawiały nieznośny ucisk w dołku i skłonność do wymiotów, a czasem i rzeczywiste wymioty. Stolce były opieszale. Chory przeczuwał zwykle tego rodzaju na-

<sup>1)</sup> Przypadek ten posłużył jednemu ze słuchaczy Leube'go za temat do rozprawy doktorskiej.

pad: tracił nagle łaknienie, dostawał odbijania, mdłości i wzdęcia, następnie bólu i uciskania w dołku, jakby wiercenia (*Wühlen*), idącego od żołądka w kierunku ku pecherzowi. Wtedy po 2—3 dniach wybuchał napad. Niekiedy, lubo rzadko, unikał napadu dzięki temu, iż jadł możliwie mało. W czasie napadu wymiotował wszystko, cokolwiek tylko przyjmował; w ustach czuł zasychanie i palenie oraz gwałtowne pragnienie. Po kilku dniach, czasami po 2-ach tygodniach dopiero, napad przemijał. Zastrzykiwania morfiny podczas napadu były prawie bezskuteczne. Wreszcie chory powracał do siebie i przez 5—6 tygodni czuł się zupełnie dobrze, trawił wszystko, lecz gnieciecie w żołądku nigdy nie ustawało zupełnie.

Od 3-ich lat chory doznaje uczucia opasywania (*Gürtel*), połączonego przytem z uczuciem szarpania jakby nerwów napiętych w kierunku skośnym od więzów Pouparta ku plecom; głównie ma to miejsce przy chodzeniu. Obok tego znaczne osłabienie ogólne, najwięcej w kończynach dolnych. Chory czuje wprawdzie twardą podłogę pod podszewkami, ale przy chodzeniu stąpa za mocno i musi kontrolować kroki swe oczyma; po ciemku chodzić nie jest w stanie.

Mocz zaczął od 3-ich lat wyciekać kroplami, bezwiednie. Długoletnie zaparcie przeszło od roku w niepowstrzymanie (*Incontinentia alvi*), które szczególnie podczas napadu staje się bezwiednem. W odbytnicy uczucie jakoby ciała obcego, klina; czasem uczucie jak gdyby dotykano ręką świeżej rany; ból ten przy oddawaniu stolca rozprzestrzenia się ku górze, ku żołądkowi.

Od początku napadów t. j. od lat 5-ciu, lekarze rozpoznawali u chorego cierpienie żołądkowe, a mianowicie wrzód; w wymiocinach bowiem pokazywały się niekiedy jasnoczerwone żyłki krwi. Dopiero w r. 1885 *L e u b e* w Erlandze rozpoznał wiąd rdzenia. Po 2-u miesięcznym pobycie w tamecznej klinice stan chorego poprawił się znacznie, lecz wkrótce znów się pogorszył. Wówczas chory przybył do Wyrzburga.

Budowa ciała prawidłowa; układ kostny dobrze rozwinięty. Tkanki tłuszczowej ilość nieznaczna. Mięśnie umiarkowanie rozwinięte, nie zanikłe. Skóra gładka. Płuca, serce, wątroba i śledziona żadnych zbroczeń fizykalnych nie okazują. Brzuch za dotykaniem nie bolesny. Język czysty. W moczu żadnych pierwiastków nienormalnych nie ma. Wypróżnienia odbywają się tak jak to powyżej zostało opisanem. Przepłókiwanie próbne żołądka, dokonane w 6 godzin po objedzie, nie wykazało żadnych resztek pokarmowych.

Zrenice zwężone, nierówne, słabo oddziałują. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Chory chwytą przedmioty bezładnie, porywco, szybko. Czucie w kończynach górnych znacznie osłabione, szczególnie w prawej. Leżąc na łóżku, chory wykonywa ruchy kończynami dolnymi bezładnie. Chodząc, stąpa zbyt mocno; mając oczy zamknięte chwieje się. Odruchy kolanowe zupełnie zniesione. *Musc. cremaster* oraz mięśnie skośne brzucha po stronie prawej kurczą się wyraźnie po przeprowadzeniu palca przez skórę uda; też same mięśnie z lewej strony wcale nie oddziałują. Czucie mięśniowe znacznie zmienione. Znieczulenie na powierzchniach wewnętrznych obuwu stóp.

27. XI. 85. był bardzo gwałtowny napad. Już na kilka dni przedtem chory uczył ucisk w dołku i mdłości. Nagle z rana wystąpił silny ból opasujący, stolec mimowolnie został oddany. Chory tarzał się po łóż-

ku z bólu, krzyczał i obficie wymiotował. Napad trwał przez 2 tygodnie bez przerwy. Od 7. XII. rozpoczęła się biegunka, żadnymi środkami nie dająca się powstrzymać; dopiero 25. XII. wyczuło przez powłoki brzuszne mały kamyk kałowy (*Scybalon*), dano kilka razy olejku rącznikowego, aż wreszcie biegunka w parę dni później ustała.

Obraz podobny do napadów tabetycznych dawać mogą także inne choroby ośrodków, jak: *Myelitis*, *Sclerosis multiplex*, *Paralysis progressiva*. W każdym razie przypadki takie należą do niezmiernie rzadkich.

## 2. Wymioty peryjodyczne Leyden'a<sup>1)</sup>.

Pod nazwą „periodisches Erbrechen“ Leyden opisał nerwicę zjawiającą się w pewnych odstępach czasu, a w której sekcja nie wykrywa zmian anatomicznych ani w żołądku, ani w rdzeniu kręgowym.

Choroba zaczyna się zaburzeniami żołądkowymi, już to bez żadnego wyraźnego powodu, już po jakimkolwiek przekroczeniu dyjetetycznym, po wypiciu zimnej wody lub pod wpływem wzruszeń moralnych. Początek bywa nagłym: gwałtowne wymioty, bóle w dołku; obok tego ból głowy, światłowstręt, czasem nawet majaczenie. Żołądek jest tak wrażliwym, iż znosi ledwo lód, wino szampańskie mrożone, herbatę z lodem. Po wymiotach pokarmowych, bardzo obfitych, następują wymioty brunatne, gęste, z licznym nabłonkiem żołądkowym; w końcu wymioty żółciowe, nawet ze śladami krwi.

Podczas takiego napadu brzuch z początku bywa wciągniętym, z wyjątkiem okolicy żołądkowej, która jest wypukłą; po jakimś czasie i ta ostatnia się wciąga. Charakterystycznym jest, iż powłoki brzuszne pozostają mimo to miękkimi, a zatem skurcz spastyczny dotyka tylko przewodu pokarmowego, podobnie jak to bywa w kolce ołowiowej. W końcu napadu brzuch znów się wypukła. Jednocześnie istnieje zaparcie, a wszelkie środki przeczyszczające pozostają bezskutecznymi.

Mocz, nieraz w początku napadu jasny (*urina spastica*), bywa później skąpym, ciemno zabarwionym, mocno cuchnącym, z osadem na dnie naczynia; czasem zupełne wstrzymanie moczu (*anuria*). Tętno szybkie, tętnica promieniowa rozszerzona. Stan bezgorączkowy. Szarpiące bóle

1) Leyden. — Ztschr. für klin. Med. T. IV. Str. 605.

w kończynach dolnych czasem wyprzedzają, czasem zaś kończą napad.

Napad trwa kilka godzin, a nieraz kilka do kilkunastu dni, poczem chory zupełnie powraca do siebie i wszelkie przypadłości ustają. Wpływy moralne wzmagają gwałtowność napadów. Leczenie pozostaje prawie bez skutku; niekiedy poprawa przy ostrożnej dyjecie.

Podług *Le y d e n ' a* jest tu zapewne nerwica nerwu błędnego lub splotu trzewowego. W jednym przypadku badanie pośmiertne nic nie wykryło, w drugim znaleziono przerost gruczołów żołądkowych.

Widzimy, iż obraz tej choroby podobnym jest do napadów tabetycznych. Że tu istnieje rzeczywisty związek ze zmianami w rdzeniu, dowodzi jeden przypadek *Le y d e n ' a*, w którym po 3 latach dopiero wystąpił bezwład kończyn dolnych wraz z zanikiem w obrębie nerwów łydkowych (*NN. peronei*).

*O s e r* 1) pod nazwą *Gastralgia gravis* opisuje podobnego rodzaju przypadki, w których po dłuższym czasie wychodziło na jaw cierpienie ośrodków nerwowych. Dla tego też, zdaniem jego, długie, lat kilka trwające bóle kardyjalgiczne wzbudzać winny podejrzenie choroby mózgowej lub rdzeniowej.

Niektórzy wspominają o napadach przy chorobie *Basedow'a*. Tu obok cierpienia nerwu współczulnego ma być też cierpienie mózgowia (*Geigel*), dowodem czego jednoczesne nieraz występowanie tej choroby wspólnie z moczówką.

### 3. Napady neurasteniczne.

Są one podobne do napadów rdzeniowych. Obok innych bardzo licznych i różnorodnych objawów neurastenii bywa tu ból napadowy w dołku, coraz bardziej wzrastający, następnie obfite wymioty. Napad trwa kilka do kilkunastu godzin, poczem chory czuje się dobrze. Ilość i jakość pokarmów nie wpływają na charakter napadu. Znaczne zaparcie, znikające pod wpływem środków narkotycznych, dowodzi, iż zaparcie to zależy od tonicznego skurczu kiszek. Badania chemiczne treści żołądkowej, dokonane przez *Rosenthal'a*, wykazały prawidłowe zachowywanie się soku i przebiegu trawienia.

1) *O s e r*.—l. c. Str. 39.

Podług Rosenthal'a ważnym momentem rozpoznawczym bywa tu wzmożenie odruchu kolanowego oraz punkta bolesne na kręgach piersiowych i lędźwiowych, wzdłuż nerwów międzybrowowych i w dołku; miejsca te są wrażliwe także na dotknięcie katodą prądu stałego oraz na lekkie pędzlowania faradyczne.

#### 4. Napady hysteryczne.

Zanim wystąpią istotne napady żołądkowe, mogą przez długie lata trwać jedynie ogólne oznaki hysterii. Młode dziewczęta, małokrwiście, pochodzące częstokroć od matek hysteryczek, miewają bóle po jedzeniu (*irritable stomach* — anglików), tracą łaknienie, czują szczególniejszy wstręt do mięsa, przekładając natomiast pokarmy trudnostrawne lub rzeczy wcale nie jadalne. Z czasem bóle stają się coraz większemi, aż wreszcie następują wymioty i otóż gotowy obraz napadu.

W czasie samego napadu powstaje najprzód ból, potem wymioty; obok tego inne objawy opuszkowe, jak: zwolnienie tętna, duszność, kurcz głośni. Na zasadzie tych ostatnich szczególniejszych objawów Rosenthal przypuszcza w hysterii pochodzenie ośrodkowe napadów, skutkiem podrażnienia jądra nerwu błędnego.

U hysteryczek odróżniają jeszcze specyjalną postać wymiotów—t. zw. wymioty przelykowe (*Oesophagisme*)<sup>1)</sup>. Już Marshall Hall wykazał, iż skurcze przelyku wywoływać mogą wymioty, a, podług Bristowe'a, każdy nawet przypadek wymiotów u hysteryczek ma jakoby polegać na kurczu przelyku.

Déniau opisuje stan ten u hysteryczek w sposób następujący: Chora, połykając np. kęs pokarmowy, dostaje nagle napadu duszenia się; czuje ciało obce, tkwiące po za mostkiem lub między łopatkami. Po jakimś czasie chora przestaje się dusić, kurcz mija, a kęs posuwa się dalej ku żołądkowi, albo też zostaje on zwymiotowanym przed dojściem do żołądka. Podobny obraz okazywać mogą także przypadki kurczu spastycznego wpustu.

Drugą odrębną formą są wymioty mocznicowe u hysteryczek. Charcot<sup>2)</sup> znalazł u niektórych hysteri-

1) Déniau.—De l'hystérie gastr. 1883. Paris.

2) Charcot.—Krankh. d. Nervensystems. Uebersetzt von Fetzer. T. I.

czek mocznik w massach wymiotnych; dzięki temu poczytuje stan taki za rzeczywistą mocznicę. Według Charcot'a przyczyną ich ma być zupełne wstrzymanie moczu (*anuria*) pochodzenia nerwowego. Że zaś nie występują tu zwykle groźne objawy mocznicowe, Charcot objaśnia wydzieleniem się mocznika przez błonę śluzową żołądka oraz zmniejszeniem wytwarzaniem się mocznika w ustroju skutkiem mniejszej w ogóle przeróbki materii u hysteryczek. Inni autorowie (Fabre, Huchard) nie uważają wymiotów tych za mocznicowe, gdyż we krwi takich hysteryczek ilość mocznika nie bywa powiększoną (Grehant).

Wymioty krwawe u hysteryczek. Oprócz miesięczki zastępczej, oprócz krwotoków jednocześnie z miesięczką występujących, istnieje trzeci jeszcze rodzaj, gdzie wymioty krwawe powstają bez żadnego z miesięczką związku. Wpływ ośrodków nerwowych jest tu o tyle prawdopodobnym, że znajdowano wybroczyny krwawe w błonie śluzowej żołądka po obrażeniach niektórych części mózgowia. Charcot przypuszcza w tych razach zmiany w czynności nie tylko nerwów naczynioruchowych, ale także i odżywczych.

Odróżnienie wymiotów krwawych od wrzodu żołądka bywa nieraz bardzo trudnem; wtedy najlepiej zastosować leczenie próbne Leube'go czyli innemi słowy, leczyć wrzód żołądka.

##### 5. Napady żołądkowe przy zimnicy.

Napady mogą być bardzo gwałtowne, z objawami zaści; massy wymiotne zawierać mogą nawet domieszkę krwi. Napady występują zazwyczaj w określonych odstępach czasu; jednakże niekiedy wyraźnego typu nie spostrzegamy, jak to stwierdziłem w jednym przypadku, leczonym wspólnie z prof. Baranowskim, w którym tylko powiększenie śledziony oraz zamieszkiwanie chorego w okolicy nadrzecznej, niskiej, na właściwe źródło napadów uwagę skierowało.

Oser<sup>1)</sup> zaznacza, iż mogą być formy napadów, nie cechujące się ani obrzmieniem śledziony, ani typowemi wa-

<sup>1)</sup> Oser.—l. c. Str. 41.

haniami gorączkowemi; tutaj rozpoznanie opiera się na skuteczności chininy.

#### 6. Gastroxynsis nervosa—Rossbach <sup>1)</sup>.

Choroba dotyka głównie klasz zamożniejszych, zwłaszcza ludzi wystawionych na długotrwałe, utrudzające wysiłki psychiczne. Występuje w postaci napadów, trwających po dni kilka i powtarzających się w odstępach parutygodniowych lub parumiesięcznych. Dłuższe przerwy w pracy umysłowej zmniejszają częstość napadów. W chwilach wolnych od napadów pacjenci są zupełnie zdrowi. Najczęściej zapadają ludzie, w wieku średnim będący, niekiedy zaś choroba występuje już około 12—20 roku życia. Przyczynami wywołującymi są: wrażenia moralne, praca umysłowa, nadużycie tytoniu.

Napad zaczyna się bądź odrazu silnym bólem głowy, coraz bardziej się wzmagającym, bądź najprzód uczuciem palenia w żołądku (*Schärfe, Aetzung*), do którego później dopiero przyłącza się ból głowy. W ciągu krótkiego czasu (jednej lub kilku godzin) uczucie palenia, które powstaje zarówno na czczo, jako też po jedzeniu, staje się coraz większem, a w nocy spać nie daje. Przyjęcie pokarmów sprawia nieznaczny ulgę, lecz na chwilę zaledwie. Zgagi nigdy Rossbach nie dostrzegali.

Ból głowy dosięga najwyższego stopnia; choremu wydaje się, jak gdyby czaszka miała pęknąć. Twarz blednie, zapada się, występuje ból w oczodołach, uczucie mrowienia w jednej z kończyn górnych; następnie mdłości i gwałtowne wymioty. Wymiociny są bardzo kwaśne, w gardzieli sprawiają nieznośne palenie. Stopień ich kwaśności wynosi 0,4%; kwaśność zależy przeważnie od HCl, a w pewnej mierze i od kwasu mlecznego; obok tego ślady kwasów tłuszczowych lotnych. Dopiero po zupełnem opróżnieniu się żołądka ustają mdłości i ból głowy. Chory zasypia i budzi się zupełnie zdrowym, a nawet czuje się rzeświejszym, niż dawniej. Parę szklanek wody letniej sprawiają widoczną ulgę, a wypite dość wcześnie, bezpośrednio przed mającym się rozpocząć napadem, zapobiegają nawet takowemu.

<sup>1)</sup> Rossbach. — Nervöse Gastroxynsis als eine eigene genau charakterisirte Form der nervösen Dyspepsie. D. Arch. f. klin. Med. T. 35. Str. 383.

Rossbach utrzymuje, iż pod wpływem różnych bodźców, czy to wychodzących wprost z mózgu, czy przechodzących od obwodu odruchowo na nerw błędny, powstaje nadmiernie kwaśny sok żołądkowy.

Podług Rosenthal'a <sup>1)</sup>, który także jeden przypadek spostrzegł, różne zjawiska mózgowie w sferze nerwu błędnego wskazują, iż mamy tu do czynienia z podrażnieniem ośrodka naczynioruchowego, w następstwie czego powstaje podrażnienie opuszkowego ośrodka wymiotnego oraz ośrodka wydzielniczego, który leży zapewne bardzo blisko poprzedniego.

Jako *Gastroxia juvenilis* opisuje Rosenthal (podług Leube'go) analogiczne napady żołądkowe u dzieci, uczęszczających do szkół. Pod wpływem wysilającej pracy umysłowej dostają one silnego bólu głowy oraz wymiotów. W wymiocinach R. znalazł obfitą ilość kwasu solnego. Usunięcie dziecka ze szkoły zapobiega dalszym napadom.

Migrena (*Hemicrania*) jest nerwicą zupełnie podobną do opisanej przez Rossbach'a, gdyż towarzyszą jej również bóle głowy i wymioty, a z drugiej strony i przypadłości w sferze naczynioruchowej. Jednakże Rossbach ściśle obie choroby odróżnia.

Leczenie zapobiegające napadom przy *Gastroxynsis* polega na wypiciu 1—2 szklanek wody letniej lub herbaty. W razie obecności rozwiniętego już napadu skorzystać należy z przerwy choćby chwilowej, w której wymioty ustają, i dać choremu szklankę wody do wypicia.

## 7. Napady odruchowe.

Tą nazwą oznaczamy napady przy kamieniach żółciowych i nerkowych, nerce wędrownej, pasorzytach w przewodzie jelitowym oraz przy chorobach narządów płciowych kobiecych. Cechy rozpoznawcze dla każdego z cierpień wymienionych znajdzie czytelnik w odpowiednich działach patologii wewnętrznej.

### Leczenie napadów żołądkowych.

Leczenie to rozpocząć należy przede wszystkim od skierowania uwagi na momenty przyczynowe. Wie-

<sup>1)</sup> Rosenthal.—l. c. Str. 104.



my już, jak trudno wskazaniu temu zadość uczynić w każdym pojedyńczym przypadku, a z drugiej strony jak często wszelka interwencja lecznicza okazuje się daremną tam nawet, gdzie przyczynę nerwicy znamy dokładnie.

Najczęściej zdarza się widywać chorych podczas napadu. Wtedy stan pacjenta przedstawia się w postaci tak groźnej, iż w danej chwili myśleć możemy jedynie o zmniejszeniu cierpień podmiotowych, pozostawiając wszelkie podstawowe, na etjologii oparte leczenie na później.

Leczenie napadu bywa symptomatyczne. Stosuje się tu środki kojące, narkotyczne: morfinę podskórną, ciepłe okłady, połykanie lodu tłuczonego, prąd stały (anodę na dółek podsercowy), krótkie wzięwania chloroformu, eter wewnętrznie i t. d.

Dopiero po uspokojeniu się napadu przystępujemy do dokładnego zbadania tegoż przyczyny. Opis leczenia napadów, polegających na zmianach w ośrodkach nerwowych, należy do dzieł specjalnych.

Przy nerwicach ogólnych, jak hysteryja i neurastenija, znajdują zastosowanie te środki, które podnoszą odporność i dzielność ustroju w ogólności: wodolecznictwo, morze, powietrze górskie, niekiedy elektryczność; obok tego odpowiednie przepisy dyjetetyczne. Już samo usunięcie się od zajęć na czas jakiś lub też przedsięwzięcie podróży zdoła niekiedy wpłynąć na chorego pomyślnie.

Przy małokrwistości i blednicy — arsen i żelazo. Gdy jednocześnie podejrzewamy obecność wrzodu, wówczas leczymy metodą próbną Leube'go.

Napady żołądkowe pochodzenia zimniczego usuwa się za pomocą chininy. Jeśli tylko uda się nam wpaść na właściwe źródło choroby, wtedy owe gwałtowne objawy żołądkowe nie powinny nas powstrzymywać od stosowania większych dawek chininy, zupełnie tak samo, jak przy niestrawności, zależnej od choroby serca, nie bywa przeciwwskazaną naparstnica.

Chininę daje się wewnętrznie, podskórną oraz w lawatywach. Z preparatów, oprócz chlorku i siarczanu, zalecają: *Ch. hydrobromicum*, *arsenicum*, *boricum* i *salicylicum*. *Chininum arsenicosum* rozpuszcza się łatwo w wodzie gorącej (w zimnej z trudnością); wewnętrznie  $\frac{1}{6}$  —  $\frac{1}{3}$  gr. po 2 — 3 razy dziennie. Pozostałe środki daje się wewnętrznie w ilości 10—15 gr., 2—3 razy dziennie; do zastrzykiwań podskór-

nych Rosenthal zaleca głównie *Ch. boricum* (z wodą i gliceryną) 5—8 gr. w jednej strzykawce.

Drugim środkiem specyficznym przeciwzimmniczym, zwłaszcza w postaciach przewlekłych, jest arsen (*Sol. Fowleri* lub *Pearsoni*). Niektórzy wymieniają *Tct. eucalypti globuli* łyżeczkami, parę razy dziennie. Prócz tego przy obrzmieniach przewlekłych śledziony: *Karlsbad*, *Marienbad*, *Kissingen*, *Homburg*.

Napady żołądkowe odruchowe leczą się stosownie do pochodzenia.

W wielkiej jednakże liczbie przypadków przyczyna napadów pozostaje niewiadomą. Tu więc pozostaje nam tylko leczenie objawowe, a mianowicie środki następujące: Płókanie żołądka wodą o ciepłocie wyższej, samą lub z dodatkiem bromku sodu, chloralu, wody chloroformowej lub siarkowęgłowej nasyconej. Dalej stosuje się prąd elektryczny.

Ze środków wewnętrznych: kokaina (2 gr. na 4 unc. wody oraz 1 unc. wysokoku, co  $\frac{1}{2}$  godz. łyżeczkę); bromek sodu w dawkach coraz wzrastających; kofeina; wronie oko; nitrogliceryna; chloral; beladonna i inne. Również można przepisywać do użytku wewnętrznego *Aq. chlorofarmatam satur.* z części oraz *Aq. flor. aurant.* i *Aq. menth. pip.* po jednej części, 3 łyżki dziennie.

W wyborze diety zachowywać należy pewną ostrożność, bacząc na to, iż na dni kilka przed mającym wybuchnąć napadem choroby tracą niekiedy łaknienie i doznają przypadłości dyspeptycznych; oraz że podczas napadu żołądek do tego stopnia bywa wrażliwym, iż żadnego prawie pożywienia nie znosi. Najlepiej więc zacząć od mleka w jakiejś formie, które się daje łyżkami co  $\frac{1}{2}$ —1 godziny, z lodem, koniakiem lub bez dodatków.

## II. Niestrawność nerwowa (Dyspepsia nervosa — Leube).

Niestrawność nerwowa stanowi drugą grupę nerwic złożonych. Nerwica ta w latach ostatnich bardzo wiele narobiła wrzawy; powstawano z licznych stron zarówno przeciw samemu pojęciu, jako też i przeciw nazwie rzeczowego cierpienia.

Pod nazwą niestrawności w znaczeniu ogólnem pojmujemy zaburzenia w trawieniu, uwydatniające się kilkoma znanymi objawami, przeważnie natury podmiotowej. Jest to więc pojęcie niezmiernie rozległe. Właściwie należałoby tu włączyć w wszystkie choroby żołądkowe, a nawet nie tylko żołądka, ale i choroby innych narządów, które drogą odruchową wywołują zaburzenia żołądkowe. Lecz tak szerokie pojmowanie niestrawności spowodowałoby tylko niepotrzebne zamieszanie i utrudniłoby nam ściśle wyróżnienie nerwowych form tejże.

Pomijając zatem już z góry niestrawność, występującą przy zmianach anatomicznych żołądka — nieżyty, wrzodzie, raku i rozszerzeniu, — winniśmy jednakże wykluczyć i niektóre inne formy. Reichman<sup>1)</sup> słusznie zaznaczył, iż „niestrawności nerwowej“ nadano z jednej strony pojęcie zbyt obszerne, z drugiej zbyt ciasne; uważa on niestrawność nerwową jako „zbiór objawów“ dyspeptycznych bez względu na to, czy udział w powstawaniu tych zjawisk biorą nerwy, czy też mięśnie żołądka. Oser<sup>2)</sup> ściślej jeszcze określił te formy niestrawności, któreby z działu właściwej „niestrawności nerwowej“ wykluczyć należało, dzieląc je na trzy grupy: a) Niestrawność powstającą wskutek upośledzenia ruchów żołądka (*Dysp. myogenea*); b) Niestrawność zależną od upośledzenia zdolności wydzielniczej żołądka (*D. secretoria*), i c) Niestrawność, której źródłem są choroby innych narządów, wpływające na żołądek drogą zaburzeń w krążeniu i w mieszaniu krwi (*D. haematogenea*), jak np. choroby serca, płuc, wątroby, dalej małokrwistość, niektóre charłactwa i inne. Szczególniej zaburzenia ostatniej tej grupy uważano dawniej prosto za nieżyt żołądka i w tym kierunku leczono, najczęściej, rozumie się, bezskutecznie.

Po wykluczeniu wszystkich wymienionych postaci niestrawności pozostaje nam dział niestrawności pochodzenia nerwowego. Wszelako i tu przeprowadzenie ściślej granicy pomiędzy ostatnią a tamtymi jest bardzo trudnem, ponieważ na gruncie nerwowym powstawać mogą rzeczywiste zmiany anatomiczne, jak np. rozszerzenie w następstwie niedowładu nerwowego błony mięśniowej żołądka, oraz zmiany wydzielnicze, np. nadmierna kwaśność soku żołądkowego.

<sup>1)</sup> Reichman.—Niestrawność nerwowa. (Gaz. Lek. 1883 N-20—23.

<sup>2)</sup> Oser.—l. c. Str. 53.

Cóż więc mamy rozumieć ostatecznie pod nazwą „niestrawność nerwowa“ i w jaki sposób chorobę tę określić?

W tym względzie istnieją dotychczas poglądy najsprzeczniejsze.

Kwestyja poruszoną już była przed laty we Francji i Anglii. Niemcy, pozostający pod wpływem szkoły Rokitański'ego i Virchow'a, trzymali się przez czas długi kierunku przeważnie anatomicznego i zaniedbywali zaburzenia żołądka nerwowe, sprowadzając wszystko, co nie było wrzodem lub rakiem, do niezytu. Natomiast francuzi i anglicy, baczniejsi spostrzegacze kliniczni, zwrócili już oddawna uwagę na istnienie wyraźnych i ciężkich zaburzeń żołądka, co do wyjaśnienia których anatomija patologiczna nie zawsze dawała odpowiedź.

Leube<sup>1)</sup> wy dobył ponownie na jaw kwestyję „niestrawności nerwowej“ i wzbudził tak powszechne zajęcie pośród lekarzy niemieckich, jak gdyby odkrył rzecz zupełnie nową. Wynikiem tego było, że wkrótce ukazały się liczne prace o tym przedmiocie, a przeciw Leube'emu wystąpiono z całym arsenałem zarzutów, dotyczących i nazwy i tłumaczenia niestrawności nerwowej.

O co chodziło Leube'emu?

Podług niego sam akt fizjologiczny trawienia, który już przez człowieka zdrowego odczuwany bywa w pewien niewyraźny sposób, a to skutkiem nagłego przejścia żołądka ze stanuspozycynku do pracy oraz skutkiem nagłego dopływu krwi do żołądka,—akt ten wywołuje u niektórych ludzi odczyn niezwykle silny i pociąga za sobą pewne zjawiska nerwowe, jako to zmęczenie, zawroty i bóle głowy, osłabienie ogólne, duszność, senność, bicie serca i t. p.; ze strony zaś żołądka objawia się odbijaniem, mdłościami, dochodzącymi aż do wymiotów, uciskiem i pełnością w dołku, zgagą i t. d. Tym sposobem istnieje niekiedy nadmierna drażliwość nerwów żołądkowych nawet w obec bodźca prawidłowego, czyli że zwykła, fizjologiczna czynność stanowi dla ustroju chorego zadanie zbyt trudne do pokonania.

W r. 1883-im, na III-im kongresie dla medycyny wewnętrznej postawiono kwestyję tę znów na porządku dziennym. Jako referent, Leube<sup>2)</sup> powtórzył w zasadzie da-

1) Leube.—Ueber nervöse Dyspepsie (D. Arch. f. klin. Med.T. 23).

2) Dritter Congress für innere Medicin. 1884. Str. 204.

wny pogląd, rozwinąwszy go obszerniej i oparłszy wnioski swoje na stu nowych spostrzeżeniach. Leube pozostał przy swem twierdzeniu, jakoby akt trawienia grał rolę najwybitniejszą w powstawaniu objawów niestrawności nerwowej.

Co do przyczyn takowej, Leube wyznaje wprawdzie, iż ogólny rozstrój nerwowy (hysteryja, neurastenija), a także zakażenia (przymiot) oraz niekiedy cierpienia innych narządów (np. macicy) wywoływać mogą owo nieprawidłowe oddziaływanie nerwów żołądkowych na bodziec fizjologiczny, — wszelako z drugiej strony w największej liczbie przypadków przyczyna pozostaje ukrytą, a wówczas winić zapewne należy sam akt trawienia, czego dowodem jest, iż u wielu osobników choroba rozpoczyna się od razu objawami niestrawności, bez poprzedzających zjawisk nerwowych.

Leube zwraca jeszcze na tę okoliczność uwagę, iż nie zawsze czynność trawienia wywołuje przypadłości dyspeptyczne; niekiedy właśnie występują one na czczo, gdy natomiast przyjęcie pokarmu je łagodzi. Tu ucieka się Leube do sztucznego nieco wyjaśnienia; mianowicie przypuszcza, iż nerwy żołądka tak w jednym, jak i w drugim razie okazują wzmożoną pobudliwość; lecz przez wprowadzenie pokarmu pobudliwość ich ulega chwilowemu przytłumieniu, w sposób analogiczny jak np. mocny ucisk nerwów podczas nerwobólu usuwa niekiedy na czas pewien uczucie bolesne.

Nic dziwnego, że takie tłumaczenie nowej postaci chorobowej, której chwiejność Leube, jak się zdaje, sam czuł dobrze, nikogo zadowolnić nie mogło. Powstała tedy żwa w tym przedmiocie dyskusja.

Wszyscy niemal zgodnie wystąpili przeciw samości niestrawności nerwowej, poczytując ją jako jeden z przejawów ogólnego zaburzenia nerwowego — neurastenii.

Ewald<sup>1)</sup> zaznaczył przedewszystkiem ważny wpływ cierpienia kiszek na powstawanie objawów niestrawności; pomiędzy żołądkiem a kiszki istnieje, zdaniem jego, ścisły związek. Objawy kiszkowe przy omawianej chorobie miewają miejsce zawsze, lubo często bywają mniej wydatne.

<sup>1)</sup> Ewald.—III Congress etc. Str. 229.

Niekiedy zaś występują na pierwszy plan pod postacią zaparcia (rzadziej—biegunki), wzdęcia całego brzucha, punktów bolesnych w rozmaitych miejscach ściany brzusznej; obok tego napotyka się przypadłości ze strony żołądka i układu nerwowego. W ten sposób zaburzenia dotyczyć mogą całego przewodu pokarmowego, z tą jednak różnicą, iż raz bardziej cierpi żołądek, innym znów razem kiszki. Ewald poczytuje więc niestrawność nerwową jako wyraz ogólnej niemocy nerwowej, która jedynie w rzadkich przypadkach umiejscawia się wyłącznie w żołądku lub kiszkach, skutkiem czego wydaje się, jakoby narządy te zachowały pierwotnie.

Analogiczne z Ewaldem stanowisko zachowali Stiller, Burkart i i.

Stiller <sup>1)</sup> upatruje tu również ogólne usposobienie neuropatyczne; lecz z drugiej strony zalicza do niestrawności nerwowej i te zaburzenia w trawieniu, które powstają odruchowo, np. przy cierpieniach macicy lub jajników. Uważa on niestrawność nerwową za nerwicę złożoną, w której mogą być zaburzenia ruchowe, czuciowe i wydzielnicze. Tym sposobem nie jest to jasno sformułowana i jednolita postać chorobowa, lecz raczej połączenie kilku chorób, mających wspólne pochodzenie neuropatyczne bądź samoistne, bądź odruchowe.

Ponieważ wszystkie właściwie objawy ze strony żołądka uważanemi być muszą jako wyraz niestrawności, przeto należałoby i te formy tu zaliczyć, które w oddziałach pojedynczych zostały odrębnie wyszczególnione, jako to: brak łaknienia, bóle kardyjalgiczne, ucisk, odbijanie i t. p. Jakkolwiek uzasadnione teoretycznie, byłoby to ze stanowiska praktycznego niewłaściwem, gdyż stworzyłoby zamęt na nowo. Dla tego też Stiller, nadając nerwicom wymienionym oddzielne miejsce w klasyfikacji chorób nerwowych żołądka, radzi ograniczyć pojęcie niestrawności nerwowej do tej postaci chorobowej, jaka odpowiada zwykłej niestrawności t. j. takiej, jaką okazuje umiarkowany przewlekły nieżyt żołądka.

Widzimy, iż Stiller, stając pod względem etjologicznym na jednym punkcie z Ewaldem, nadał pojęciu

<sup>1)</sup> Stiller.—l. c. Str. 162.

niestrawności nerwowej cechą bardziej określoną i rozszerzył je o tyle, iż włączył te także formy niestrawności, które powstają drogą odruchową.

Analogiczny ze Stiller'em pogląd rozwinął Oser<sup>1)</sup>, tylko w kształcie nieco zmienionym. Wedle Oser'a w dziedzinie nerwów, rządzących czynnościami żołądka (nerw błędny, współczulny i zwoje miejscowe) powstawać mogą zaburzenia czynnościowe, co do których nie posiadamy dotąd podstaw anatomicznych. Zaburzenia te dotyczą sfery ruchowej, czuciowej, wydzielniczej i naczynioruchowej, czyli jednym słowem wszystkich. Oser więc poczytuje niestrawność nerwową za nerwicę złożoną (*combinirte Gastroneurose*), ale główny nacisk kładzie na to, iż najwybitniejszemi nerwicy tej objawami są zaburzenia czuciowe, dające się określić mianem nadczułości (*hyperaesthesia*). Z tego względu Oser nie uważa nawet za konieczne tworzenie jakiegokolwiek nazwy nowej, gdyż pojedyncze postaci nerwowych (czuciowych) zaburzeń żołądkowych otrzymały już odpowiednie sobie nazwy i miejsca w klasyfikacji nerwic żołądka. Wszystko więc będzie jedno, czy nazwa brzmi: „niestrawność nerwowa,“ czy „neurastenija żołądkowa“ lub inaczej.

O ile widać z powyższego przeglądu literatury, który w ogólnych zarysach przytoczyłem i którego nie chcę rozszerzać jeszcze bardziej, panuje dotąd znaczne zamieszanie w pojęciach o niestrawności nerwowej; nie mniej przeto kwestyja poczyna się do pewnego stopnia wylaniać w należytem świetle. Nerwica ta została już dziś określoną o tyle, że z jednej strony rozszerzono, z drugiej natomiast ściętno pojęcie o takowej.

Najlepiej wywiązali się z zadania tego Oser i Stiller. Sądzę, iż na właściwem stanowisku wówczas dopiero pozostaniemy, jeśli poglądy obudwu autorów powyższych zespolicimy w jedną całość.

Z jednej strony Stiller dobrze uczynił, wyróżniwszy niestrawność nerwową jako postać chorobową odrębną, której objawy przypominają nam dolegliwości, napotykanne przy niezycie przewlekłym żołądka. Z drugiej strony Oser słusznie uważa niestrawność nerwową jako nerwicę przeważnie czuciową, gdyż obraz jej składa się wyłącznie prawie

<sup>1)</sup> Oser.—l. c. Str. 62.

z przypadłości podmiotowych, doznawanych przez samego chorego. Lecz Oser posuwa się zbyt daleko, pragnąc wykreślić niestrawność nerwową zupełnie z rzędu nerwic żołądka przez pozbawienie jej charakteru samostnej formy chorobowej.

Tego w żaden sposób uczynić niepodobna. Każdy bowiem, kto spostrzegał tak częste, codzienne niemal przypadki niestrawności nerwowej, przyznać musi, iż przypadki te, różniąc się między sobą może w szczegółach pojedynczych, okazują jednak samoistny i charakterystyczny obraz kliniczny, chorobę *sui generis*. W tym względzie najzupełniej godzić się trzeba z Reichman'em i Leyden'em, którzy niestrawność nerwową jako określoną formę chorobową poczytują.

Zaliczam przeto do niestrawności nerwowej wszystkie takie przypadki, w których przypadłości dyspeptyczne nie mają podstawy anatomicznej, opartej na chorobowych zmianach ścian żołądka; oraz z drugiej strony wykluczam te nerwice, w których zdołano już odnaleźć faktyczne, przedmiotowe zaburzenia w sferze czynnościowej (ruchowej i wydzielniczej) żołądka, jak np. *Gastroxynsis* Rossbach'a lub przypadki Reichman'a. Te bowiem ostatnie znalazły odpowiednie dla siebie pomieszczenie pośród innych działów nerwic żołądka.

Być może, iż wraz z dalszym postępem wiedzy uda nam się w przyszłości zakres niestrawności nerwowej w ciśniejsze ująć ramy, a nawet być może, iż utraci ona kiedyś dotychczasowe swe znaczenie nerwicy samoistnej. Różni autorowie przypuszczają tu wprawdzie istnienie zaburzeń ruchowych i wydzielniczych; jest to jednak tylko przypuszczenie, przez fakta dotąd niestwierdzone. Nam chodzić winno tymczasem o stronę praktyczną, a z tego spoglądając punktu, musimy w klasyfikacji nerwowych chorób żołądka posiadać odpowiednią rubrykę dla nerwicy, którą lekarz tak często ma sposobność napotykać.

Jedyną cechą obiektywną w tej nerwicy jest fakt, że akt trawienia odbywa się w sposób prawidłowy, że żołądek mniej więcej w 7 godzin po objedzie bywa próżnym. Ten objaw Leube'go nie jest wprawdzie patognostycznym, nie rozstrzyga w danym przypadku stanowczo wszelkich wątpliwości, nie wyjaśnia, jakim sposobem odbyła się chymifikacja miazgi pokarmowej i wydalenie jej z żołądka;



wszelako przepłókiwanie próbne daje nam w wielu razach punkt oparcia dla rozpoznania.

W obec opisanych różnic w poglądach na niestrawność nerwową, musiały też powstać nieporozumienia w kwestyi samej nazwy. Przeciw Leube'mu zgodny podniesiono zarzut, iż nazwa „niestrawność“ już przez to jest niewłaściwą, że akt trawienia bywa przecie zdaniem jego normalnym. Dla tego Burkart wprowadził nazwę „*Neurasthenia gastrica*“, Ewald „*Neurasthenia vago-sympathica*“, Rosbach „*Digestive Reflexneurose*“, Rosenthal „*Dyspepsia asthenica*“. Oser poprzestaje na nazwie „*Gastroneurosis*“ lub „nerwowe cierpienie żołądka“; wreszcie Stiller radzi pozostać przy nazwie Leube'go.

Żadna z nazw powyższych nie jest wolną od zarzutu „Neurastenija“ wskazuje nam znaną postać ogólnego czynnościowego rozstroju nerwowego, a wszak są chorzy, u których brak objawów neurastenii. „*Magenneurose*“ Oser'a jest pojęciem zbyt ogólnikowem. „*Reflexneurose*“ Rosbach'a jest nazwą zbyt ciasną, gdyż wskazuje jakoby na odruchowe jedynie pochodzenie.

Dla tego też, pomimo, iż mianowanie „niestrawnością“ choroby, w której nie znaleziono dotąd zaburzeń w chemizmie trawienia, jest błędem, najlepiej byłoby pozostać przy pierwotnej, ogólnie upowszechnionej nazwie Leube'go. Wszak nam chodzi właściwie nie o nazwę, ale o istotę rzeczy.

Objawy niestrawności nerwowej, jak już nadmieniałem, nie mają żadnej cechy charakterystycznej, któraby od razu pozwalała nerwicę tę rozpoznać. Z całkowitego obrazu przypadłości możemy jedynie przypuszczać obecność niestrawności nerwowej, uwzględniając te momenta, jakie w symptomatologii ogólnej nerwic żołądka przytoczone zostały.

Ze strony żołądka spostrzegamy objawy następujące:

1. Pełność i ucisk w dołku. Na te dolegliwości chorzy skarżą się najczęściej. Nie zawsze zależą one od wzdęcia żołądka przez gazy; niekiedy wzmagają się po jedzeniu; innym razem od przyjmowania pokarmów nie zależą.

2. Bóle nie tylko w okolicy żołądkowej, lecz i w innych punktach ściany brzusznej. Palpacja jednakże owych punktów nie zawsze bywa bolesną.

3. Odbijanie, zazwyczaj gazami bez smaku i zapachu. Kwaśne odbijanie i zgaga pojawiają się rzadko i niekoniecznie zależą od wytwarzania się nieprawidłowych kwasów w żołądku.

4. Łaknienie rozmaicie się zachowuje. Najczęściej bywa utrata lub zmniejszenie łaknienia, rzadko głód wilczy. Jakość pokarmów mniejszą gra rolę w powstawaniu dolegliwości żołądkowych, niż ilość takowych.

5. M d ł o ś c i, w rzadkich przypadkach dochodzące do w y m i o t ó w. Wymiociny zawierają śluz z domieszką żółci, resztki pokarmowe, lecz nie ma w nich ani grzybków, ani produktów rozkładu.

6. Zaparcie. Jest to jeden z najczęstszych i najbardziej chorego trapiących objawów, któremu całą swą chorobę przypisuje; rzadziej pojawia się biegunka.

Objawy ogólne: Bardzo często występują z a w r o t y głowy, częściej niż przy jakiegokolwiek innej chorobie żołądka. Bywają bądź po jedzeniu, bądź naczczo; podczas pozostawania w łóżku chory może nie doznawać ich wcale, lecz dopiero przy wstawaniu; niekiedy zawrót daje się wywołać za pomocą uciskania okolicy żołądkowej. Z innych objawów zdarzają się: napływy krwi do głowy, bóle głowy, bezsenność lub rzadziej skłonność do snu, rozdrażnienie, zły humor, zmęczenie ogólne, jak gdyby po długiej przechadzce, bicie serca, tętnienie aorty brzusznej, duszność, czkawka, ziewanie, uczucie gnienienia po za mostkiem i t. p.

Przyczyny niestrawności nerwowej mogą być nader różnorodne. Podług Leube'go w największej liczbie przypadków właściwa przyczyna pozostaje niewyjaśnioną; rzadziej za przyczynę poczytywaną bywa hysteryja i neurastenija, małokrwistość, choroby ośrodków nerwowych, zakażenia (przymiot, zimnica), nadużycia tytoniu, choroby narządów płciowych, choroba Bright'a, mocznica, okres połogowy, zaparcia przewlekłe, nieżyt żołądka. Tu dodać winniśmy, iż obecność tasiemca dawać może niekiedy obraz przypominający niestrawność nerwową.

Rokowanie bywa w ogóle niezbyt pomyślnem. W żadnym pojedyńczym przypadku określić się nie da, czy uleczenie będzie możliwem lub nie. Lekkie stosunkowo przypadki ciągnąć się mogą bardzo długo, gdy przeciwnie cięższe w ciągu krótkiego czasu ustępują, aby po niejakej przer-

wie powrócić na nowo. Niektórzy chorzy chudną, nasuwając tem podejrzenie organicznego cierpienia żołądka; częściej wszelako chorzy wyglądają dobrze. Podług Leube'go rozwinąć się może w następstwie gruźlica.

Leczenie odbywa się podług zasad, w ogólnej części pracy niniejszej wymienionych. Nie należy stosować środków miejscowych, jakie przy chorobach anatomicznych żołądka bywają używane, gdyż one szkodę tylko przynoszą; natomiast starać się trzeba o wzmocnienie oddziaływających chorobliwie nerwów całego ustroju, a w szczególności nerwów żołądka, za pomocą elektryczności, hydroterapii i in. Srodki gorzkie (*amara, tonica*) utraciły w znacznym stopniu swe znaczenie; nawet co do zachwalanej dawniej ergotyny Leube zmienił później swe zdanie. Reichman przekonał się kilkakrotnie o skutecznym wpływie przyżegań żegadłem Paquelin'a. Co się tycze diety, należy z jednej strony strzedz się wszelkiej wyłączości i zbytnej bojaźliwości w wyborze pożywienia; lecz pamiętać także musimy o tem, ażeby zalecać choremu takie jedynie pokarmy, któreby nie drażniły w jakikolwiek sposób podnieconych nerwów żołądka.

Na zakończenie przytoczę kilka przypadków niestrawności nerwowej, spostrzeganych przezemnie w klinice Leube'go.

Przyp. I. B., lat 31, nauczyciel ludowy z Norymbergi, wstąpił do kliniki 29. IV. 86. Ojciec umarł w 71 r. życia skutkiem uwiąznięcia starczego; matka ma lat 68 i od dawnego czasu choruje na dnawe bóle stawowe. W rodzinie nerwowych chorób nie było. Żona i dzieci pacjenta zdrowe. Nadużyć żadnych nie popelniał; chorób w dzieciństwie nie przebywał. Będąc młodszym, pacjent jadł pośpiesznie i w znacznej ilości. W 21-ym roku życia pracował bardzo wiele umysłowo, przygotowując się do egzaminów. W rok później, nazajutrz po jakiejś zabawie, doznał zawrotu i ciężkości w głowie, mdłości, zasychania w gardle z ciągłym pobudzeniem do polykania, gniecienia w dołku i ogólnego zmęczenia. Obok tego opanowały go myśli ponure, obawiał się wybuchu jakiejś ciężkiej choroby i napróżno starał się zerwać. Wkrótce, znów po zabawie, objawy powyższe powróciły w dawnej mierze, szczególnie wzmogły się pełność i ucisk w dołku, połączone z uczuciem napięcia ścian brzusznych, zwłaszcza z rana na czczo; dalej odbijanie, przypominające objad wczorajszy, a niekiedy i mające smak kwaśny. Odbijanie zjawiało się także na czczo, po jedzeniu zaś nie wzmagało się. W żołądku chory doznawał uczucia jakiegoś ciężaru lub nawet ciała obcego, któregoby się chciał pozbyć. Łaknienie zmniejszyło się; nieraz wracało dopiero podczas objadu. Po jedzeniu chory czuł się zazwyczaj lepiej; ucisk w dołku prawie ustawał. Wszystko chorego drażniło, nawet gra na organach, której się przedtem oddawał chętnie; stał się bojaźliwym, miewał zawroty, powiększające się

podczas chodzenia, jak niemniej w razach gdy był głodnym. Powieki były jakby ołowiane; przytem ból nad oczodołami, bicie serca. Lekarz rozpoznał wówczas niezyt żołądka. W 24-ym roku życia t. j. 2 lata później chory dostał pewnego razu gwałtownego bólu w dolku po wypiciu większej ilości mleka; ból rozpościerał się w kierunku podżebrza prawego, a nazajutrz ustał. Chory udał się do Leube'go, który, podejrzewając wrzód żołądka, przepisał odpowiednią dyjetę; ta jednak pozostała bez żadnego skutku. W 3 lata później chory pojechał do Karlsbadu, ale tu podczas kuracyi czuł się jeszcze gorzej: był ciągle zmęczonym, jakby po odbyciu dalekiej wędrowki; zaparcie, dotąd nieznaczne, wzmogło się, ustępując niekiedy miejsca bieguncce; ból głowy i zawroty stały się większemi; mimo to sen i lanknienie pozostały prawidłowemi. Przed rokiem chory rozpoczął ścisłą kuracyję mleczną bez żadnego powodzenia; ucisk w dolku wprawdzie się zmniejszył, ale pozostało osłabienie i zmęczenie ogólne.

Odżywianie i budowa zupełnie dobre, cera twarzy zdrowa. Zęby do brze zachowane, język czysty. Płuca zmian przy badaniu fizykalnem nie okazują. Pierwszy ton u wierzchołka serca nieco rozszczępiony; tętno 96. Brzuch miękki, niebolesny. Dolna granica żołądka 5 ctm. po nad pepekkiem. Wątroba i śledziona nie powiększone. Mocz prawidłowy; c. wł. 1011. Odruchy kolanowe zachowane. Objawy podmiotowe: ucisk w dolku (po pokarmach tłustych większy), niekiedy zgaga (odbijań ani wzdęcia nie doznaje), ślinopłyn (na czczo), niesmak w ustach, zasychanie w gardzieli, połączone z uczuciem ściągania i częstem pobudzeniem do polykania; lanknienie zmniejszone. Głowa ociężała, zawroty, napływ krwi do głowy, uczucie gorąca w całym ciele, a nogi zimne; zmęczenie ogólne, bezsenność, bojaźliwość. Żołądek, przepłokany w 7 godzin po t zw. objedzie próbnym, okazał się zupełnie próżnym.

Przyp. II. S., lat 37 urzędnik, wstąpił do kliniki 11. V. 86. Matka umarła na suchoty, ojciec (lat 65) choruje oddawna na żołądek. Jedno dziecko pacjenta 7-letnie jest bardzo mało rozwiniętem, prawie od urodzenia miewa drgawki, nie chodzi i wcale prawie nie mówi. Chory nadużyć nie popelniał. W dzieciństwie był zolżowatym i przechodził odrę. W 24-ym roku życia, mając przez cały tydzień zaparcie stolca, wypił w krótkim czasie 14 butelek wody gorzkiej (*Friedrichshaller*). Wtedy dostał klócia po lewej stronie klatki piersiowej w okolicy serca oraz kaszlu; trwało to przez 4 tygodnie. Jednocześnie doznawać zaczął mrowienia w palcach rąk i przedramionach. W 29-ym roku życia pacjent miał bardzo wiele zająćcia, skutkiem czego jadał pośpiesznie i nie w czasie właściwym. To zrobiło go wysoce drażliwym. Obecna choroba rozpoczęła się 20 Czerwca 1884 roku: Będąc zupełnie zdrowym, pacjent doznał nagle uczucia, jak gdyby się coś podnosiło od żołądka ku górze; przytem czuł nieokreśloną obawę, duszność w piersiach, a w kończynach, które były zimne, kurcze i mrowienie. Niebawem oddał bardzo znaczną ilość moczu jasnego, przezroczystego, spoccił się i doznał ulgi. Atak ten trwał przez 3 godziny. Napady podobne powtarzały się dość często, niekiedy po kilka razy dziennie, lecz z mniejszą niż pierwszy gwałtownością. We Wrześniu 1886 r. pr. Wagner w Lipsku rozpoznał „*Myocarditis chr.*“ i przepisał *Inf. Digitalis* w ilości 3 flaszek. Lecz chory brał ten środek przez 7 miesięcy i wypił 22 flaszki, jako też 5 małych flaszeczek *Tct. Digitalis*. Wówczas wystąpiło odbijanie, zaparcia; stolce składały się z drobnych bryłek kału, podobnych do koziego

Odżywianie dobre; barwa skóry prawidłowa; tkanki tłuszczowej ilość dostateczna. Płuca, śledziona i wątroba zbroceń nie okazują. Tępość serca prawidłowa, tony czyste, drugi ton w tętnicy płucnej nieco wzmocniony. Tętno uderza 72 razy na minutę. Brzuch miękki, za dotykaniem nie bolesny; na całej jego przestrzeni otrzymuje się odgłos bębenkowy. Krzywizna wielka żołądka 2 ctm. nad pępkiem. Język czysty. Mocz zachowuje się prawidłowo. Na wysokości dolka podsercowego ból opasujący, idący od podżebrzy. Zaparcie bardzo znaczne, skutkiem czego chory doznaje klócia w różnych punktach ściany brzusznej, duszności, obawy, ściągania w krtani i bólu w okolicy serca. Po środku przeczyszczającym i odejściu gazów następuje ulga. Podczas oddawania stolca chory czuje ból w odbycie, parę minut trwający. Guzów krwawnicowych nie ma. Z innych objawów bywa: ucisk w dolku, wzdęcie całego brzucha, burczenie głośnie, odbijanie bez smaku, rzadko kwaśne, zarówno na czczo jak i po jedzeniu. Wymiotów nigdy nie miewał. Chory musi wybierać pokarmy ostrożnie i jadać mało, gdyż nawet po jajach lub chudym mięsie doznaje wzdęcia i odbijania; mleko znosi najlepiej. Na czczo oraz przy pozostawianiu w łóżku chory czuje się dobrze. Łaknienie zupełnie prawidłowe. Często występuje bicie serca, bezsenność, zawrót głowy i uciskanie w skroniach i tyłogłowi; bólów głowy nie miewa. Mocz oddaje wprawdzie bez bólu, lecz często (do 30 razy dziennie), kroplami, przy czem mocno musi napierać. Chory jest wysoce drażliwym; nawet dłuższa rozmowa go męczy; usposobienie hypochondryczne. Żołądek, przepłokany w 7 godzin po objedzie, nie zawiera żadnych resztek pokarmowych.

Przyp. III. S., kupiec 38-letni, przybył do kliniki 9. II. 86. Ojciec umarł w 74-ym roku życia skutkiem zwięzienia przelyku, siostra umarła w 28-ym roku wskutek guza macicy. Żona i dzieci zdrowe. Pacjent jest nałogowym palaczem tytoniu. W dzieciństwie kaszał przez 2 miesiące skutkiem stłuczenia klatki piersiowej. Przed dwoma laty bez powodu dostał ciśnienia w dolku, które wkrótce ustąpiło nagle, gdy pacjent mocno się rozgniewał pewnego razu. Półtora roku temu ciśnienie powróciło; wtedy chory udał się do L e u b e 'g o, który leczył go na wrzód żołądka bezskutecznie. Przed 5-ciu tygodniami pojawiły się nagle wymioty pokarmowe po jedzeniu. Odtąd powtarzały się one w odstępach tygodniowych, szczególnie po pokarmach płynnych, lecz nie po stałych. Na tydzień przed wstąpieniem do kliniki chory dostał mocnego bólu głowy i wymiotów; trwało to przez kilka godzin.

Odżywianie dobre. Narządy wewnętrzne bez zmian wykazać się dających. Tętno 54, pełne, równe. Brzuch nie wzdęty, wrażliwy przy dotykaniu (lecz nie bolesny) w dolku i podżebrzu lewym. Odbijanie kwaśne. Język czysty. Mocz bez składników nieprawidłowych. Częstokroć występuje bez powodu uczucie niezwykłego zmęczenia w całym ciele. Przepłokanie żołądka w 7 godzin po objedzie próbnym nie wykazało żadnych resztek pokarmowych.

Przyp. IV. W., lat 30, kucharka, wstąpiła do kliniki 26. III. 86. Ojciec zdrowy, matka umarła w pólgu; rodzeństwo zdrowe. Do 26-go roku życia chora dostrzegała w stolcach często robaki (*Ascaris*). Miesiączkowanie rozpoczęło się w 18-ym roku życia, przebiega zwykle z bolesnością, trwa 6—7 dni. Od lat trzech chora doznaje silnych bólów palących w łydkach i stawach kolanowych, niekiedy tak gwałtownych, iż w nocy sen przerywa-

ją; przyczem uczucie zmęczenia we wszystkich kończynach, nawet z rana podczas pozostawania w łóżku. Przed rokiem wystąpiły mdłości, utrata łaknienia, pragnienie, ból w całym brzuchu, połączony z uczuciem jak gdyby coś wypaść miało, zawroty, osłabienie ogólne, wreszcie upławy. Po 2-tygodniach nastąpiło polepszenie, jednak brak łaknienia i osłabienie pozostały. Przed 2-ma tygodniami chora po wypiciu kawy dostała mdłości i wymiotów, ucisku w dołku, ściągania w gardle, zaparcia. Wymioty powtarzały się często i po przyjęciu płynów tylko, szczególniej wody; natomiast po spożyciu pokarmów stałych wymiotów nie było.

Odżywianie upośledzone w niewysokim stopniu, oczy podkrążone, łącnice blade, tkanki tłuszczowej dość dużo. Płuca przy badaniu okazują stan prawidłowy. U wierzchołka serca pierwszy ton niezupełnie czysty. Śledziona i wątroba nie powiększone. Brzuch płaski, miękki; ból kołący samoistny lub za dotknięciem w dolnej połowie brzucha, począwszy od pępka. W dołku uczucie pełności i gniecienia. Odbijanie gazami, cuchnące; zasychanie w ustach. Senność, zmęczenie, bóle w krzyżu i dokoła stawów kostkowych. Język czysty. Mocz zupełnie prawidłowy. Mdłości występują tylko z rana na czczo; wzdęcie bywa bardzo znacznem, tak iż zmusza chorą do rozpinania sukien; od jedzenia nie zależy. Zaparcie stolca. W 7 godzin po spożyciu objadu próbnego przedsięwzięte płókanie próbne nie wykazuje żadnej zawartości w żołądku.

Przy p. V. K., lat 20, służąca, przybyła do kliniki 30. III. 86. Ojciec umarł w 57-ym roku życia skutkiem choroby płucnej; pozostałe rodzeństwo zdrowe. Chora zaczęła miesiączkować w 18-ym roku życia; miesiączka zwykle się opóźnia, bywa skąpą i bolesną. Już w 10-ym roku życia chora miewała silne bóle głowy, a jednocześnie z niemi wymioty na czczo lub po jedzeniu, składające się z mass śluzowych i żółci. Napady podobne powtarzały się co kilka tygodni. W 14-ym roku wymioty stały się bardzo rzadkiemi, lecz ból pozostał w poprzedniej mierze. Pewnego razu chora była w ciągu dwóch dni nieprzytomną i majaczyła. W 17-ym roku wystąpiły gwałtowne bóle kurczowe w całym brzuchu; jednocześnie chora zapadła na blednicę, z której pod wpływem żelaza wkrótce się wyleczyła. Podczas ubiegłej zimy pojawiły się bóle w rozmaitych stawach; przed 2-ma zaś tygodniami spuchły stawy kolanowe i kostkowe; obok tego była gorączka, utrata łaknienia, odbijanie, mdłości, ból w dołku zwłaszcza po jedzeniu, rozprzestrzeniający się w kierunku klatki piersiowej i ku ręce lewej.

Odżywianie dobre; błony śluzowe nieco blade. W płucach i sercu zmiany wykazać się nie dają; toż samo w wątrobie i śledzionie. Żołądek znacznie wzdęty; dolna granica zarysowuje się wyraźnie 6 ctm. powyżej pępka. Gneczenie w dołku oraz uczucie palenia, podnoszące się do wysokości gardzieli. Gneczenie to występuje też na czczo. Stolce opieszale. Zupełna utrata łaknienia, niesmak w ustach. Język czysty. Mocz zmian nie okazuje. Bóle w stawach kostkowych oraz lewym dłoniowym. Bicie serca, duszność, ból głowy, uczucie ogólnego zmęczenia. Przy płókanii próbnem żołądka w 7 godzin po spożytym objedzie wypływa przez zgłębnik zupełnie czysta woda.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologija i Medycyna wewnętrzną.

194. D-r Armand SIREDEY. **Przyczynę do badań nad zmianami wątroby w chorobach zakaźnych.** (Contribution à l'étude des alterations du foie dans les maladies infectieuses). *Revue de Medecine* N. 4.

Stłuszczenie komórek wątrobowych w chorobach zakaźnych jest już dziś, dzięki pracom wielu badaczy, faktem ustalonym. Co do zmian śródmiąższowych w wątrobie, znajdujemy w literaturze nieliczne spostrzeżenia. Ranvier i Cornil, streszczając dotychczasowe wiadomości o zmianach wątroby w chorobach zakaźnych, nazywają je ogólnem mianem zapalenia wątroby miąższowego, które się zaczyna od zmętnienia i obrzmienia komórek i prowadzi do ich zwyrodnienia tłuszczowego a nawet do zupełnego zniszczenia. Autor nie podziela tego powszechnie przyjętego zdania. Opierając się na badaniach przeprowadzonych nad wątrokami przy tyfusie, ospie, błonicy, cholery, szkarlatynie, sądzi on, że chociaż zdarzają się wypadki w których jedynie zmiany w komórkach występują, jednak najczęściej spotyka je się razem ze zmianami śródmiąższowymi, często zaś te ostatnie na pierwszy plan się wysuwają.

Zmiany makroskopijne. Wyład wątroby nie przedstawia cech specjalnych dla poszczególnych chorób zakaźnych; różnice pod tym względem spostrzegane zależą więcej od okresu choroby, w którym śmierć przypadła. Zwykle wątroba posiada prawidłową swą objętość, czasem jest nieco powiększona, częściej nieco zmniejszona. Konsystencja jej jest mniej lub więcej miękka. Kolor wyraźnie zmieniony. Najczęściej powierzchnia wątroby jest żółta o czerwonych lub sinych smugach, zależnych od zastojów krwi w niektórych jej częściach, oraz od wynaczynień pod torebkę Glissona. Spotyka się jednak takie wątroby, w których przeważa kolor żółty albo jest nawet wyłącznym. Miejsca zabarwione na czerwono świadczą o wcześniejszym czynnym okresie choroby, kiedy przewaga koloru żółtego dowodzi dłuższego cierpienia wątroby, które już sprowadziło zwyrodnienie.

Na przecięciu spotykamy również pasma w stanie przekrwienia obok miejsc niedokrwistych. Stosuje się to głównie do części obwodowych, gdzie widać także małe ogniska krwotoczne. Czasem powierzchnia przecięcia wątroby ma wygląd wyraźnie tłusty i nóż wytarty o papier daje na tym ostatnim tłuste plamy.

Wypada zaznaczyć, iż na wygląd wątroby znaczny wpływ wywiera stopień gnicia trupa, oraz dawniejsze cierpienia tego organu, jak marskość, kamienie żółciowe. Otóż wątroby badane przez autora znajdowały się pod tym względem w warun-

kach pomysłnych, gdyż pochodziły od osobników młodych, kilka nawet od dzieci, i zebrane były zimą.

**Zmiany drobnowidzowe.** Badając pod mikroskopem wątrobę w rozmaitych chorobach zakaźnych, autorowie widzieli zmiany jedynie w komórkach wątrobowych, jakoto zmętnienie z obrzmieniem, dzielenie się jąder, zwyrodnienie tłuszczowe komórek z następczem zniszczeniem, i proces ten nazywali zapaleniem wątroby mięszowem. O tkance łącznej i naczyniach krwionośnych wcale nie wspominali.

Tymczasem, zdaniem autora, zmianom w komórkach najczęściej towarzyszą zmiany śródmiąższowe, a nawet w okresach początkowych te ostatnie przeważają.

Jeżeli badać będziemy wątrobę zmarłego na ospę w 4–6 dniu choroby, to znajdziemy następujące zmiany:

Komórki wątrobowe są albo zupełnie niezmienione, albo też bardzo nieznacznie. Za to przestrzenie międzykomórkowe przedstawiają już w tym stanie znaczne zmiany. Naczynia krwionośne włosowate są w stanie silnego przekrwienia, ilość w nich białych ciałek krwi jest wyraźnie powiększona. Prócz tego widać mnóstwo tych ostatnich po za obrębem naczyń krwionośnych wzdłuż komórek wątrobowych. Bezbarwne ciała krwi otaczają także przewody żółciowe i rozgałęzienia tętnicy wątrobowej, również jak i żyły wrotnej, choć w mniejszym stopniu.

W sąsiednim zraziku, a czasami i w tym samym możemy widzieć obraz nieco odmienny. Naczynia włosowate rozszerzone, ciała białych jeszcze więcej, czerwonych natomiast w niektórych miejscach brak zupełnie. Przenikanie bezbarwnych ciałek krwi jest wyraźniejsze, tworzą one szeregi oddzielające naczynia krwionośne od komórek wątrobowych. Miejscami skupiają się one w małe ogniska.

Na wewnętrznej powierzchni ścian naczyń włosowatych widać wystające do światła duże komórki wrzecionowate, które na zasadzie stałego ich umiejscowienia i postaci uznać można bez wątpliwości za komórki śródblonka. — Czasem zauważyć w nich można kropelki tłuszczowe lub zwyrodnienie szkliste.

Zmiany w komórkach wątrobowych są stosunkowo słabo i w różnym stopniu wyrażone. Rzadko spotykamy w nich w tym okresie większą ilość tłuszczu; często natomiast w przeciągu pierwszego dnia ospy nie widać w komórkach nabłonkowych nawet śladu zwyrodnienia tłuszczowego.

W przypadkach, w których śmierć nastąpiła w okresie późniejszym, zmiany w komórkach są znaczniejsze; można wtedy widzieć zwyrodnienie tłuszczowe ogarniające wszystkie komórki wątrobowe. W innych razach stają się one szklistemi i ulegają prostemu zanikowi.

Tak więc zmiany w wątrobie przy ospie zachodzą zarówno w tkance śródmiąższowej jak i w komórkach, i, o ile się zdaje, najpierw w naczyniach krwionośnych i ich pochwach. —



Cała sprawa ma przebieg następujący: silne przekrwienie, przenikanie przez ścianki naczyń (emigracja) bezbarwnych ciałek krwi, następnie obrzmienie komórek śródłonkowych naczyń krwionośnych i nareszcie zwyrodnienie komórek wątrobowych, które się spotyka w różnym stopniu, od prostego zmętnienia z obrzmieniem, aż do zupełnego stłuszczenia.

Przy innych chorobach zakaźnych, mianowicie szkarlatynie (1 w.), dyfteryi (2 w.), cholery (3 w.): widział autor zupełnie te same zmiany śródmiąższowe, tylko że w płonicy przeważała była po stronie komórek wątrobowych.

W tyfusie w pierwszym tygodniu (2 wypadki) zmiany są te same co w początku ospy. — W ciągu drugiego a nawet trzeciego tygodnia przedstawia wątroba pewną charakterystyczną cechę, mianowicie małe guziczki, których postać, siedlisko i rozmiary są bardzo rozmaite. Przypominają one gruzelki, różnią się jednak od nich brakiem komórek olbrzymich i nabłonkowatych, oraz części zserowaciałych. Składają się z komórek limfatycznych. Są to owe twory, które Jaccoud nazywa *néoplasies typhiques*. Nie można ich uważać za ropnie, — komórki wątrobowe są stosunkowo mało zmienione. — Po upływie trzech tygodni opisane powyżej guziczki znikają bez śladu; natomiast na pierwszy plan występuje zwyrodnienie tłuszczowe komórek wątrobowych.

O przebiegu zmian wątroby w ropnicy, róży i gorączce poługowej nie może Siredey nic stanowczego powiedzieć, gdyż korzystał w tym względzie ze zbyt szczupłego materiału. — Pogląd swój na cierpienie wątroby w chorobach zakaźnych opiera S. na badaniach dokonanych na wątrobach przy ospie i tyfusie. Rozróżnia on właściwą wątrobę zakaźną i wątrobę stłuszczoną. W pierwszej przeważają zmiany śródmiąższowe: w drugiej miąższowe, — pierwsza jest wcześniejsza i dla chorób zakaźnych charakterystyczna, druga odpowiada późniejszym okresom choroby i nie stanowi właściwości chorób zakaźnych, gdyż równie dobrze spotyka się i w innych stanach chorobowych. — Sprawy, jaka się odbywa w wątrobie przy chorobach zakaźnych, nie można uważać jedynie za zwyrodnienie komórek, w przestrzeniach bowiem międzykomórkowych istnieje jaknajwyraźniejsze zapalenie, objawiające się przekrwieniem naczyń, nagromadzeniem się bezbarwnych ciałek krwi w odstępach okołonacyniowych i istotnem zapaleniem błony wewnętrznej tętnic (endarteritis). Jest to zatem proces, w który wciągnięte są wszystkie pierwiastki zrazika, słusznie więc nazwałoby go można było zapaleniem wątroby rozlanem (*hépatite diffuse*).

Choroby zakaźne mają tę wspólną cechę, że gdziekolwiek się umiejscowia, wszędzie sprowadzają zmiany w tętnicach i naczyniach włosowatych. Można zatem uważać te ostatnie za wcześniejsze od innych, za punkt wyjścia dla wszystkich zmian, jakie te choroby za sobą pociągają. — Zwyrodnienie komórek wątrobowych jedni starali się wytłomaczyć działaniem wysokiej

ciepłoty, inni zastojem krwi; są to jednak tylko warunki sprzyjające, główną zaś przyczyną upośledzonego odżywienia jest działanie na wątrobę samego pierwiastku chorobotwórczego t. j. swoistych mikroorganizmów.

Sposób działania tych ostatnich na wątrobę jest zapewne taki sam, jaki D-r. Grancher dla zapalenia nerek przy chorobach zakaźnych powstającego przedstawił. — Mianowicie mikroorganizmy działają, albo sprowadzając niedokrwistość organu przez nagromadzenie się w naczyniach włosowatych, — albo przenikając do komórek i zużytkowując części ich substancji, — albo korzystając z materiałów odżywczych komórki, czy to tlenu, czy ciała białkowego, czy też samego jakiego ciała, — albo też wydzielając substancje zgubnie wpływające na komórkę. Jeżeli nerki, jako narząd wydzielnicy, więcej są narażone na bezpośrednie działanie drobnoustrojów, to znów wątroba więcej odczuwa działanie ptomainów i leukomainów, wytwarzających się we krwi pod wpływem mikroorganizmów, gdyż jest to organ posiadający w najwyższym stopniu zdolność nagromadzania pierwiastków toksycznych.

Fakty kliniczne. W tyfusie i ospie spotyka się dość często z żółtaczką. Według Griesingera żółtaczka w tyfusie we wczesnym okresie choroby nie stanowi objawu groźnego, kiedy tymczasem w okresie dalszym wskazuje na rozległe zwyrodnienie komórek.

Częściej dają się widzieć cuchnące i odbarwione wypróżnienia stolcowe. Ma to miejsce stale w tyfusie. Co do innych chorób zakaźnych nie można tego powiedzieć, zwłaszcza o ospie.

Na skłonność do krwotoków zmiany wątroby, zdaniem autora, nie wpływają.

W przebiegu tyfusu ilość wydzielanego mocznika ulega pewnym stałym wahaniom, mianowicie:

- 1) Najprzód przez krótki przeciąg czasu powiększa się ona.
- 2) Potem zmniejsza się przez czas dłuższy.
- 3) W końcu albo wznosi się szybko, w razie zdrowienia, albo jeszcze bardziej spada, jeżeli następuje pogorszenie.

Te trzy okresy w wydzielaniu mocznika odpowiadają dościsłe ściśle anatomopatologicznym zmianom wątroby.

Zmiany w wątrobie spotykamy przy każdej sekcji osób zmarłych z chorób zakaźnych. To nam pozwala przypuścić, że wątroba zawsze, chociaż w różnym stopniu, cierpi w pomienionych chorobach. Co się jednak z tym narządem staje po wyzdrowieniu chorego? Najczęściej następuje restitutio ad integrum, czego dowodzi brak wszelkich zaburzeń ze strony wątroby u większości ludzi, którzy choroby zakaźne przechodzili. — U innych jednak należy przypuścić, iż sprawa chorobowa w wątrobie nie ustaje, a przynajmniej że pozostaje skłonność do przewlekłego cierpienia, do marskości. Jest to bez wątpienia czynnik sprzyjający rozwinięciu się sklerozy u pijaków, tak samo jak alkoholizm sprzyja powstaniu zmian, jakie się w wątrobie w chorobach zakaźnych widzi.

*Zygmunt Holc.*

195. D-r Gustavo PISENTI. **Zmiany w wydzielaniu żółci podczas gorączki.** (Ueber die Veränderungen der Gallenabsanderung während des Fiebers). *Arch. f. Exped. Pat. und Pharm.* 1886. Juni.

Wiadomości nasze o zmianach w wydzielaniu żółci podczas gorączki, są bardzo niedokładne. Odnośne prace Franconiego, Jacobsona, Westphala, Uffelmana i innych polegają na obserwacji chorych z przetokami żółciowemi. Obserwacje te nie mogą być zupełnie dokładne, trudno bowiem u człowieka o zupełną przetokę żółciową, a przy niezupełnej części żółci przez przewód żółciowy wydzielać się będzie do dwunastnicy; przytem poziome ułożenie chorego sprzyja bardziej wydalaniu żółci drogą naturalną, aniżeli przetoką. Temi kierując się względami, autor robił doświadczenia na psach, ze sztuczną przetoką żółciową i w tym celu wywoływał u nich sztucznie gorączkę lub podwyższoną ciepłotę ciała.

I. Wydzielanie żółci u zdrowych psów. Doświadczenia swoje autor poprzedził obserwacją psów zdrowych, t. j. zupełnie wyleczonych po operacji sztucznej przetoki i doszedł do następujących wniosków: Wydzielanie żółci wzmagą się stale po karmieniu i po 3—5 godzinach dochodzi do minimum, trzeba więc przyjąć pewien związek między aktem trawienia i wydzielaniem żółci. — Ilość wydzielonej żółci a zwłaszcza stałych jej części podlega stałym zmianom przy wszystkich możliwie jednakowych warunkach obserwacji, napewno jednak można twierdzić, że ilość stałych części wzmagą się po karmieniu i dochodzi do maximum wtedy, kiedy ogólna ilość żółci już znowu znacznie się zmniejszyła.

II. Wydzielanie żółci podczas gorączki septycznej. — Autor starał się wywołać gorączkę z wysoką ciepłotą, lecz krótkotrwałą, a to dla tego, aby zmiany w wydzielaniu żółci nie można było czynić zależnemi od od anatomicznych zmian wątroby wskutek długotrwałej gorączki. W tym celu wstrzykiwał wodę, nalaną na gnijące końskie mięso i następnie przedcedzoną pod skórę lub bezpośrednio w żyły.

Doświadczenia te wykazały, że ilość wydzielanej żółci podczas gorączki septycznej znacznie się zmniejsza, że podniesienie ciepłoty ciała na 0,5—0,6° wywołuje już dość znaczne zmniejszenie ilości żółci. — Po kilkodniowym trwaniu gorączki ilość żółci znowu się powiększa, nie dosiegając jednak do normy przedgorączkowej. — I jakościowo żółć również podlega zmianom. Kolor z bladżółtego z różowym odcieniem staje się ciemnoczarnym, a przy bardzo wysokiej ciepłocie prawie czarnym. — Ilość stałych składowych części znacznie się zmniejsza i to nie tylko ilość ogólna, lecz i procentowy stosunek stałych części do ogólnej ilości. Po kilku dniach trwania gorączki, tak bezwzględna ilość stałych części, jak i procentowy ich stosunek znowu się powiększają, nie dochodzą jednak do ilości wydzielonej przed gorączką.

Zmiany te w wydzielaniu żółci objaśnia autor zmianą metabolicznego działania komórek wątrobianych, upadkiem ciśnie-

nia krwi i zwolnieniem krwiobiegu, co zwykle ma miejsce podczas gorączki septycznej.

III. Wydzielanie żółci podczas sztucznie, przez zmniejszenie promieniowania podniesionej ciepłoty ciała. — Autor pomieszczał psy w skrzyni ogrzanej podług woli do 40 — 43°, przyczem ciepłota zwierzęcia w kiszce odchodowej podnosiła się do 40—42° C. — Doświadczenia te dały rezultat pod wieloma względami wspólny z poprzednim, a mianowicie: zmniejszenie ilości żółci, zmiana zabarwienia i zmniejszenie ilości stałych części. Z tą jednak ważną różnicą, że zmniejszenie ilości stałych części tyczyło się tylko bezwzględnej ilości, a przeciwnie procentowy stosunek stałych części do ogólnej ilości żółci nawet znacznie się powiększył. — Autor wątpi, czy sztuczne podniesienie ciepłoty ciała można utożsamić z gorączką, a opierając się na doświadczeniach Paschutina, że przy sztucznie podniesionej ciepłocie ciała (aż do 4,15° C.) ciśnienie krwi się powiększa, w tem zmożonym ciśnieniu krwi upatruje przyczynę większego względnie wydzielania stałych części żółci. *Feilchenfeld.*

196 H. Chr. GEELMUYDEN. **Zachowanie się szpiku kostnego w chorobach i fizyologiczna działalność tegoż.** (Das Verhalten des Knochenmarkes in Krankheiten und die physiologische Function desselben. — Aus dem pat. anat. Inst. in Christiania. — *Virchows-Archiv Band 105—1*).

Autor rozróżnia trzy główne rodzaje szpiku kostnego:

1) Szpik czerwony (lymphoide), zasadniczymi częściami składowymi którego są bezbarwne komórki okrągłe rozmaitej wielkości z jądrami lub bez, czerwone krążki krwi zawierające jądra, komórki zawierające barwnik, olbrzymie komórki wypełnione czerwonymi krążkami krwi, zwykle czerwone krążki krwi, myeloplaxy lub mniej lub więcej wrzecionowatych i gwiazdowatych komórek tkanki łącznej. Temu rodzajowi szpiku, jako najwięcej zbliżonemu do stanu zarodnikowego, przyznaje autor zdolność wytwarzania ciałek krwi.

2) Szpik żółty, który swą barwę zawdzięcza wielkiej zawartości tłuszczu.

3) Szpik galaretowaty właściwy niektórym stanom chorobowym (rak — gruzlica), kiedy tłuszcz znika, a jego miejsce zastępują masy śluzowe.

Oprócz tego istnieje jeszcze wiele form przejściowych, osobliwie pomiędzy czerwonym i żółtym szpikiem, zależnie od większej lub mniejszej zawartości krwi i ciałek właściwych szpiku.

Przy rozpatrywaniu zmian szpiku w różnych stanach chorobowych ustroju, autor głównie zwracał uwagę na ogólny stan szpiku kości długich i następnie na zawartość w szpiku kości gębczastych ciałek czerwonych z jądrami i komórek zabarwionych (Pigmentzellen). W ogóle obserwował autor 224 przypadków chorobowych — i wyniki badań przedstawił w odpowiedniej tablicy.

W chorobach sprowadzających niedokrwistość wtórną (rak, gruzlica, choroby zakaźne i t. p.) szpik kości długich nabiera

w zupełności cech szpiku czerwonego kości gębczastych, przez co znakomicie zwiększa się wyrób krwi. Zmiana ta odnośnie do niedokrwistości według wszelkiego prawdopodobieństwa jest natury wtórnej, dopełniającej. Przy niedokrwistości złośliwej, której główną podstawą jest rozpad czerwonych krążków krwi, w 82 pCt wszystkich przypadków spostrzegał autor w wysokim stopniu rozwinięty szpik czerwony w kościach długich, przyczem budowa jego odróżniała się od takiegoż szpiku spotykanego przy innych chorobach tylko niezwykłą wielkością czerwonych krążków krwi, zawierających jądra, ziarnistą ich protoplasmą, a nadewszystko ich podobieństwem do wielkich komórek szpikowych. Czerwone ciała z jądrami występowały w 78 pCt przypadków. — Autor skłania się do tego, że i w niedokrwistości złośliwej szpik ulega zmianom tylko wtórnym.

W znacznej ilości występujące przy niedokrwistości złośliwej wielkie komórki, zawierające ciała krwi i komórki wypełnione barwnikiem uważa autor za skutek niepomierne zwolnionego krążenia krwi, sprzyjającego przemianom wstecznym wpośród części składowych szpiku.

Dalej szpik czerwony w kościach długich znajdował autor w 25% wszystkich spostrzeganych tyfusów; w 17% przypadków niedokrwistości po krwotokach, zapalenia błon surowicznych i gruźlicy przewlekłej; w 13% gruźlicy przewlekłej; w 8% raka i wad organicznych serca; w 6% zwyrodnienia woskowatego.

Szpik galaretowaty występował w 43% przypadków gruźlicy przewlekłej, w 63% raka, 25% zwyrodnienia woskowatego, w 20% podostrej gruźlicy płuc i chorób połączonych z upośledzeniem trawienia, w 8% wad organicznych serca.

Czerwone krążki krwi zawierające jądra spostrzegał autor we wszystkich wypadkach niedokrwistości po krwotokach i podostrej gruźlicy płuc, dalej w 83% przypadków ostrej gruźlicy, w 75—72% tyfusu, przewlekłej gruźlicy, zapalenia nerek i ropnicy, w 69—60% wad organicznych serca, zwyrodnienia woskowatego, zapalenia błon surowicznych, upośledzonego trawienia, raka, w 33% guzów macicy i jajnika, mięsaków, w 25% kiły, w 40% zapalenia płuc włóknikowego.

Komórki zawierające barwnik wykrył autor we wszystkich przypadkach tyfusu, w 86—80% przewlekłej gruźlicy, niedokrwistości po krwotokach, zapalenia płuc włóknikowego, w 75% kiły, w 72% ropnicy, w 55—50% raka i mięsaka, w 44—43% niedokrwistości złośliwej, udaru, choroby Brighta, w 20% upośledzonego trawienia, w 16% gruźlicy ostrej.

W wypadkach gwałtownej śmierci ludzi zdrowych czerwone krążki z jądrem obserwowano w 91%, komórki z barwnikiem w 64%.

W końcu podaje autor wyniki badań nad zwierzętami, przedsięwziętych w celu podpatrzenia sprawy karyokinetycznej w ciałkach szpiku kostnego. Badania te w niektórych wypadkach uwięzione zostały skutkiem pomyślnym, lecz co do istoty swej nie przedstawiają nic nowego. *Wł. Zawadzki.*

197. D-r SILBERMANN. **O pochodzeniu niedokrwistości samoistnej.** Zur Pathogenese der essentiellen Anämien. Ein exp. und klin. Beitrag. Aus dem pat. anat. Institut in Breslau. (*Berl. Klin. Woch.* 29—30).

Pod wpływem wody przekroplonej, gliceryny, obcej krwi, soli kwasu garbnikowego, wodanu arsenu, soli kwasu solnego, kwasu pyrogallasowego, toluylendiaminu i innych, jak również wskutek działania wysokiej lub niskiej ciepłoty, kiły, natężonych ruchów cielesnych, transfuzji, ciężkich ostrych chorób zakaźnych—hemoglobina czerwonych krążków krwi przechodzi do surowicy krwi (Haemoglobinaemia), lub też wydziela się wraz z moczem (Haemoglobinuria). Dalej hemoglobina, znajdująca się w stanie wolnym w surowicy krwi krążącej, rozpuszcza czerwone krążki i niszczy ciała białe, znakomicie powiększając ilość zączynu włóknikotwórczego, a przez to powiększa zdolność ścinania się krwi wewnątrz naczyń a osobliwie żył, które i w stanie zwykłym zawierają krew bogatszą w zączyn. Mając na uwadze to ostatnie (zasługa badaczy dorpäckich), autor zastrzykiwał do żył zwierząt (żaby, króliki, psy) już to krew zawierającą wolną hemoglobinę, już to czystą glicerynę, przy czem u zwierząt występowała mniej lub więcej gwałtowna śmierć z objawami licznych zakrzepów żylnych, wybroczyn krwawych, przekrwienia żylnego i niedokrwistości tętnicznej, lub też rozwijała się choroba przewlekła, stosownie do ilości i jakości zastrzykniętego płynu. Jeżeli wstrzykiwano ilości mniej znaczne, tak aby śmierć nie następowała zbyt szybko, to zjawiała się niezwykła sennaść, wzmożenie odruchów, ciężka niedokrwistość, wychudzenie, nieprawidłowa gorączka, wybroczyny krwawe na siatkówce, błonach śluzowych i skórze, słabość tętna, szmer podmuchowy skurczowy, biegunka, wymioty, białko w moczu. W czwartym tygodniu choroby znajdowano krew blade, trudno ścinającą się, ilość czerwonych ciałek znacznie zmniejszoną, a białych powiększoną. Ciała czerwone nie zbierają się w rolki, forma i wielkość ich nader rozmaita (poikilocytosis, makro- et mikrocytae). Szpik kostny z wyciętego żebra przedstawiał się już to prawidłowo, już to zawierał krążki czerwone krwi z jądrami, prawidłowe erytrocyty i wielkie leukocyty bez jąder.

Na trupach zwierząt spostrzegano ogólne zmniejszenie ilości krwi, lewe serce nie zawiera prawie wcale krwi, prawe serce i żyły wielkie, szczególnie brzuszne, są przepelnione ciemną płynną krwią. Mięsień serca stłuszczone, jak również błona wewnętrzna niektórych tętnic. Płuca w stanie niedokrwistości i rozedmy. Błona śluzowa żołądka i kiszek w stanie nieżytu ostrego z wybroczynami krwawymi. Wątroba i nerki blade, stłuszczone. Śledziona cokolwiek powiększona. W mózgu i mleczu paciierzowym bladeści i wybroczyny krwawe.

Całą tę sprawę autor uważa za bezpośredni skutek hemoglobinemii, przy której z jednej strony stopniowo giną czerwone i białe ciała krwi, z drugiej wskutek nadmiernego wytwarzania się zączynu włóknikotwórczego ogólne krążenie krwi

zwalnia się i nowotworzenie się krwi upada. Tak znaczne zaburzenie w krążeniu dostateczne jest do wyjaśnienia wszystkich wyżej wspomnianych groźnych objawów.

Rozważywszy wyniki swych badań na zwierzętach, autor przychodzi do przekonania, że wspomniana przewlekła forma choroby przedstawia w zupełności kliniczny przebieg niedokrwistości złośliwej postępującej (anaemia perniciosia progressiva), i dowodzi, że:

1) Wzmoczony i nieprawidłowy rozpad czerwonych i białych ciałek krwi, jak również utrudnione nowotworzenie się krwi, są powodem niedokrwistości złośliwej, postępującej. Mikro- i poikilocytoza są tworami swoistymi dla tej choroby.

2) Niedokrwistość złośliwa co do swej istoty jest hemoglobinemią.

3) Krew cierpiących na niedokrwistość złośliwą niezwykle obfituje w zączyń włóknikotwórczy i dla tego jest tak dla ustroju zgubną.

4) Występujące tak często podczas tej choroby wybroczyny krwawe na skórze, błonach śluzowych i siatkówce zawdzięczają swe pochodzenie zatorom i zawałom naczyń włosowatych.

5) Gorączka w niedokrwistości jest pochodzenia humoralnego i warunkuje się wysoką zawartością zączyń włóknikotwórczego we krwi.

6) Nieprawidłowy charakter tej gorączki odpowiada zmien-nym okresom rozpadu krwi.

7) Spostrzeganę przy niedokrwistości złośliwej w wysokim stopniu stłuszczenia narządów powstają nie tylko wskutek nadmiernego zmniejszenia ilości hemoglobiny tlen dostarczającej dla ustroju, lecz także wskutek nieprawidłowego podziału masy krwi, zasadzającego się na znacznych zawałach żylnych i niedokrwistości tętniczej. Nieprawidłowy ten podział warunkuje się działaniem zączyń włóknikotwórczego.

8) Pewne formy białaczki i niedokrwistości pierwotnej w istocie swej są także hemoglobinemią w mniejszym stopniu aniżeli niedokrwistość złośliwa.

Komórki olbrzymie obfitujące w hemoglobinę, występujące podczas choroby, są dla autora tworem zupełnie niezrozumiałym.

Na pytanie, w jaki sposób przy niedokrwistości złośliwej przychodzi do nadmiernego rozpadu czerwonych krążków krwi pierwotnie i następnie przejścia hemoglobiny wolnej do surowicy, autor nie daje odpowiedzi zadawalniającej, mówiąc, że sprawa ta, jako wyraz wysokiego stopnia bezkrwistości, jest skutkiem najróżnorodniejszych chorób.

Wł. Zawadzki.

198. M. KELDYSZ. **W kwestyi przeniesienia nosaczyny z człowieka na człowieka i o przyrodzie zarazka nosaczyny.** — (Wojenno medycynskij Żurnal, zeszyt czerwcowy. 1886).

Autor w swej dwudziestokilkuletniej działalności lekar-

skiej miał sposobność spostrzegać cztery przypadki nosaczyny (ostatni podany w niniejszej pracy) i sprawdzić je sekyją, co upoważnia go do szczegółowego rozpatrzenia warunków rozwoju nosaczyny u człowieka.

Autor przedewszystkiem rozpatruje panujące dotychczas w nauce poglądy na sposób powstawania nosaczyny u człowieka i na przyrodę zarazka nosaczyny.

Poglądy dawniejsze (Grisolle, Niemeyer, Lebermeister) są sprzeczne, nie opierają się na własnem doświadczeniu ich autorów. Z nowszych prac zasługują na uwagę prace: Koranyi z Pesztu i Virchova.

Koranyi twierdzi, że człowiek posiada znaczne usposobienie do przyjęcia zarazka nosaczyny; przeniesienie nosaczyny od konia na człowieka jest dosyć częstem; zakażenie następuje przez bezpośrednie zetknięcie ze skórą pozbawioną naskórka; mniej jest pewnem, by zakażenie mogło nastąpić za pomocą ciał lotnych wydzielanych przez zwierzęta lub ludzi chorych na nosaczynę, chociaż znane są wypadki, w których zakażenie za pomocą bezpośredniego zetknięcia nie mogło być dowiedzionem.— O przeniesieniu się nosaczyny z człowieka na człowieka autor tylko konstatuje fakt.

Zważywszy zaś, że Koranyi przyjmuje możność powstania nosaczyny tam gdzie nie było specyficznego zarazka, a zatem samorodne powstanie nosaczyny, i dalej, że Regnault i Bouley szczepili czystą ropę koniom, a te następnie zdychały od nosaczyny, widzimy, iż przyroda nosaczyny jest zupełnie ciemną.

Z tego chaosu wyprowadza nas praca prof. Bollingera. — Błędne wywody z doświadczeń, do których należą i wywody Regnaulta, należy zdaniem Bollingera odnieść do tej epoki, kiedy anatomija patologiczna była w zarodku i za nosaczynę łatwo przyjąć było można zatorową ropnicę.

Bollinger przyjmuje następujące sposoby zarażenia:

1) Za pomocą zetknięcia się zarazka z obnażoną skórą lub błoną śluzową; 2) za pomocą mięsa spożytego ze zwierzęcia chorego na nosaczynę; 3) za pomocą gruczołów skórnych, bez powierzchownego uszkodzenia skóry; 4) za pomocą zarazka lotnego.

Bollinger uważa usposobienie do przyjęcia nosaczyny u człowieka za bardzo umiarkowane, a może nieznaczne, a przypadki zarażenia się człowieka od człowieka za bardzo rzadkie. Jeden den tylko Bollinger stanowczo wierzy w możność zarażenia się za pomocą lotnego zarazka.

Pod względem zarażenia się człowieka od człowieka, poglądy u autorów jak widzimy, są dosyć zgodne.

Pod względem usposobienia do przyjęcia zarazka nosaczyny autorzy nie zgadzają się ze sobą, bo podczas gdy Bollinger twierdzi, że usposobienie to jest nieznaczne, Koranyi przeciwnie sądzi, że usposobienie to jest znaczne, większe aniżeli u innych ssących zwierząt, z wyjątkiem jednokopytnych.



Co się tycze autora, to do ostatnich czasów na mocy 3-ch dawniej spostrzeganych przypadków nosaczyny, wyrobił on w sobie przekonanie o stałości zarazka nosaczyny, a zarazem o możliwości zarażenia się za pomocą lotnego zarazka powstałego przy wysychaniu wydzieliny z jamy nosowej i przyszczy na skórze zwierząt chorych na nosaczynę.

Zarazek stały dostaje się do jamy nosowej lub na skórę obnażoną z naskórka.

Rozpoznawszy u chorego K. (ostatni przypadek) nosaczynę, autor zalecił najskrupulatniejszą dezynfekcję pokoju w którym się chory znajdował i przedmiotów znajdujących się w pokoju gdzie chory dotychczas przebywał. Do obsługi chorego użył ci sami dwaj posługacze, którzy dotychczas przy chorym byli; obsługującym oprócz tego zakazano niepotrzebnie zbliżać się do chorego i zalecono po każdym zetknięciu się z chorym obmywać ręce 5% roztworem kwasu karbolowego.

Przypadek opisany nie zasługiwałby pod względem naukowym na szczególniejszą uwagę, gdyby nie to, że w 7 dni po śmierci K. przyjętym został do szpitala jeden posługacz, a na drugi dzień i drugi posługacz użyty do obsługi zmarłego K. — Tak u jednego jak i drugiego można było już po kilku dniach stanowczo rozpoznać nosaczynę, tak jeden jak i drugi na 11-ty dzień po przybyciu do szpitala zmarli.

Ogłędziny pośmiertne wykonane na jednym ze zmarłych wykazały: skóra na tułowiu, kończynach, a szczególnie na twarzy pokryta jużto pęcherzami, jużto strupami, lewy karkowy staw obrzmiała, po otwarciu wydziela ropę; na błonie śluzowej nosa w górnej części, na błonie śluzowej jamy ustnej gardzielowej i krtani niewielkie rozrzucone pęcherzyki, masę guziezków, a na dnie języka owrzodzenie; w płucach suche chrząstkowate guzy; wątroba powiększona, śledziona 3 razy od prawidłowej większa, krucha, ciemnej barwy.

Nie ulega wątpliwości, że obaj posługacze zarazili się od chorego, którego obsługiwali. W jaki sposób nastąpiło zarażenie, oto pytanie, które autor stara się rozstrzygnąć.

Autor z kolei wyłuszcza wszystkie powyższe drogi zarażenia się podane przez Bollingera i przychodzi do wniosku, że zarażenie musiało nastąpić przez płuca za pomocą lotnego zarazka.

Jeśli zaś zarazek nosaczyny zależnym jest od znalezionych przy nosaczynie laseczników, to przyjąwszy zarazek lotny, należy go także uczynić zależnym od tychże laseczników. Weichselbaum wykazał, że we wszystkich patologicznych produktach przy nosaczynie, nie mniej we krwi i w moczu znajdują się charakterystyczne laseczniki, które można izolować i za pomocą sztucznej hodowli tychże wywołać u zwierząt nosaczynę. Jeżeli zaś laseczniki znajdują się we krwi i moczu, to przypuszczać można, że znajdują się też w ślinie, pocie i łzach, o czym zresztą pod ręczniki weterynaryi wspominają. W ten sposób nie trudno sobie objaśnić obecność laseczników w powietrzu. Ostatecznie w jakikolwiek sposób będziemy chcieli objaśnić działa-

nie zarazka lotnego nosaczyny, zarażenie za pomocą takowego zdaje się nie ulegać wątpliwości.

W końcu autor zgodnie z pojęciami swemi o przenoszeniu zarazka nosaczyny i o jego lotności uważa za konieczne następujące środki ochronne:

1) W pokoju, w którym chory na nosaciznę przebywa, należy ciągle rozpylać najmniej 5% roztwór kwasu karbolowego, a oprócz tego oczyszczać powietrze w pokoju za pomocą kwasu karbolowego rozlanego na talerzyki, które umieścić należy po kątach pokoju lub jeszcze lepiej za pomocą prześcieradeł maczanych w 5% roztworze kwasu karbolowego i rozwieszonych w pokoju.

2) Po każdym zetknięciu się z chorym należy ręce starannie obmyć roztworem kwasu karbolowego:

3) Ludzie, obsługujący w szpitalach chorych na nosaciznę, nie powinni się stykać z innymi chorymi ani też ze zdrowymi.

4) Nie powinni oni zbyt długo pozostawać w pokoju chorych na nosaciznę, a tem bardziej blisko łóżka.

5) Nie powinni oni spać w pokoju, gdzie się mieści chory na nosaciznę.

6) Przy opatrunkach, przy podnoszeniu chorego z łóżka i t. p. czynnościach wymagających dłuższego pozostawania około chorego powinni obsługujący chorego na nosaciznę zakrywać jamę ustną i nosową metalową siatką w kształcie respiratora.

Przy zachowaniu tych ostrożności przeniesienie nosaczyny z człowieka na człowieka jest prawie nie do przypuszczenia.

*Feliks Arnstein.*

899. **TĘCZYŃSKI. Wypadek uleczalności nosaczyny u człowieka.** (Случай излѣченнаго конекаго сапа у челоѵѣка. Врачъ 39, 40).

W miasteczku Grozнем na Kaukazie d. 25 1882 r. wstąpił do szpitala wojennego szeregowiec Laryjon N. przysłany z pułku z dyagnozą „ropień w okolicy przedramienia“.

Chory wzrostu średniego, dobrze zbudowany i pysznie odżywiany, pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej i sam przedtem nigdy na nic nie chorował. Skóra i dostępne dla oka błony śluzowe są w stanie prawidłowym. Błona śluzowa nosa cokolwiek zaczerwieniona, wydziela śkąpo; miejscami widać na niej strupki, po zdjęciu których nie godnego uwagi zauważyć nie można. W górnej połowie wewnętrznej powierzchni lewego przedramienia widzimy guz wielkości dłoni z zaczerwienioną skórą; guz ruchomy miękki jak ciasto, nadzwyczaj bolesny, bez chęłbotania. Sąsiednie naczynia i gruczoły limfatyczne niezmiennione. Ciepłota 40,4°, chory skarży się na brak apetytu, pragnienie, dolegliwe bóle w mięśniach i stawach przeważnie dolnych kończyn.—Taki stan chorego uważał autor jako reakcję, wywołaną zwykłym ropniem. Kiedy jednak na drugi dzień przy temperaturze 37,8° pokazały się na przedniej powierzchni jednej i drugiej голени symetryczne guzy miękkie, ruchome i nie-

bolesne, do tego jeszcze 3-ci w okolicy prawego przedramienia, a bóle w stawach i mięśniach zwiększyły się, — przyszedł autor do wniosku, że ma do czynienia z nosacizną, tembardziej iż mu było wiadomem, że chory służył w konnicy. Wywiady czynione w tym kierunku potwierdziły rozpoznanie. — Przed trzema tygodniami od czasu wstąpienia do szpitala chory odbywał podróże konno; koń, dany mu, miał bez wątpienia nosaciznę i jako taki został zaraz po odstawieniu go do pułku zabity.

Przebieg choroby podzielić można na dwa okresy: 1-szy (ostry) do 20 Listopada 1882 r., 2-gi (przewlekły) do 4 Kwietnia 1883 r. Charakterystyczną cechą okresu 1-go było; a) niezwykłe pobudzenie układu nerwowego z obłędem i urojeniami przy znacznym wyniszczeniu chorego, b) szybkie tworzenie się guzów do 20-go Listopada t. j. w ciągu mniej niż miesiąca pokazało się ich 13, później zjawiało się jeszcze 14 w ciągu Grudnia, Stycznia, Lutego i Marca.

Idąc za zdaniem Virchova, który nosaciznę ze względów anatomo-patologicznych uważa za proces bardzo zbliżony do zakażenia syfilitycznego, — zarządził autor leczenie przeciwsyfilityczne. Chory zupełnie uleczony opuścił szpital d. 65 Kwietnia 1883 r.; — ruchy pozostały nieco utrudnione z powodu licznych i dużych blizn wynikłych po rozpadzie i zagojeniu się guzów.

Z przebiegu choroby następujące można wykazać dane:

a) Okres wylegania się choroby nie był dłuższy nad 2 tygodnie.

b) Zarazek wywołujący nosaciznę skóry i chorobę błony śluzowej nosa u konia jest ten sam.

c) Krzywa ciepłoty przy nosaciznie pokazuje bezustanną gorączkę zwalniającą. — Gorączka trwała dopóty, dopóki nie znikły ostatnie ślady blizn. — Żądał wniosek odwrotny, że przy istnieniu gorączki podejrzewać można istnienie specyficznych guzów, chociażby one nie były dostępne dla zbadania. — Dopóki więc istnieje podwyższona ciepłota, nie można chorego uważać za uleczonego.

d) Energiczne leczenie rtęcią i jodem w danym wypadku pomyslnym zostało uwieńczone skutkiem, może być dla tego, że choroba miała formę poronną. Świadczy o tem nieznaczne zajęcie układu limfatycznego.

Autor zaznacza w końcu fakt, że na Kaukazie nosacizna u koni we wszystkich 3-ch postaciach pomyslnie przebiega.

*St. Łagowski.*

200. LOEFLER. **Etyjologija nosacizny.** Arbeiten aus dem Kaiserl Gesundheitsamt. 1886.

Praca powyższa jest wynikiem poszukiwań wykonanych przez autora i Schütza w berlińskim „Gesundheitsamt“. Podajemy w krótkości jej treść według sprawozdania prof. Baumgartena w Berl. Klin. Woch. N. 41.

— W guzach u koni nosatych znaleziono laseczniki podobne do laseczników gruzliczych, odznaczające się tą szczególną własnością, że udaje się je zabarwić tylko alkalicznym roztworem błękitu metylowego; z laseczników tych można otrzymać czyste hodowle na surowicy krwi, które zaszczipione koniom, dają całkowity obraz nosacizny. Różne zwierzęta przedstawiają różne stopnie wrażliwości na zarazek nosacizny; autor zwraca uwagę, jak ważnem w badaniu chorobotwórczych drobnoustrojów jest znaleźć właśnie taki gatunek zwierzęcy, który najbardziej i najpewniej przyjmuje dany zarazek, u którego dana choroba przebiega najbardziej cechowo; takie gatunki przedstawiają się niejako jakby odczynniki na dany rodzaj pasarzytów. Rozumie się, że ze względów taniości, łatwości otrzymania, należy robić próby z najpowszedniejszych, małych zwierzętami. W tym też celu używano królików, morkich świnek i myszy. Autor drobiazgowo opisuje swe doświadczenia nad myszą polną (*arvicola arvalis*), która okazała się najbardziej wrażliwą na zarazek nosacizny, oddziałując stale na zaszczipienie laseczników nosacizny szybkim i charakterystycznym rozwijaniem się choroby. W guzikowatych wytworach nosacizny, powstałej po zaszczipieniu myszom polnym czystej hodowli odnośnych laseczników, przy badaniu drobnowidzowem znajdowano charakterystyczne drobnoustroje stale i w wielkiej ilości, podczas gdy u koni w przypadkach naturalnej choroby poszukiwania są trudne i laseczników nigdy nie bywa wiele. — W przeciwieństwie do myszy polnej mysz domowa, a zwłaszcza biała, okazuje się odporną na szczepienie nosacizny. Na pewno za to ulegają jej morskie świnki. Nosacizna sztuczna (szczepiona) morskich świnek w swym całokształcie zmian anatomo-patologicznych o tyle się więcej zbliża do samoistnej nosacizny koni, niż szczepienie myszy polnej, że u pierwszych zwykle, a przynajmniej bardzo często sprawa chorobowa rozwija się i na błonie śluzowej nosa — Kury i szpaki okazują zupełną odporność nosaciznie; co do gołębi, rzecz nie jest jeszcze rozstrzygnięta.

Co się tyczy zachowania się laseczników nosacizny w hodowlach, to tworzą one na zastygłej surowicy krwi żółtawe przeświecające kropelki, na kartoflach zaś zrazu bursztynowy a później miedziano-czerwony nalot (jest to dla nich cechą charakterystyczną). Na żelatynie i agar-agar rosną laseczniki nosacizny przy wyższej ciepłocie (22° C. — 43° C.), nie udają się zaś wcale na odwarach z siana, słomy, nawozu końskiego; z tego można wnosić, że prawdopodobieństwo ich rozwoju zewnątrz ustroju jest bardzo małym.

Co się tyczy zarodników, to dotąd pytanie to nie jest rozstrzygniętem. Löffler nie przyjmuje ich obecności, znajdujące się zaś niekiedy na zabarwionych pałeczkach jaśniejsze miejsca skłonny jest uważać za objawy zwyrodnienia. W większości przypadków zasuszone laseczniki nosacizny tracą już po kilku tygodniach swą zdolność do życia, co przemawia przeciw istnieniu zarodników trwałych (*Dauersporen*). Zachowywane w sta-

nie wilgotnym laseczniki nie żyją też dłużej jak na sucho. — Wobec tego zdania o jadowitości, resp. zachowywaniu się żywych laseczników nosaczny po za ustrojem zwierzęcym dłużej niż 4ry miesiące, są mocno wątpliwe.

Autor badał też zachowanie się omawianych tworów względem środków dezynfekcyjnych i przyszedł do następujących danych:

Ogrzewanie przez 10 minut przy 55° C., dalej pięciominutowe działanie 3—5% roztworu karbolu, a dwuminutowe 0,02% roztworu sublimatu — wystarcza do zabicia laseczników nosaczny. Tak więc woda wrząca, roztwory 3—5% karbolu, jeden na tysiąc sublimatu, wystarczają dla potrzeb praktycznych.

Co się tyczy rozpoznawania nosaczny, to jedyną pewną drogą jest wykazanie laseczników nosaczny. Jeżeli guz jeszcze się nie otworzył, to dowód ten może być łatwo dostarczoną pomocą hodowli i szczepień. Trudniej rzecz się ma przy badaniu wydzielin, ponieważ w tych znajdują się zawsze i inne drobnoustroje, i tu jedynym sposobem rozstrzygnięcia pytania będą szczepienia na morskich świnkach (myszy polnej z powodu jej wielkiej wrażliwości na ustroje gnilne, niestety, użyć nie można).

W końcu autor omawia sposób zarażania się nosaczną. — Najczęstszą drogą przedostawania się jadu tej choroby w warunkach zwykłych są małe rany skóry i błon śluzowych; przez nieuszkodzone powierzchnie zarazek nie jest w stanie przeniknąć. Zarażenie się przez wdychanie jest prawdopodobnem wobec tych przypadków, gdzie sprawa rozwinęła się wyłącznie w płucach, albo też najpierw w tym narządzie. Doświadczalnie pytanie to nie było jeszcze rozstrzyganem. Zarażenie przez przewód pokarmowy wydaje się wątpliwem. Nie ulega za to wątpliwości możliwość przekazywania spadkowego omawianej choroby; pewnikiem bowiem jest, że nosate kłaczce rodzą nosate źrebięta. Loeffler spostrzegł analogiczny fakt i na morskich świnkach.

R.

## II. Farmakologija.

201. D-r A. COHN i D-r P. HEPP. **Antifebryna, nowy środek przeciwgorączkowy.** Centr. für Gesamte Med. N-r 33.

Nazwą powyższą ochrzcili autorzy ciało nazywane w chemii acetanilidem albo phenylacetamidem wzoru  $C_6H_5NHC_2H_3O$ . Jest to biały krystaliczny proszek, bez zapachu, o zlekką palącym smaku, prawie nierozpuszczalny w zimnej wodzie, łatwiej w gorącej, dobrze w wyskoku, winie i t. p., topi się przy 113° — nie posiada ani kwaśnych, ani zasadowych własności.

Na podstawie doświadczeń na psach i królikach autorowie przekonali się, że ciało to nawet we względnie dużych dawkach nie wywołuje złego wpływu na ustrój zwierzęcy. Spostrzeżenia nad

własnością obniżania ciepłoty ciała (w stanie patologicznym) dotyczą 24-ch przypadków: 8 duru brzuszego, 5 róży 2 gościca stawowego, 4 suchot płucnych i po jednym przypadku ropnicy, posocznicy, zapalenia płuc, ropnia płuc, gorączki przy białaczce.

Dawki pojedyncze 1,25—1 gr., dziennie 2 gr.; działanie w porównaniu z antypiryną okazuje się 4 razy silniejszym.

Działanie objawia się już po upływie godziny, osiąga szczytu w mniej więcej 4 godziny, utrzymuje się 3—10 godzin, stosownie do wielkości dawki. Przy dawce obniżającej ciepłotę do normy, albo niżej—obniżka otrzymuje się zwykle 6—8 godzin. Pocenie się jest umiarkowane (patrz nast. ref.), dreszczów przy podnoszeniu się ciepłoty nie zauważono. W tętnie zauważono obok zmniejszenia częstości—wyraźne wzmocnienie się napięcia.

Ze strony kanału pokarmowego nie było żadnych nieprzyjemnych objawów, znoszono w ogóle omawiany środek dobrze; uderzyło autorów zjawianie się u niektórych chorych sinicy twarzy—bez objawów zapaści. Przy gościu otrzymano wyborne wyniki, zwłaszcza bóle szybko się zmniejszały. Środek ten zaleca się taniością—1 kilogram kosztuje w handlu, oczyszczony, 30 marek, (firma Kalle et Comp. R.

202. H. RIESE. **O działaniu Antifebryny.** Zur Wirkung des Antifebrin. (*Deut. Med. Woch.* 47).

Autor podawał antifebrynę w następujących chorobach; ostry gościec stawowy (10 przypadków), dur brzuszny (5 przyp.), zapalenie opłucnej (2 p.), zapalenie płuc włóknikowe (4 p.), gruźlica płuc (9 p.).

Co się tyczy dawkowania, to z początku nie przekraczano 2,0 gram. dziennie; później, w razie dobrego znoszenia przez chorych omawianego środka, podnoszono dzienną dawkę do 3—4 a nawet 6 gr.

Podawano antifebrynę (firmy C. A. F. Kahlbaum z Berlina) per os w pigułkach albo w proszkach; ostatnie najlepiej w winie.

W szybkości działania, zarówno jak co do natężenia i trwania—zauważono znaczne wahania.

Przy gościu stawowym nie udawało się zniżyć ciepłoty ciała do normy, nawet przy większych dawkach. Najłatwiej obniżała antifebryna ciepłotę ciała przy durze brzuszny, lecz i tu nie na długo; w jednym tylko przypadku zdołano przy dawkach pojedynczych 0,25—0,5 gr. (2 gr. na dzień) — utrzymać apireksyję w ciągu całej doby, zwykle zaś nawet przy większych dawkach wahania ciepłoty dochodziły 39°.

U wielu chorych zauważono pewną osobniczą wrażliwość na antifebrynę, szczególnie u suchotników. U niektórych z nich—0,12 gr. obniżało ciepłotę do normy w przeciągu 12-tu godzin, podczas gdy u innych nawet 1,0 grm. wywoływał zaledwie widoczne działanie. W ogóle u suchotników 2—3 dozy po 0,5 gr. (u kobiet nieco mniejsze) już po upływie 2—3 go-

dzin obniżały temperaturę do normy i utrzymywały ją przez 4 do 10 godzin.

Zachowanie się tętna szło równolegle do wahań ciepłoty ciała; zauważono tylko w ogóle z początku zwiększenie się napięcia w tętnicach.

Częstość oddechu zmniejszała się. Niekiedy zjawiała się sinica. Ubocznego działania na układ nerwowy, ani też na przewód pokarmowy i nerki nie zauważono.

Nieprzyjemnym objawem—prawie stałym u zażywających antifebrynę są mocne poty—chorzy niekiedy kapali się wprost w pocie. Niekiedy zdarzały się i dreszcze przed podnoszeniem się ciepłoty ciała na nowo.

Swoiste (do pewnego stopnia) działanie okazuje antifebryna przy gościecu stawowym, już pojedyncze dawki 0,2—0,3 (2 gr. pro dosi) wywoływały widoczny skutek; ból zmniejszał się natychmiast, a po 5-ciu dniach przechodził zupełnie.

Co prawda, choroba ponawiała się niekiedy, ale tylko u chorych, którzy wyżyli bardzo mało antifebryny. W przewlekłych przypadkach (bez gorączki) działania nie zauważono.

Wobec powyższych spostrzeżeń i przy braku objawów takich jak szum w uszach, ból głowy, zawrot, które są zwykle przy salicylanie sodu—antifebryna może się stać pożyteczną jako lek przeciwgoścowy.

Ö.

### 203. Hypnon. (*Deutsch. Med. Woch.* 5. 1886).

Dujardin Beaumetz przed paru miesiącami zwrócił uwagę na hypnotyczne własności ciała, odkrytego w 1857 r. i nazwanego przez Friedela Phenylmethylcarbonyl. Środek ten, który D. B. w celach praktycznych nazwał hypnonem, w zwykłej ciepłocie przedstawia się w postaci płynu nierozpuszczalnego w wodzie i glicerynie, lecz w alkoholu, eterze, chloroformie i benzynie. Jest to ciało drażniące i żrące, wywołujące na języku palenie i mocny ból. Wskutek złego smaku najwygodniej używać go w pigułkach zawierających 0,05—0,10 hypnonu.

Fizjologiczne i toksyczne własności tego środka są rozmaite u różnych zwierząt. Podskórne wstrzyknięcie 0,5 hypnonu wywołuje u morskich świnek ogłuszenie, śpiączkę i śmierć po 4—6 godzinach. Króliki znoszą łatwo do 2,0 hypnonu. Zjawia się wówczas utrata czucia na miejscu wstrzyknięcia, a ciepłota zniża się z 39,6 do 38°. Mocz zawiera białko i ma zapach hypnonu. Zwierzę staje się zupełnie beczynnem, po 24 godzinach wraca do stanu normalnego.—U psów 3,0 hypnonu podskórnie nie wywiera żadnego działania; w żołądku 0,2 wywołuje senność i paręzę, po wstrzyknięciu środka tego do tętnicy następuje głęboki sen. Najsilniejsze działanie wywiera po wstrzyknięciu do żył, po czem następuje przedka śmierć.

U człowieka 0,2 hypnonu przyjęte w kapsułce w chwili rozpuszczenia się kapsułki w żołądku wywołuje uczucie ciepła, — przytem zjawia się odbijanie z nieprzyjemnym zapachem. Tego objawu nie spotykamy, jeżeli zamiast oliwy w kapsułce znajduje się eter. Po 20—60 minutach następuje spokojny i głęboki sen, po przebudzeniu niekiedy bywa ból głowy i ociężałość. Działanie hypnotyczne nie jest stałym.

Środek ten używa się dotychczas tylko jako hypnoticum w dawkach

0,20 — 0,40; przez dość długi czas nie przyzwyczajają się do niego, szczególnie przy nerwowej bezsenności lub też wywołanej wskutek nadużycia alkoholu albo nadmiernej umysłowej pracy.

M. M.

204. **Uretau nowy środek nasenny.** (*The Medical Record*) November 7. 1885.

Substancję tę ( $\text{NH}_2\text{CO}_2\text{C}_2\text{H}_5$ ) po raz pierwszy używał Schmiedeberg do doświadczeń nad zwierzętami. Jest to ciało krystaliczne białego koloru bez zapachu i przykrego smaku. — Jaksch (*Deutsche Medicinal Zeitung* Sept 14. 1885) stosował ją u ludzi przeszło w 100 wypadkach (w dawkach około 15 gr.) i przekonał się, że działa ona głównie na mózg, nie wywierając widocznego działania na nerwy obwodowe. Jest to, jak się zdaje, środek wysoko nasenny, nie mający wpływu na łagodzenia kaszlu, bólu i t. p. Autor utrzymuje, że środek ten bywa doskonale znoszony, sprowadza spokojny sen, nie wywołując żadnych nieprzyjemnych następstw; dla tego zaleca go szczególnie u dzieci oraz przy obłądnie opilczym i manii. — Można go podawać w zwyczajnym wodnym roztworze. P.

205. **Coze. Poszukiwania nad działaniem fizjologicznych uretanu i o jego własnościach antagonistycznych odnośnie strychniny.** (*Bull. gener. de therapeutique* N-r 16).

Roztwory uretanu, wstrzyknięte pod skórę albo też do jamy otrzewnej żabom, morskim świnkom, królikom i psom, nie okazywały miejscowo szkodliwego działania.

Żaby już przy 10 centygr. wpadały w głęboką narkozę poprzedzoną okresem pobudzenia; serce przytem nie okazywało się upośledzonym w swej czynności; na drugi dzień zwierzę przychodziło do siebie.

Morskie świnki po wstrzyknięciu podskórnem 1 gram. spały dwie doby, króliki po 3 g. Śmiertelna dawka dla królika (wagi dwóch kilogr.) wynosi 7 gr. Psy usypiały dopiero po wstrzyknięciu (do jamy otrzewnej) 6 — 8 gr. U wszystkich zwierząt zauważono poprzedzający okres pobudzenia.

Ciśnienie krwi z razu nieco się wznosiło, niebawem jednak spadało do normy; ilość tlenu we krwi zwiększała się znacznie podczas snu (17 c. sz. zamiast 13), podobnież i ilość hemoglobiny.

Oddech po początkowem przyspieszeniu ulegał znacznemu zwolnieniu, przytem utrzymywał się typ brzuszny. Ciepłota spadała zwykle (na 1° C), wielkie dawki sprowadzały nawet objawy zapaści.

Wydzielina: śliny, łez, moczu była nieco wzmożona. — Drogi wydzielania się uretanu z ustroju nie udało się autorowi wykryć.

Działanie usypiające uretanu, a także zauważono przy jego użyciu zwolnienie naprężenia i zwiótczenie mięśni, nasunęło autorowi na myśl zastosować ten środek przy drgawkach po otruciu strychniną.

Doświadczenia na żabach, królikach i morskich świnkach, okazały wyniki, przemawiające nadzwyczaj dodatnio za ureta-



nem. Zwierzę, któremu wprowadzono więcej niż śmiertelną dawkę strychniny, otrzymywało zaraz po pierwszym napadzie drgawek 3 gr. uretanu: wystarczało to do przerwania dalszych napadów, poczem rychło następował powrót do normalnego stanu. Jeżeli omawiany środek podano przed strychniną, to drgawki nie występowały wcale, chyba tylko przy nadwyzczaj wielkich dawkach strychniny.

Na podstawie powyższych danych autor sądzi, że uretan powinienby być próbowanym i u ludzi zarówno przy drgawkach wskutek otrucia strychniną — względem której okazuje wyraźny czynnościowy antagonizm, jak i przy wszelkiego innego pochodzenia drgawkach.

K. K.

**206. Dr. HANS VOIGT. Sparteinum sulfuricum jako środek leczniczy.**—(*W. Med. Blätter* N-r 25, 26, 27. 4886).

Autor w klinice prof. Nothnagla sprawdzał wyniki otrzymane przez Germain Sée przy chorobach serca po użyciu sparteiny. Podawał zwykle w proszku 1 miligr. spart sulf. na dawkę; doszedł do następujących wniosków: 1) Spart sulph. działa w małych dawkach pobudzająco na serce; skurcze stają się pełniejsze, tętno mocniejsze, napięcie tętnic się zwiększa.— 2) Działanie następuje po  $\frac{3}{4}$  do 1 godziny, trwa często 24 godzin, może być wzmocnionem nową dawką. Można ją podawać cały tydzień bez szkody, chociaż lepiej po pewnym czasie zrobić kilkodniową przerwę. 3) Częstość oddechów po użyciu tego środka bywa zwiększoną lub też zmniejszoną. 4) Ilość kurczów również się zwiększa, stosownie do wzmocnienia czynności serca. 5) Często występuje lekkie działanie narkotyczne w postaci uspokojenia i drzemki. 6) Objawy zatrucia (zawroty, bóle głowy, bicie serca i mdłości) zjawiają się rzadko po użyciu 1—4 mgr., przyczem prędko ustępują.—W ogóle działanie jego nie dorówna działaniu naparstnicy, chociaż przewyższa kofeinę, adonis vernalis i convallamarynę. Najwięcej jest wskazaną przy wadach zastawek w okresie zbroceń kompensacyjnych, gdy tętno jest niezbyt pełne i mocne, przy niedostateczności mięśnia sercowego, przy pericarditis i jako środek wzmacniająca działanie naparstnicy.

M. H.

**207. Salol nowy lek przeciwgośćcowy i przeciwnilny.** Salol ein neues Antirheumaticum und Antisepticum. *Wien. Med. Presse* N. 19.

Na ostatniem posiedzeniu towarzystwa lekarskiego farmaceutycznego w Bernie D-r Sahli zakomunikował, że prof. Nencki wykrył nowe połączenie kwasu salicylowego z fenolem — salicylan fenolu nazwany przez Nenckiego salolem.

Salol przedstawia się w postaci proszku białego, tłustego, o słabo aromatycznym zapachu, bez smaku; w wodzie jest prawie nierozpuszczalnym, lecz rozpuszcza się w spirytusie.

Doświadczenia wykonane przez Nenckiego na zwierzętach przekonały, że cała ilość salolu wprowadzona wraz z pokarmem, wydziela się moczem w postaci moczanu salicylu i siarku fenolu, co wskazuje, że salol uległ rozkładowi na swoje składo-

we części; rozkład ten ma miejsce nie w żołądku; a w dwunastnicy pod wpływem soku pankreatycznego.

U człowieka nawet dawki 6 i 8 gramowe nie wywołują żadnego nieprzyjemnego obocznego działania. Sahli sam przyjął 8 gramów nie doznawszy nawet szumu w uszach; towarzyszący niekiedy szum w uszach daleko jest mniejszym aniżeli po salicylanie sodu. Mocz po użyciu salolu jest ciemnym, prawie czarnym jak po fenolu.

Sahli próbował salol we wszystkich przypadłościach i postaciach gośćcowych (polyarthritus acuta, subacuta, chronica, rheumatismus musculorum) i otrzymywał takie same dodatnie wyniki jak po salicylanie sodu; gorączka nawet szybciej ustępuje, co zdaje się zależeć od fenolu.

Przypadek przewlekły pokrzywki, który w ciągu kilku miesięcy nie ustępował żadnemu leczeniu, został za pomocą salolu szybko usunięty; nadto otrzymano dobre wyniki w wielu przypadkach nerwobólu nadoczodołowego.

Salol jest też podług Sabliego doskonałym lekiem przeciwgorączkowym w ilości 2 do 3 gramów dziennie. W jednym przypadku suchot Sahli widział już po 2-ch gramach zmniejszenie ciepłoty z 40° na 36° bez jakichkolwiek szkodliwych następstw.

Salol może być też wskazanym w moczówce, w której i fenol i kwas salicylowy okazały się skutecznymi; jako lek miejscowo przeciwnie w niezycie kiszek połączonym z rozkładem mas kałowych i wzdęciem przy żółtacze, durze brzuszonym, cholercze.

Sahli używał salolu z dobrym skutkiem przy ożeniu, przy wycieku z ucha; sądzi też, że z pożytkiem mógłby być stosowanym przy tryprze; należy jednak w tym razie salol rozpuścić w spirytusie i kilka kropel dodać do wody przez co utworzy się mieszanina w postaci mleczanki, w której będą zawieszone cząsteczki salolu.

W dyskusyi, jaka się wywiązała, D-r Füter zakomunikował, że w przypadku połowiczego bólu głowy, w którym salicylan sodu pozostał bez skutku, 4 gramy salolu usunęły natychmiastowo ból; doskonałe skutki otrzymał tenże w 4 przypadkach lumbago, gdy przeciwnie w bardzo ciężkim przypadku ostrego gościa stawowego salol przez dwa dni brany pozostał bez skutku, a podany następnie salicylan sodowy okazał się skutecznym.

Z dyskusyi nad salolem okazało się, że nie zabija on bakteryi, ale przeszkadza ich rozwojowi, że się z ciałami białkowatymi w ranie nie łączy, a zatem jest w działaniu trwałym, że wskutek jego własności tłuszczowych dobrze do gazy opatrunkowej przylega, że zatem stosownie do zalecenia Nenckiego zasługuje na próby w praktyce chirurgicznej, jako najlepszy ze wszystkich leków przeciwnie. Arnstein.

208. Dr. LEON KOPFF. **W sprawie chłonięcia chloru rtęciowego z rozczyynu wodnego przez skórę.** (Przeгляд Lek. 1866. N. 43, 44, 45).

Ważne, podstawowe dla balneologii pytanie: czy skóra normalna wchłania ciało w wodzie rozpuszczone, usiłował autor sprawdzić odnośnie do roztworu sublimatu. Punktem wyjścia był fakt nie ulegający wątpliwości, że kąpiele sublimatowe okazują wyraźny wpływ przy syfilisie u dzieci.

Autor zanurzał kończynę górną lub dolną zdrowego człowieka do ciepłej kąpieli sublimatowej (sublimatu 1:1000—1:500) na godzinę przecięciowo z zachowaniem wszelkich ostrożności (naskórek odnośniego osobnika nienaruszony, mocz przed doświadczeniem zbadany na rtęć, i t. d.), następnie poszukiwał rtęci w moczu, przyczem okazało się, że po jednorazowej kąpieli w roztworze sublimatu 1:1000 rtęci w moczu nie było; po trzech podobnych kąpielach, danych przez 3 dni z rzędu, ślady rtęci w moczu; po jednej kąpieli w roztworze sublimatu 1:500 wątpliwe ślady; po dwóch podobnych kąpielach wyraźne ślady; po obmyciu skóry z tłuszczu (wodą z mydłem, potem wysokiem, eterem i chloroformem) wyraźne ślady.

Autor wnioskuje że:

- 1) Skóra wchłania w stanie fizjologicznym \*) roztwory sublimatu 1:1000 i 1:500.
- 2) Ilość rtęci wprowadzonej do ustroju jest bardzo małą, zależną od zęszczenia roztworu.
- 3) Cała ilość rtęci zostaje szybko wydalona, gdyż już w moczu z dni następnych śladów jej wykryć nie można.
- 4) Powłoka tłuszczowa skóry utrudnia przechodzenie sublimatu.

Dla poszukiwania rtęci (śladów) w moczu, autor zągęszczał mocz i niszczył części organiczne tegoż, przekonał się bowiem, że w roztworze wodnym można metodą Ludwiga lub Fürbringera wykryć jeszcze pół miligrama sublimatu w litrze wody; a nie uda się wykazać nieraz 1—1½ miligrama w litrze moczu jeśli przeszkadzają ciała organiczne. Funk.

### III. Syfolidologija i choroby skórne.

209. BEISSEL. **O przyczynie łuszczycy.** Zur Aetiologie der Psoriasis. *Monats. f. pract. Dermat.* Nr. 9. 1886 r.

W ostatnich czasach Long zajął się poszukiwaniem drobnoustroju wywołującego łuszczycę i jako taki wskazał na znaleziony przez siebie grzybek, który nazwał *epidermidophyton*; odkrycie to stwierdza Wolff, który od tego czasu stale znajdował wymieniony twór przy łuszczycy. Przeciwnie prof. Eklund w Stockholmie wskazuje jako przyczynę tej choroby inny grzybek, nazwany *lecopolla repens*.

\*) Skóra uległa jednak zaczerwienieniu po kąpieli 1:500, co już nie jest stanem fizjologicznym.

Autor postanowił poszukiwania w tym kierunku powtórzyć. Że łuszczycza może być zaliczoną do chorób zakaźnych, dowodzą doświadczenia Lassara, który weierając łuski tej choroby zmieszane z krwią i limfą, wywoływał u zwierząt chorobę bardzo zbliżoną do łuszczycy, polegającą na zaczerwieniu, tworzeniu się łusk, oraz twardnieniu skóry; Chambord podaje spostrzeżenia zakażenia pewną mykotyczną chorobą cieląt i koni, która u człowieka daje objawy charakterystyczne łuszczycy. Z tego założenia wychodząc, autor szukał drobnoustrojów w łuskach w następujący sposób: zbierał za pomocą wyjąłowych instrumentów łuski z oddzielnych wykwitów i pomieszczał na peptonowej żelatynie—to kwaśnego, to zasadowego odczynu. Łuski były zbierane z chorych, u których rozpoznanie łuszczycy nie mogło podlegać wątpliwości.

Badając łuski w 5% roztworze ługu potasowego lub glicerynie pod drobnowidzem, znajdujemy: nabłonkowe komórki nagromadzone pod różnemi kątami do powierzchni skóry, brzeżgi ich wielokrotnie zagięte; w niektórych da się rozpoznać jądro, a koło niego drobne, silnie łamiące światło ziarenka; w tych miejscach znajdujemy po wpatrzeniu się, okrągłe o podwójnych konturach kuleczki, czasami przewężone biszkoptowato; rzadko jednak można konstatować połączenie ich z innymi nitkowatemi; lepiej zaobserwować to można rozrywając łuski igielką w roztworze ługu, wysuszając następnie na szkiełku i barwiąc aniliną; wtenczas kuleczki owe można widzieć oddzielnie w związku z nitką mycelium — tak że rzeczony twór można przyjąć za grzybek, mający wiele podobieństwa do znajdujących przy innych chorobach skóry, jak: favus, herpes, pityriasis versicolor.

Jeżeli przenieść łuski na peptonową żelatynę, rozwija się z niektórych członkowata grzybnica (mycelium) — na końcach zaokrąglona, od której odsznurowuje się okrągła, o podwójnych konturach (jak wyżej opisano) komórka. W dalszym rozwoju grzybek formuje początkowo białe, następnie żółte masy; zabarwienie zależy od wytwarzania się burego barwnika wewnątrz odsznurowujących się komórek, które w związku z mycelium przedstawiają formę butli o krótkiej i szerokiej szyjce, odsznurowawszy się zaś przybierają formę okrągłą, owalną, nerkowatą, wielkości 0,4 — 0,6 m.; często znajdujemy je połączone łańcuszkowato po 2 — 3 i więcej. Zawartość tych podwójno-konturowych komórek stanowią drobne ziarneczka (spory); — ziarnistą zawartość znajdujemy i w grzybnicy, nigdy jednak nie widzimy tam barwnika.

Żółte masy rozwijają się bez rozplywania żelatyny; dopiero po upływie paru tygodni formują się bure masy, które początkowo unoszą się na wierzchu rozplynionej żelatyny, następnie zaś tworząc zbitą skorupę, opadają na dno; badając pod drobnowidzem, znajdujemy, że masy owe składają się prawie wyłącznie z okrągłych, o podwójnych zarysach komórek, zawierających bury barwnik; nitek mycelium znajdujemy bardzo mało.

Tak więc poszukiwania autora potwierdziły odkrycie Longa; podobieństwo opisanego tworu do *trichophyton* jest dość znaczne, jednak różnica nie mniej widoczna: grzybek Longa o wiele powolniej rozrzedza żelatynę, tworzy ciemno-burą skorupę, żelatynę zaś zabarwia na buró-czerwonny kolor, przytem umiejscowienie barwnika jest odmienne.— Grzybek rozwija się przy różnej ciepłocie, jednak lepiej przy wyższej, najlepiej między 20—25° C.

Przy hodowli rozwijały się także przypadkowo posiane mnogie inne gatunki grzybków, obecność których w skórze nie powinna dziwić, zważywszy, że ta ostatnia jest ciągle wystawioną na działanie powietrza; rozwój tych domieszek utrudniał, lecz nie znosił hodowli opisanego tworu; przytem rozwój ich był bardzo widocznie odmienny od opisanego.

Dla oceny klinicznego znaczenia różnych tych drobno-ustrojów, wykonywał autor szczepienie na swoim ramieniu; obnażywszy je w pewnych miejscach z naskórka, prznosił na nie kawałki hodowli w wodzie przekroplonej, pokrywał kompresem, ceratką i bandażował: wszystkie gatunki kokków były tak szczepione bez wywołania jakiegobądź odczynu; jednak wprowadzone głębiej w skórę lub tkankę podskórną u szczepieńca wywoływały zapalenie.

Przeciwnie, *bacillus subtilis* wywoływał palenie, zaczerwienienie pola szczepienia, które się nie rozszerzało, trwało 4—5 tygodni; na powierzchni zjawiało się złuszczenie naskórka. — Po kilku przemywaniach objawy nikły nakoniec bez śladu.

Po zaszczepieniu wyżej opisywanych komórek o podwójnych zarysach, skutek był jeszcze wyraźniejszy: wspólnie z silnem, 2 dni trwającym paleniem, zjawiało się zaczerwienienie już po kilku godzinach, tworząc okrągłe pole około miejsc szczepienia, na którym naskórek złuszczył się bardzo wyraźnie; stan ten trwał około 6-ciu tygodni, poczem wszystkie objawy po kilkakrotnem przemyciu mydłem powoli znikły bez śladu.— Nie ulega więc wątpliwości, że opisany grzybek, zdający się należeć do klasy objętej przez Grawitza mianem *mycoderma*, wywiera silne drażniące działanie na skórę; jest on identycznym z opisanym przez Longa *epidermidophyton*. Czy towarzyszy on zawsze łuszczycy — t. j. czy wszystkie klinicznie podobne wypadki są zaraźliwe, jakich oprócz tego warunków potrzeba ze strony organizmu dla powstania choroby—tych pytań autor nie rozstrzyga, uważa jednak swoje badania za ważny przyczynek do badań nad etyologią łuszczycy.

*Kazimierz Ciągłinski.*

210. JANOVSKY. **O rzadszych formach wysypki jodowej.** (Mon. f. p. Derm. N. 10. 1886).

Autor przytacza 3 różne wypadki wysypki przy używaniu przetworów jodowych:

I. Mężczyzna 50-cio letni, po wyżyciu 2 grm. jodku potażu, spał źle, czuł silne palenie twarzy; ciepłota dosięgała

39,2<sup>o</sup>; wewnętrzne badanie dało rezultat ujemny; skóra twarzy i szyi czerwona i obrzmiała, lecz nie jednostajnie, jak przy różnicy: nabrzmałe miejsca przedzielone są mostkami zdrowej skóry; na obrzmiałych miejscach mnóstwo małych jak lebek od szpilki pęcherzyków, napelnionych przejrzystym płynem; powieki silnie nabrzmałe, łącznica nastrzyknięta. Na drugi dzień gorączka mniejsza, pęcherzyki — jedne poprzysychały, w innych zawartość zmętniała, wskutek czego potworzyły się żółtawe strupki; w niektórych miejscach na szyi naskórek się oddzielił, pozostawiając wilgotną powierzchnię. Następnym dniem cierpienie przedstawiało formę eczemy, na brodzie eczema sycosiforme; piątego dnia zaczęły objawy znikać, tylko na brodzie i około uszów trwały do 14-go dnia. Stosowano pudrowanie proszkiem salicylowym, maść Lissara i maść Hebry. Chory przypomniał sobie, że przy stosowaniu jodku potażu przed laty cierpiał na podobne objawy.

II. Kobieta 22-letnia po wyżyciu 24 grm. jodku sodu, zbudziła się z silnym bólem głowy i katarą, gorączką do 38,6; w moczu można było wykryć jod z łatwością. W nocy silny krwotok nosowy; na drugi dzień gorączka mniejsza. Na nogach pokazały się krwawe podbiegnięcia wielkości lebka od szpilki, które jednak w ciągu 24-ch godzin połączyły się w większe — wielkości ziarnka soczewicy; krwotok nosowy powtórzył się, gorączka spadła, przytem wystąpiły nowe plamy tegoż rodzaju na wewnętrznej powierzchni ramienia i przedramienia, które zginęły w przeciągu 10-ciu dni, naturalnie po odstawieniu jodu. Dla przekonania się autor po 3-ch tygodniach znów zaczął zadawać jodek sodu; po użyciu 5-ciu grm. pokazała się znów wyżej opisana wysypka, bez gorączki, w moczu ślady jodu.

III. Mężczyzna 46-letni po wyżyciu 18 grm. jodku potażu, zwrócił uwagę autora na pojawienie się guziczkowatych nacieczeń na wewnętrznej powierzchni uda, przedramienia, oraz na brzuchu; guziczki te umiejscowione były w tkance podskórnej, po większej części doskonale ruchome, konsystencyi twardej; po 2-ch dniach guziczki powiększyły się, przypominając obraz erythema nodosum, chociaż nie miały niebieskawego zabarwienia we środku. Po siedmiu dniach zaczęły owe guziczki znikać bardzo prędko. W moczu jod odkrywał się z łatwością. Dla przekonania się, jak w poprzednim wypadku zadawał autor po 14-tu dniach znowu jodek potażu i wywołał po 8 grm. tę samą wysypkę.

Najwidoczniej więc w tych 3-ch tak różnych wypadkach mamy do czynienia z wysypką jodową, powstałą prawdopodobnie wskutek działania jodu na ścianki naczyń.

*Kazimierz Ciągłiński.*

211. Prof. BOHN. **O wyprysku w okresie klimakterycznym.** Das climacterische Eczem. (*Deut. Arch. f. Kl. Med.* 1886, 20 Paźdz.),

Autor przyjmuje, idąc w ślad Rayera i Hebry, istnienie

ekcem klimakterycznych, t. j. związanych z menopauzą i fizjologicznym zanikiem macicy. Stosunkowa częstość ekcem u kobiet 40—50 letnich jest faktem nieulegającym wątpliwości, umiejscowienie ich jest typowe, nieznamy jedynie pośrednich ogniw między climax a ekcemą.

Wypryski klimakteryczne mają skłonność do powrotów i trwają długo, niekiedy do dziesięciu lat. Widzimy je najczęściej na głowie i uszach. Najczęściej zaczyna się eczema od głowy, poczem przechodzi na skronie i uszy, niekiedy na kark. Z rzadka zajęte są ręce i palce, jeszcze rzadziej przedramiona.

Postać wyprysków tych jest również jednostajna; bywa to najczęściej eczema squamosum, rzadziej (wskutek drażniących wpływów zewnętrznych lub wewnętrznych) e. madidans; nigdy nie spotykamy tu ekcemy strupieniowej (e. impetiginosum, i ropiejącej. Ekczemy klimakteryczne swędzą bardzo silnie. Często skóra głowy łuszczy się tylko i włosy wypadają— jest to łagodna postać opisanego cierpienia.

Zdanie Rayera o oporności tych wysypek możemy uważać dziś za przestarzałe. Przeciwnie, eczemy te dają się leczyć szybko i stosunkowo prostymi środkami. Maść z białego precipitatu rtęciowego i arsenik do wewnątrz działa w sposób niemal specyficzny; recydywy zwalczamy z pomocą tych samych środków. — Autor przyznaje, że łatwa wyleczalność tych eczem stoi w niejkiej sprzeczności z przewlekłą ich podstawą (climax).

*Funk.*

212. Ch. MAURIAC. **O stwardnieniu ciał jamistych prącia.** Sclérose des corps caverneux. (*Gaz. hebdom.* 1886. N. 37, 38, 41).

Autor podaje opis 18-tu wypadków własnych tego zagadkowego cierpienia. Wyniki autora są następujące:

1) Stwardnienie ciał jamistych prącia zależy od częściowej przemiany tkanki jamistej w tkankę włóknistą.

2) W ten sposób zmienione miejsca przedstawiają się pod postacią twardych guzów, płytek lub taśm; znajdują się zawsze w *górnym najpowierzchniowszym warstwach tkanek ciał jamistych prącia* i na ich brzegach. Wyczuć je można bardzo łatwo przy opadniętem prąciu, posiadają one bowiem twardość chrząstki.

3) Przyczyny tego cierpienia nie znamy. Niesłusznie przypisywano cierpienie to wyłącznie syfilisowi; nie posiada ono bowiem cech trzeciorzędnego tworu syfilitycznego, i nie bywa jednocześnie z syfilisem organów płciowych. Nigdy prawie nie można odnaleźć najmniejszego związku między nim a syfilisem.

4) Najmniej wątpliwą i najczęstszą przyczyną stwardnienia ciał jamistych prącia zdaje się być tryper cewki.

5) Cierpienie to powstać może samoistnie lub być może pod wpływem urazu. Możliwym jest, że dna (arthritis urica)

gra rolę w etjologii tych stwardnień (Kirby, Verneuil i inni).

6) Jakakolwiek byłaby przyczyna, stwardnienie ciał jami-  
stych prącia jest cierpieniem typowym zawsze jednostajnym.

7) Rozwija się najczęściej w zdradliwy sposób. Jest nie-  
bolesne, daje bardzo wiele objawów podmiotowych.

8) Objawami cierpienia są *zboczenia, skrzywienia i zniepodo-  
bnienia prącia podczas naprężenia.*

9) Zboczenia te i skrzywienia są boczne lub górne; ni-  
gdy z góry ku dolowi, jak przy chorda gonorrhoeica, gdyż przy  
cierpieniu tem tkanka jamista cewki moczowej jest zawsze niezają-  
ta. Stopień zboczenia i skrzywienia zależy oczywiście od wiel-  
kości guzów i ich umiejscowienia. W ogóle im zmiany leżą  
bliżej podstawy prącia, tem zboczenie jest mniejsze w czasie  
naprężenia członka. Niekiedy prącie wygina się ku górze za-  
kreslając koło, a żołądź dotyka wzgórka łonowego.

10) Oprócz zniepodobnień podczas naprężenia prącia, na-  
stępstwem tego cierpienia bywa zmniejszenie objętości tego  
organu, osłabienie naprężenia, osłabienie chęci płciowej.

11) Wynikają więc zboczenia mniej lub więcej ciężkie, które  
*utrudniają lub uniemożliwiają spółkowanie* i działają przygnę-  
biająco na umysł chorego.

12) Przebieg sprawy jest niezmiernie powolny—ulega za-  
ledwie nieznacznym zmianom w ciągu miesięcy i lat. Po naj-  
większej części zwyrodnienie włókniste jest ostatecznym, nie-  
zmiennem i przedstawia się jako takie od samego początku. —  
*Wszelkie leczenie jest też bezużytecznem.* Cierpienie opiera się środ-  
kom ręciovym i jodkowi potażu, co również przemawia prze-  
ciw istocie syfilitycznej cierpienia.

*Funk.*

213. Dr. SCHUMMEKER. **O miejscowych zatruciach  
ręciami i ich rozpoznawaniu laryngoskopijem.** (M. f. p.  
Derm. N. 10. 1886 r.).

Ograniczone zmiany błony śluzowej jamy ustnej i gar-  
dzieli pod wpływem merkuryjalizmu na szczególniejszą u-  
wagę zasługują, ponieważ spotykamy się z niemi u ludzi prze-  
bywających wczesne okresy przymiotu, oraz wyglądem swoim do  
wczesnych form przymiotu się zbliżają.

Przy zupełnym braku t. z. „stomatitis mercurialis“ spoty-  
kamy na błonie śluzowej języka, podniebienia miękkiego i mi-  
gdałków errozyje, nalot podobny do „plaques muquesses“ lub owrzo-  
dzenia, także do przymiotowych nader zbliżone. Najczęściej  
objawy te trwają nietylko tygodnie, ale nawet miesiące, zmie-  
niają miejsce, nie przyczyniając czasami choremu żadnych cier-  
pień, czasem zaś powodują bóle. Stosowanie zwykłych środ-  
ków ostrożności przy zadawaniu ręcici, nie zawsze od opisanych  
objawów ustrzeże.

Pewny rozpoznawczy środek, dla odróżnienia opisanych  
zmian od przymiotowych, widzi autor w zbadaniu za pomocą  
wziernika dolnego odcinka gardła—mianowicie cavum pharyn-



go-laryngeum, ponieważ w tem miejscu zmiany rțęciowe mają wygląd najbardziej charakterystyczny. Zmiany rțęciowe poczyna się tu zwykle poniżej papillae circumvallatae, między gruczołami śluzowymi, ztąd mogą się rozszerzyć aż do fossae glosso-epiglotticae i ulubionem ich miejscem są zdwojenia błony śluzowej między gardzielią i nagłośnią.

Początkowo występuje tylko pewne zmętnienie błony śluzowej, przyczem żywe, czerwone zabarwienie zmienia się na niebieskawe; po paru dniach zjawia się białawy nalot w formie ograniczonych plam, to zgrupowanych, to porozrzucanych; po niejakiem czasie plamy te nabierają barwy buro-zółtej; zwykle przechodzi 1—3 tygodni nim się nalot oddzieli i nastąpi wygojenie bez utworzenia blizny. — Miejscowe objawy w gardzieli poprzedzają zwykle zjawienie się stomatitis; choremu dokuczają mniej, niż analogiczne zmiany w jamie ustnej, jednak mogą wywoływać nieprzyjemne uczucie przy łykaniu.

Dlaczego wyż opisane objawy zjawiają się najpierw na przedniej ścianie gardzieli, objaśnia się tem, iż zmieniona patologicznie ślina i wydzielina gruczołków spływają po niej ciągle. Znaczenie rozpoznawcze zmian w gardzieli jest decydującem, jeżeli nie wiemy, czy zmiany znalezione w jamie ustnej mamy przypisać przymiotowi, czy też zatruciu rțęcią; wczesne zmiany przymiotowe spotykają się nader rzadko głęboko w gardzieli; późniejsze zaś, głównie na tylnej jej ścianie i od zmian merkurjalnych różnią się znacznie. Brak opisywanych zmian w gardzieli nie wyklucza zatrucia rțęcią, ale obecność ich wskazuje nam, nawet przy istnieniu jeszcze objawów przymiotu, że organizm jest już blizki przesylenia rțęcią, i winna kierować naszym postępowaniem z chorym.

*Kazimierz Ciągłński.*

— Redakcyja otrzymała list następujący:

Redakcyja czasopisma „Vierteljahreschrift für Dermatologie und Syphilis“ życzyłaby sobie w pomienionem wydawnictwie pomieszczać sprawozdania ze wszystkich prac specjalnych w języku polskim wychodzących, i w tym celu do mnie się zwróciła.

Za pośrednictwem więc Szan. Redakcyi Kroniki Lekarskiej śmiem upraszać szanownych kolegów, których prace z dziedziny chorób wenerycznych i skórnych nie są drukowane w czasopismach lekarskich polskich, aby publikacje te raczyli nadsyłać pod adresem niżej podpisanego.

Z poważaniem

D.r Med. *Watraszewski,*

Lekarz naczelny szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie,

ulica Książęca, N-r 2.

## Nadesłano do Redakcyi.

— Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zeszyt IV wyszedł z druku i zawiera:

1. Rosenbusce i J. Karliński.—O badaniu klinicznym kału ze szczególnem uwzględnieniem badania drobnowidzowego (z 10-ma rycinami chromolitograficznymi).

2. A. Fabian.—O warunkach powstawania i znaczeniu klinicznym podwyższenia ciepłoty w gorączce. Studium krytyczne (dokończenie).

3. W. H. Krajewski.—Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych w szpitalu Dzieciątka Jezus w ciągu 1883 roku (dokończenie).

4. J. Bieliński.—Doktorowie medycyny. promowani w Wilnie (dokończenie).

5. G. Kijewski.—Guzy hemoroidalne. (Anatomija patol. Objawy, operacje, sposoby leczenia) (dokończenie).

6. Protokoły posiedzeń Towarzystwa od d. 1 Grudnia 1885 r. do 5 Stycznia 1886 r.

7. Ogłoszenia.

— Sprostowanie: — W N-rze 11-ym Kroniki w artykule wstępnym na str. 657 wiersz od góry, zamiast *prawidłowych*—winno być: *nieprawidłowych*.

— Do dzisiejszego numeru dodaje się dla wszystkich prenumeratorów prospekt na czasopismo „Życie“ i dla prenumeratorów zamiejscowych, ogłoszenie o zakładzie Kefirowym apteki Biertümpfla i Gessnera.