

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z ambulatoryum chorób gardła, nosa i uszu w szpitalu Św. Rocha w Warszawie.

## I. Przypadek ciała obcego w krtani.

PODAŁ

*Razimierz Dudrewicz.*



W dniu 18 kwietnia r. b. zgłosiła się do mnie niejaka Józefa G., lat 40 licząca, żona oficjalisty kolejowego, skarżąc się na niemożność łykania, bóle w okolicy krtani, kaszel i ślinotok.

Z wywiadów dowiedziałem się, że przeszło dwa tygodnie temu, mianowicie w dniu 2 kwietnia, jedząc przy obiedzie chleb, raptownie poczuła ból w gardle, ukłócie, jakby się skaleczyła, jak sądziła, skórka chleba. Na drugi dzień u chorej zjawily się niewielkie bóle przy łykaniu. Na trzeci dzień za radą fclczera przyjęła środek wymiotny, poczem zrobiło się jej gorzej: poczęła uczuwać silny ból z lewej strony szyi, szczególnie przy dotykaniu. Jednocześnie wystąpiła nieznaczna chryпка. Bóle w gardle wzmagaly się przy łykaniu, przyczem zaczęła się krztusić.

W tydzień później chora zaczęła odkasływać śluz zabarwiony krwią, łykanie twardych pokarmów stało się niemożliwym, łykanie płynów bardzo utrudnionem, z ksztuszeniem się, i zjawil się taki ślinotok, że chora ciągle miała pełne usta śluzu i śliny. Od paru dni chryпка zmniejszyła się znacznie. Spać nocami chora uie mogła, szczególnie w ostatnich czasach.

Dotychczas prawie nigdy nie chorowała na gardło, chryпки ni-gdy nie było, kaszlu także; czasami tylko miewała katary nosa.

Przy badaniu znalazłem, co następuje: kobieta lat 40, dobrego wzrostu, budowy prawidłowej, odżywiania miernego, blada, z twarzą wychudłą, oczyma podkrążonemi. Badanie narządów wewnętrznych niewykazało zmian wybitnych.

Cała prawie jama ustna wypełniona lepką śliną. W gardzieli pełno śluzu; łuki i tylna ściana zaczerwienione; ogromna wrażliwość błony śluzowej tak, że przy dotknięciu zjawia się kaszel i gardziel wypełniała się śluzem. — W krtani badanej, po znieczuleniu tylnej ściany gardzieli, znalazłem: lekkie zaczerwienienie błony śluzowej; struny głosowe prawdziwe szarawe, pokryte lepkiem śluzem; tylna ściana krtani obrzmiała, przeważnie z lewej strony, jak również i lewa struna fałszywa. Pomiędzy cartilago Santoriniana i Wrisbergiana sinistra nad proc. vocalis sin. szary punkt, wielkości łebka od szpilki. Poniżej, pod strunami, można było spostrzedz pod lig. ary-epiglotticum sinistrum na tle szaroczerwonym wystające nieco nad powierzchnią jakby podługowate ciało obce wielkości około 4—5 milimetrów.

Po znieczuleniu krtani 20% roztworem kokainy, zblednięciu i ściągnięciu się błony śluzowej, górny punkt wypuklił się nad powierzchnią, czyniąc wrażenie ciała obcego wielkości łebka od szpilki.

Kombinując szczegóły obrazu poprzedniego, przyszedłem do przekonania, że mamy tu do czynienia z ciałem obcym, prawdopodobnie ze szpilką, która utkwiała w krtani prostopadle z góry na dół tak, że główka jej odpowiada górnemu punktowi, a koniec wystaje z pod strun do tchawicy, reszta zaś szpilki znajduje się pod błoną śluzową.

Wtedy to kleszczykami krtaniowemi schwyłem za główkę, i paru ruchami wahadłowymi ostrożnie wy dobyłem dużą pojedynczą szpilkę, poczem pokazała się na miejscu tem kropla krwi. Po wydobyciu szpilki chora zaraz uczuła ulgę. Zaleciłem jej zimne okłady na szyję i wziewanie 1% natrii chlorati.

Wydobyta szpilka miała długości 32 milimetry, łebek niewielki, w połowie trochę zgięta, pokryta lekką rdzą.

Na drugi dzień, t. j. dnia 19 kwietnia, chora przyszła zadowolona z ulgi: od siedemnastu dni wczoraj po raz pierwszy jadła stałe pokarmy, czując już tylko niewielki ból w okolicy krtani. Ślinotok zupełnie ustąpił. Łuki i tylna ściana gardzieli lekko jeszcze zaczerwienione. Ciężota ciała pod pachą 37%. Tętno 84. Kaszel suchy. W krtani znalazłem mniejsze obrzmienie błony śluzowej na miejscu ciała obcego; brak bolesności na szyi. Chwilami tylko chora uczuwa jakby klucie w krtani. Lekka chrypka.



Zaleciłem chorej płukanie gardła i wziewania 1% natrii chlorati oraz morfinę od kaszlu. Przez kilka dni w krtani utrzymywało się lekkie obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowej, które przeszły przy zastosowaniu zasypywań z ortoformu.

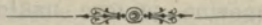
W danym przypadku znajdująca się w chlebie szpilka przy łykaniu ustawiła się tak, że utkwiła pionowo w krtani. Na razie ciało obce nie wywoływało objawów, lecz wkrótce, po przyjęciu środka wymiotnego, wystąpiły objawy zapalne, a także chrypka, która później w miarę znikania objawów zapalnych znikła.

Powszechnie wiadomo, że ciała obce mogą przez czas dłuższy znajdować się w krtani i nie wywoływać objawów. Wiemy to z obfitej literatury ciał obcych w drogach oddechowych.

*Raoult* \*) opisał przypadek obserwowy przez siebie, gdzie szpilka, przypadkiem połknięta, tkwiła w krtani 8 dni, nie wywołując żadnych objawów. Dopiero bóle w szyi i gardzieli zmusiły chorą udać się do lekarza, który szpilkę usunął.

*De Roaldès* wyjął szpilkę w krtani, która tkwiła tam od dwóch blisko lat, od czasu do czasu tylko wywołując niewielkie bóle w szyi i okolicy krtani.

Mój przypadek zasługuje na uwagę z tego powodu, że szpilka została wbita w krtani przy łykaniu u osobnika zupełnie zdrowego, i powtóre, ze względu na swą lokalizacyą: szpilka przebiła błonę śluzową struny fałszywej i przez podśluzówkę, która w tych miejscach jest ofitszą, przeszła do tchawicy.



\*) *Raoult*. Corps étranger du larynx. Revue méd. de l'Est. N. 24. 1898. Refer. w Revue de laryngologie. 1899.

## II. PRZYCZYNEK

# do leczenia szprycowaniami ostrej rzeżączki

## U MEŻCZYŹN.

Podał

*Edmund Kurella.*



Ostra rzeżączka i szprycowanie są to dwa prawie nieodłączne pojęcia. Przemywania Janet'a polegające, jak wiadomo, na wprowadzeniu do cewki danego roztworu, zazwyczaj nadmanganianu potasu, zapomocą irygatora, wiszącego na wysokości około jednego metra nad chorym poziomo leżącym, miały wprawdzie całkiem wyrugować z użycia szpryczkę tryprową, nie ziściły jednak one pokładanych w nich nadziei. Przemywania te niewątpliwie bardzo skuteczne w pewnej ograniczonej liczbie przypadków, nie nadają się do szerszego stosowania, a zwłaszcza nie możemy powierzać je samym chorym, gdyż dobre wykonanie wymaga pewnej wprawy a niedokładne wykonanie łącno choremu szkodę przynieść może, albowiem płyn tą drogą do cewki wprowadzany łatwo do tylnej dostaje się cewki, co może wywołać całkiem niepożądane objawy. Szprycowania więc pozostaną zapewne jeszcze nadługo jednym z najskuteczniejszych środków zwalczania rzeżączki. Tymczasem, o ile dużą wagę przywiązujemy do jakości wstrzykiwanych roztworów, o tyle mało zwracamy uwagi na to, jaka ilość winna być wstrzykiwaną.

Zazwyczaj chory kupuje sobie strzykawkę zawartości około 6 ctm. sz., gdyż przeważnie tylko takie znajdują się w handlu i rozpoczyna się leczenie, które, aczkolwiek jednakowemi lekami prowadzone, różne u różnych osobników daje wyniki, co dziwić nas nie powinno, gdyż, jak poniższe badania wykażą, pojemność przedniej cewki moczowej męskiej waha się w szerokich granicach od 4 do 22 ctm. sz. W tych warunkach wynik naszego leczenia zależnym będzie od ślepego trafu a mianowicie: dobry będzie, jeśli pojemność przedniej cewki w danym razie nie przewyższa 6 ctm. sześć. Bada-



nia Jadassohn'a i Dreysel'a <sup>1)</sup> wykazały, że przeciętna pojemność przedniej cewki w 50 przypadkach przy irygatorze, wiszącym na 130 ctm wynosiła 10,62 ctm. sześć. a w badanych przez H. Loeba <sup>2)</sup> również 50 przypadkach przy wysokości irygatora 110 ctm. równała się przeciętna pojemność 10,32 ctm. sz.

W 100 przypadkach H. Loeb mierzył pojemność cewki zapomocą szprycy z odpowiednimi podziałkami i znalazł przeciętną pojemność nieco większą a mianowicie 11,345 ctm. sześć., co da się tem objaśnić, że ciśnienie szprycy jest silniejsze niż irygatora, wiszącego na 110 ctm. od poziomu, na którym znajduje się cewka danego osobnika. W tych 100 przypadkach 17 chorych miało pojemność cewki 10 ctm. sześć., 12—9 ctm. sześć. a 8 po 8,14 i 15 ctm. sz.

Najmniejsza pojemność w dwóch przypadkach wynosiła 6 ctm. sześć. a najwyższa w jednym przypadku 23 grm., przyczem pojemność przedniej cewki ponad 15 ctm. sześć. miała miejsce tylko w 10 przypadkach a zatem wynosiła zaledwie 10%. Od dwóch lat badam stale pojemność przedniej cewki każdego zgłaszającego się z tryprem chorego używając do szprycowania wody przekroplonej o pokojowej temperaturze i przyszedłem do wniosku, że przeciętna pojemność przedniej cewki wynosi około 12 ctm. sz. a pojemność ponad 15 ctm. sześć. zdarza się niesłychanie rzadko.

Pewien opór jakiego doznajemy po zapuszczeniu dostatecznej ilości płynu do cewki, jak również uczucie chorego, że cewka jest całkowicie płynem wypełniona służyć nam winny za wskazówkę, iż jesteśmy u kresu pojemności danej cewki.

Naturalnie, określenie pojemności cewki, oparte na zasadzie podmiotowych uczuć chorego, dalekie jest od matematycznej ścisłości. To, że dana cewka, nie mieści w danej chwili większej ilości płynu nie jest bynajmniej dowodem, żeby go mieścić więcej nie mogła, gdyż rzeczą jest całkiem możliwą, że przy wprowadzaniu płynu następuje odruchowy skurez cewki, który po chwili ustąpić może i przeszkadzać nie będzie wprowadzeniu większej ilości płynu. Dzieje się to, jednak tylko w okresie ostrych objawów. Gdy zaś ostre objawy przejdą, gdy cewka przyzwyczai się, że tak powiem, do wprowadzania w nią płynów, gdy nadto wprowadzać będziemy obojętne nie drażniące płyny, które szczególnie wywołują ów odruchowy skurez

<sup>1)</sup> Archiv f. Dermat. u. Syphilis XXXIV. Str. 349.

<sup>2)</sup> Dermatologisches Centralblatt. Mai № 8. 1900.

cewki, to, pojemność cewek wyżej wzmiankowaną drogą, określana winna być bliską rzeczywistości.

Zaznaczyć tutaj jeszcze winienem, że pojemność cewki nie tylko różną jest u różnych osobników, ale zmienia się u jednego osobnika, zależnie od okresu w jakim znajduje się rzeżączka. W ostrym okresie trypra przy obfitej wydzielinie ropnej z cewki, przy silnym bólu podczas oddawania moczu, przy obrzękłej błonie śluzowej cewki inna będzie pojemność kanału, niż po przejściu ostrych objawów zapalnych, kiedy cewka wraca do normalnego stanu. Z tego widzimy, że nie można z góry określać pojemności cewki jak chce Loeb, który proponuje, aby chory zastrzykiwał tylko taką ilość płynu, jaką lekarz określi przy pierwszym badaniu. Moim zdaniem, najlepiej zostawić to choremu.

Uzucie rozpierania, ból przy wtłaczaniu większej ilości płynu aż nadto będzie dostateczną oznaką, nawet dla mało inteligentnego chorego, że tutaj jest kres pojemności jego cewki w danej chwili. Dodać tutaj winienem, że przy bardzo silnych objawach zapalnych nawet kilka ctm. sześć. płynu w cewce pomieścić się nie da, rzeczą jest przeto jasną, że nie można z góry określić stałej pojemności cewki na cały czas leczenia, gdyż pojemność ta nawet w przewlekłych przypadkach przy występujących obostrzeniach zmieniać się może.

Rzeczą jest niesłychanie ważną jaką ilość płynu wprowadzimy do cewki. Jeśli ilość ta zbyt będzie wielką, to zwieracz pęcherza zewnętrzny (sphincter vesicae v. prostatae externus) rozluźnia się i płyn wraz z ropą i ziarnikami Neisser'a przenika do tylnej cewki, powodując jej zapalenie a co zatem idzie cały szereg różnorodnych powikłań ze strony pęcherza, gruczołu krokowego, przyjądrzy i t. d. Słuszne są przeto poniekąd wyrzekania chorych na szprycowania, jakoby one wpędziły im trypra w głąb'. Przy małej znów ilości szprycowania płyn nie przenika dostatecznie pomiędzy fałdki błony śluzowej, nie wywiera zatem dokładnego działania na całą jej powierzchnię. Ponieważ pojemność cewki ponad 20 ctm. sześć. na 100 przypadków Loeb zauważył tylko w jednym a ponad 15 ctm. w 10 przypadkach, winniśmy zatem do szprycowań zalecać szprycę zawartości przynajmniej 20 ctm. sześć. Zaznaczyć jednak winienem, że 20-gramowa strzykawka jako zbyt duża, bardzo jest niedogodna w użyciu dla chorego, gdyż nie może swobodnie posługiwać się nią.

A wygodę chorych winniśmy w tym razie koniecznie mieć na względzie, gdyż dajemy choremu w rękę narzędzie, które przy nieumiejętnym zastosowaniu raczej szkodę, niż pożytek przynieść może.



Jakieśmy już wspomnieli, chory, po uczuciu jakiego doznaje przy napełnianiu cewki płynem, ocenić winien czy jest już u kresu pojemności swej przedniej cewki, czy jeszcze nie, tymczasem zajęty dużą a zatem niedogodną szprycą pacjent całą swą uwagę na nią kieruje a mniej zwraca uwagi na ilość płynu w szprycy zawartego i wskutek tego albo wpuści płynu za mało, albo, co gorsza, za dużo.

Szpryczka 15-gramowa w 90% przypadków, jak wyżej zaznaczyliśmy całkiem wystarcza, a że przytem dogodną jest w użyciu i zupełnie swobodnie można nią manipulować, tę więc polecić śmiało mogę.

Pozorny zarzut jakoby płyn w większej ilości wpuszczony łatwiej przedostawał się do tylnej cewki, upada wobec tego, że zwieracz pęcherza zewnętrzny ulega wprawdzie ciśnieniu płynu, ale nie odrazu, a dopiero jeśli ciśnienie płynu trwa dłużej niż pięć minut <sup>1)</sup>. Tam gdzie nie mamy na celu wyrzucić działania leczniczego na tylną cewkę a zależy nam na tem, aby płyn dłużej niż pięć minut zostawał w zetknięciu z błoną śluzową cewki, polecamy choremu przetrzymać płyn tylko 3—4 minut, następnie wypuścić i zastrzyknąwszy poraz drugi, przetrzymać go w cewce również nie dłużej niż 4 minuty. Zachowując tę ostrożność, jak również bacząc, aby cewka nie była nadmiernie płynem wypełniona, można być zupełnie pewnym, że płyn nie przedostanie się do tylnej cewki. Tych parę słów uważałem za konieczne podać aby choć w części wyrugować z użycia owe małe szpryczki tryprowe, jako narzędzia całkiem w leczeniu rzeżączki niepożyteczne.

Częstokroć miałem sposobność zauważyć, że trypry przednie, które nie chciały ustępować pod wpływem szprycowań małemi strzykawkami ustępowały stosunkowo prędko przy szprycowaniach temi samemi lekami, ale stosowanemi w dużych strzykawkach. Użycie małych szpryczek tak jest zakorzenione w leczeniu rzeżączki, że wprowadzenie dużych strzykawek napotyka na opór ze strony chorych.

Jeżeli już jednak mamy ulegać jakimś urojonym obawom chorych, co do tak zw. wpędzania trypra w głąb cewki, to możemy jeszcze ulegać im w pierwszych paru tygodniach ostrego trypra a po upływie tego czasu stanowczo radziłbym przechodzić do dużych strzykawek.

---

<sup>1)</sup> Finger „Die moderne Therapie der Gonorrhoe“. Wiener Klinik Heft. I. 1900.

Ustępstwo to tem śmielej możemy zrobić, że istotnie w pierwszych paru tygodniach ostrego trypra nie mieszczą zazwyczaj cewki męzkie więcej niż 6 ctm. sześć. płynu.



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. *Medycyna wewnętrzna.*

# USPOSOBIENIE DO GRUŹLICY

298. REFERAT DLA SEKCJI GRUŹLICZEJ

**IX-go ZJAZDU LEKARZY i PRZYRODNIKÓW POLSKICH**

w Krakowie w 1900 r.

Napisał

*C. Hewelke.*

Usposobienie do suchot, od wieków uznawane przez lekarzy, spotkało się w ostatnich dwóch dziesiątkach lat z zaprzeczeniem, wyrażonem z całą bezwzględnością przez bakterjologów, utrzymujących, że w każdym ustroju ludzkim lasecznik gruźliczy zdolny jest jednako się rozwijać i wywoływać swoiste mu zmiany.

Pogląd ten szybko się rozszerzył i na czas pewien zapanował w nauce oficjalnej tak dalece, że np. na zjeździe berlińskim dla badania gruźlicy w roku zeszłym — wszyscy referenci, zabierający głos w sprawie etyologii gruźlicy, byli jego jednostronnem echem i odbiciem. Łala powrotna nie dała jednak na siebie czekać.

Zaprzeczenia spoprzeżeń dawniejszych, głoszone przez szkołę bakterjologów, były zbyt gołosłowne, aby ostać się przed krytyką nieuprzedzoną; nowa hipoteza nie tylko nie zbijała ich dowodami faktycznemi, ale, co gorsza, znalazła się w przeciwieństwie logicznem z zasadniczemi postulatami swej własnej nauki. To też jesteśmy w obecnej dobie świadkami zwrotu nowego: głosy dopominające się o miejsce w nauce dla dawnych poglądów nie spotykają się już z lekceważeniem ale przeciwnie znajdują coraz szersze uznanie.



Pytanie, czy istnieje usposobienie do suchot lub nie, nie może być właściwie nawet rozstrząsanem w tak ograniczonym zakresie. Sięga ono bowiem do podstawowych zagadnień patologii chorób zakaźnych — o istnieniu usposobienia i odporności wogóle i ztamtąd oczekuje odpowiedzi. A chociaż dla tej ostatniej nie spotykamy się z formą zakończoną i skryzalizowaną, a przeciwnie kwestya ta w ciągłej znajduje się ewolucyi, to jednak nie wydaje się dziś możebnem do przewidzenia, aby mogła ona kiedyś być wykreślona z patologii.

Właśnie logika patologii bakteryologicznej czyli patologii chorób zakaźnych, tak żywo zajmującej się kwestyami odporności, nie pozwala na wniosek poszczególny o braku usposobienia do suchot. Odporność i usposobienie są to dwa pojęcia, znajdujące się w takim stosunku do siebie, że mogą istnieć tylko razem.

Odrzucając usposobienie, musimy odrzucić i odporność, tak jak odjemność i dodatniość, cienie i światła nie mogą istnieć jedne bez drugich.<sup>1)</sup>

Przyjąwszy zaś w zasadzie istnienie odporności wogóle, i, co za tem idzie, usposobienia, nie możemy odrzucać go dla pewnej poszczególniej choroby.

Gdyby nie istniało usposobienie swoiste do gruźlicy, a tylko ustroje nędzne, słabe, podpadały jej częściej, jako najczęstszej zarazie, ale nie łatwiej niż innym zarazom, to w takim razie — podczas panowania jakiejś epidemii, np. cholery lub ospy — osoby, noszące, według utartych poglądów, znamiona kandydatów na suchotników powinnyby ulegać tej epidemii z równie większą częstością, co się jednak nie sprawdza.

Na czem jednak polega istota usposobienia do suchot? Do wyjaśnienia tego pytania — nauka po wzbogaceniu przez bakteryologię, nie przyczyniła się wiele, a właściwie nie trudziła się nad niem tyle, co dawniej. Specyalnych hipotez dla gruźlicy bakteryologia nie zbudowała. Hipotezy ogólne o naturze odporności, które pozwoliłyby czynić jakieś wnioski o usposobieniu, fagocytoza zarówno jak i nauka o aleksinach<sup>2)</sup>, nie okazały żywotności, i upadły zanim sprobowano uczynić z nich dedukcyę dla gruźlicy.

Musimy się więc ograniczyć najogólniejszem orzeczeniem patologii, które uczy,<sup>3)</sup> że usposobienie jest wielkością zmienną (w znaczeniu matematycznym, od O do N), oznaczającą wzajemny stosunek

1) Niekonsekwencyę taką popelnia Loeffler, który odrzuca z jednej strony swoiste usposobienie do suchot, a z drugiej — przyjmuje istnienie pewnej wobec niej odporności, np. u garbatych (?), węglarzy, wapniarzy (p. Bericht. II. d. Kongress z. Bekämpfung d. T. Berlin. 1899, str. 121.

2) Patrz Baumgarten. Beiträge zur Lehre von der natürlichen Immunität. Berl. Woch. 41, 1899.

3) Martius. Pathologie der Infectiouskrankheiten, 1899.

między siłą konstytucyjną człowieka i energią czynną danego ustroju chorobotwórczego.

Jako wielkość zmienna, usposobienie zwiększa się w miarę zwiększania się jadowitości drobnoustrojów albo w miarę zmniejszania się siły konstytucyi napadniętego ustroju i odwrotnie, usposobienie słabnie przy zmniejszaniu się jadowitości czynnika chorobotwórczego i wzmożeniu się siły odpornej dotkniętego ustroju ludzkiego.

Wogóle stopień usposobienia człowieka stoi powyżej kresu, sprzyjającego powstawaniu choroby. Ta ostatnia rozwija się więc albo przez spotęgowanie się zarazka, albo wskutek upadku siły konstytucyjnej podległego chorobie ustroju.

Kwestya potęgowania się siły zarazka, teoretycznie dopuszczalna—np. przy wybuchu pewnych endemii, i znajdująca poparcie w doświadczeniach laboratoryjnych—nawet i odnośnie laseczników gruźlicy<sup>4)</sup>, praktycznego znaczenia mieć nie może i w żadnym razie nie może być rozważaną w danym poszczególnym przypadku.

To też ograniczymy się tu, w myśl utartego pojęcia o usposobieniu—szukającego wyjaśnienia dlań w danym ustroju chorym—przedstawieniem tych czynników, które, według bądź dawnych, dotąd stwierdzanych spostrzeżeń, bądź nowych zapatrywań, mają spowodować upadek siły konstytucyjnej ustroju ludzkiego na tyle, że czynią go podatnym do rozwoju chorobotwórczego laseczników gruźliczych.

Osobnik albo przynosi na świat pewne usposobienie do suchot, albo też może uzyskać je dzięki wpływom, jakie nań oddziaływały już po urodzeniu. Jest to t. zw. „usposobienie wrodzone“, dawniej powszechnie uważane za obowiązkowe dla rozwoju suchot, i „usposobienie nabyte“, uznane w etyologii suchot w czasach nowszych.

„Usposobienie wrodzone“, przez długi czas pozbawione ścisłego określenia, schodzi na grunt realny w hipotezach Rokitan-skiego, Benekego i ostatnio Gabrylowitscha. Wszystkie one są sobie pokrewne, snują jedną myśl: niestosunkowania wielkości płuc i wielkości serca, i mają też wspólną słabą stronę: niemożność stwierdzenia za życia, oraz brak dostatecznej normy porównawczej dla do-wiedzenia ich na gruncie anatomicznym.

To samo można powiedzieć o hipotezie Brehmera, której zasadniczą myślą jest również niestosunek płuc i serca. Brehmera odrębność stanowi to, że dopuszcza on powstawanie „człowieka z suchotniczą więzią“ na drodze odziedziczenia po rodzicach suchotnikach, jak i wskutek działania pewnych wpływów za życia (złe odżywianie się, zwłaszcza we wczesnych okresach wzrostu). Stara się więc połączyć w jedno usposobienie wrodzone i nabyte. Zmiany w płucach są według niego—natury czysto troficzej, a udział laseczników Ko-

<sup>4)</sup> Vagedes w pracowni Kocha przekonał się, że laseczniki gruźlicze wyhodowane z rozmaitych źródeł: płwocina, ogniska w płucach, ropnie gruczołowe, perlica, okazują różne stopnie jadowitości. Jedne wywoływały tylko sprawy miejscowe u królików, inne ogólne; jedne działały na szczury, inne nie.



cha tylko wtórny. Ztąd możność poprawy przy poprawie ogólnego odżywiania i lepszej czynności serca.

(Hypotezy Steinhoff'a, Karika<sup>5)</sup>, i inne, jako mało znane i ugruntowane—można tu pominąć).

Jak już wspomnieliśmy wyżej, nauka, wzbogacona odkryciem namacalnego dowodu dla zakaźnego charakteru gruźlicy, nie stworzyła ani jednej oryginalnej hipotezy dla objaśnienia usposobienia do suchot, osądając je za pojęcie zbyt czyste i starając się wytłumaczyć wszystko na drodze zarażenia bezpośredniego. Po latach negacyi, gdy znów zwrócono się do poglądów o usposobieniu do suchot, ograniczono się tylko do ogólników, albo też nadawano hipotezom dawniejszym współczesne zabarwienie i zakończenie, mówiąc o usposobieniu do przyjęcia i rozwoju laseczników, zamiast dawnego usposobienia do suchot.

W dobie obecnej niema w nauce ścisłej i ograniczonej formuły dla określenia usposobienia do gruźlicy. Najbardziej rozpowszechnionem jest zdanie, że usposobienie to stwarzają wszystkie te czynniki, które osłabiają konstytucję danego ustroju, t. j. sumę jego pierwiastków chemicznych i fizycznych, oraz jego temperament, t. j. sumę jego elementów dynamicznych (Landouzy). Ujemne te wpływy mogą działać, jedne — w życiu wewnątrzmacicznym, inne — w czasie samoistnego życia danego ustroju, stale lub przejściowo.

Nawiasowo tylko wspomnimy tu o zupełnie osobno stojącej hipotezie Baumgartena, odrzucającej zarówno usposobienie, jak i zaraźliwość. Autor ten sądzi, że przekazywanie dziedziczne gruźlicy odbywa się drogą bezpośredniego przenikania laseczników gruźliczych drogą krwi z ustroju rodzicielskiego do płodu. Z powodu niezwykle silnej energii życiowej tkanek embryonalnych zarazek zrazu pozostaje beczynnym, następnie w okresie działalności skrytej wywołuje zmiany w więzi, jakie noszą zwykle nazwę habitus phtisicus (a które fałszywie uważane bywają powszechnie za oznakę usposobienia), wreszcie wywołują chorobę ujawnioną.

Jak wiadomo, hipoteza ta dziś mało ma zwolenników z powodu niemożności poparcia jej faktami.

Niektóre z wpływów, posadzanych o wytworzenie usposobienia do suchot, znamy tylko z ich skutków, uwydatniających się w mniej lub więcej charakterystycznych cechach pewnych ustrojów, działają one w ciągu życia płodowego; inne, nie zostawiające swoistego piętna, działają w ciągu dalszego rozwoju osobników, albo na ustroje już zakończone w rozwoju.

Szereg tych wpływów jest nader długi, i ciągle się jeszcze zwiększa.

Do wpływów działających w życiu płodowym zaliczają: pochodzenie od rodziców wiekowych (ostatnie dzieci z liczego szeregu potomstwa mają też odznaczać się skłonnością do suchot), od rodziców

<sup>5)</sup> Patrz Kronika Lekarska, 1889. O Hewelke: „Stan współczesny teorii zaraźliwości suchot płucnych.

podległych zakażeniu syfilitycznemu, przewlekłemu otruciu ołowiem, wyskokiem, rțęcią; wreszcie pochodzenie od rodziców suchotników, uwydatniające się często specjalnymi cechami, znanymi pod nazwą *habitus phtisicus*.

Ta ostatnia okoliczność, t. j. że dzieci suchotników nader często ulegają tejże chorobie, jest tak ogólnie znaną i tak dawno, że właściwie ta dziedziczność uchodziła wprost za dowód usposobienia i odnośnie jej mamy jedynie tylko jakieś pewniejsze dane. I tak Brehmer znajdował u swych chorych obciążenie dziedziczne gruźlicą w 20%, Bollinger w 33% Arthaux w 30 — 40%, S. West 12%, Piory w 25%, Herard w 50%, Hill w 50%.

Wielką częstość, z jaką spotyka się z gruźlicą u dzieci i rodziców, pomimo trudności, jakie przedstawia zbieranie dokładnych wywiadów (Brehmer, Haupt<sup>6)</sup>), była powodem, że po rozszerzeniu się poglądu o zaraźliwości suchot, starano się objaśnić to zjawisko łatwością zarażenia się dzieci od rodziców (Holsti, Volland, Ebstein, Rossel, Hutinel i inni).

Jak często bywa gruźlica u dzieci, pochodzących od syfilityków, pijaków i t. d., nie posiadamy nawet przybliżonych danych.

Do cech, mających świadczyć o usposobieniu do suchot, a za leżnych od wpływów działających na płód, choć bliżej nam nieznanych, zaliczają te, które się składają na pewne typy, a mianowicie: t. zw. *type venitien* (tycyanowski): osobniki o skórze białej, cienkiej, przezroczystej, z przeświecającymi żyłkami, często piegowaci, o włosach jedwabistych złotawych, niebieskich oczach, wiotkiem miękkim ciele; dalej typ rudych, zbliżający się do poprzedniego, wreszcie typ „*vir populeus*“—osobników nadmiernie wybujałych, chudych, cienkich, zawsze zmęczonych (Landouzy<sup>7)</sup>).

Z wpływów działających już w ciągu życia samodzielnego, wyliczyć można z uznawanych powszechnie: 1) mały apetyt w dzieciństwie i w młodości (Brehmer), 2) zolży i krzywica, odra, koklusz, influenza, blednica, 3) przebycie ospy (Landouzy), 4) Tracheotomia (Landouzy), 5) częste porody i karmienie (Brehmer), 6) syfilis, leczenie rțęcią (Brehmer), 7) wycieńczające kuracze karlsbadzkie (Brehmer), 8) cukrzyca, 9) nadużycia płciowe, 10, nadużycia wyskoku, 11, często, powtarzające się i przewlekłe cierpienia narządów oddechowych, ich uszkodzenia traumatyczne i podrażnienia wskutek wdychania szkodliwych pyłów przy różnego rodzaju zajęciach, jakoteż nieodpowiednie pozycje ciała, utrudniające sprawę oddechową.

Chociaż wiele z wymienionych czynników uznano dość powszechnie za usposabiające do suchot, to jednak często przekonania te opierają się na wrażeniach osobistych raczej, niż na jakichś pe-

<sup>6)</sup> Haupt na 600 suchotników, leczonych w Sooden, od 43 nie mógł otrzymać żadnych wiadomości o rodzicach. D. Med. Ztg. 1890.

<sup>7)</sup> Landouzy. *Prédispositions tuberculeuses* (Bericht ü. d. Kongress in Berlin, 1899, str. 247.



wniejszych danych. Wogóle ocena ich doniosłości utrudnioną jest w wysokim stopniu przez jednoczesne współdziałanie innych wpływów, również trudnych do oszacowania i do wyodrębnienia.

Niektóre z nich zapisane zostały zbyt świeżo na listę wpływów usposabiających do suchot (np. przebycie tracheotomii) i nie mogły być sprawdzane przez dostateczną liczbę obserwacji, inne, np. odra, jako sprowadzające do jednego mianownika prawie wszystkich (przynajmniej w kraju naszym osoby, które nie przechodziły odry, należą do wyjątków), tracą znaczenie czynnika, którego wpływ dałby się wyosobnić. Odnośnie wpływu nadużyć wysokości, czynnika tak rozpowszechnionego i powszechnie uznawanego na jeden z przygotowujących grunt do suchot, mamy bardzo mało danych. Wpływ ten, kojarzący się zwykle z innymi nadużyciami i przekroczeniami wymagań higieny, określić bardzo trudno, bez tego jednak przypisywane mu znaczenie nie wychodzi po za zakres wrażeń głośłownych. Badanie odnośne mogłyby być przeprowadzone w ograniczonych środowiskach ludzi, żyjących w bardzo zbliżonych warunkach bytu, pracy etc., jak małych osadach, fabrykach<sup>8)</sup> i t. p.

Po za tymi, więcej izolowanymi czynnikami, istnieją inne działające zawsze zbiorowo, sumując się w różnych stosunkach; są to wpływy życiowe, działające na szeroką skalę w warunkach istnienia klas niezamożnych, wiodących ciężką walkę o byt.

Na pierwszym miejscu należy tu postawić złe, zaduszone powietrze, w ilości niewystarczającej, jak to już dawno twierdził i wykazał na licznych przykładach A. C. Baudelocque<sup>9)</sup>. Dalej niedostateczne odżywianie, zaniedbanie czystości ciała, wyczerpująca praca w warunkach niehigienicznych. Bardzo wymowny przykład działania tych wpływów daje Cless<sup>10)</sup> ze stosunków w więzieniu wirttembergkiem w połowie ubiegłego stulecia. Od roku 1842 do 1858-go notowano tam 24% śmiertelności z suchot; w 1858 r. wprowadzono lepsze pożywienie i kąpiele ciała 2 razy zimą, kilka latem, i zmniejszono liczbę zamkniętych z 1800 do 1500 osób. Śmiertelność z suchot spadła po tym roku do 8%.

Podobne spostrzeżenie w więzieniu w Petonville zrobił Baly jeszcze w 1845.

<sup>8)</sup> Próbę podobną np. uczynił dr S. M. Bogosłowski w pewnej fabryce przędzy w gub. moskiewskiej. Z szeregu jego cyfr przytoczymy interesujące nas tu w tej chwili, mianowicie stosunek ilości wypitego alkoholu i suchot. Mniej niż  $\frac{1}{2}$  butelki wypija dziennie 104 mężczyzn i 92 kobiety, pomiędzy tymi 1,9% suchotników. Więcej niż  $\frac{1}{2}$  butelki wypija dziennie 89 m. i 18 kobiet, wśród tych 4,5% suchotników, całą butelkę i wyżej pija dziennie 14 m. i 5 kobiet, wśród tych 7,1% suchotników. Według referatu: Wracz 10, 900. Kron. Lek N. 7, str. 297.

<sup>9)</sup> Etudes sur les causes, la nature et le traitement de la maladie scrophuleuse. Paris, 1834.

<sup>10)</sup> Cyt. u E. Freund: Beziehungen zw. Ernährung u. Tub. (Verein, Heilanst. Alland) 98.

Znaczenie przeciążenia pracą, jako czynnika usposabiającego do suchot, wykazują spostrzeżenia Kelsch'a nad śmiertelnością z tej choroby wśród żołnierzy straży ogniowej w Paryżu. Wahania te wykazują równoległość ze zwiększaniem się lub zmniejszaniem wymagań i ciężaru służby.

Z wpływem tych to właśnie czynników, będących pogwałceniem zasadniczych wymagań higieny, spotykamy się niestety najczęściej i one to sprawiają, że suchoty stały się chorobą tak rozpowszechnioną, chorobą ludu (Volksseuche), nowym morem, trwale panującym.

Z formuły teoretycznej, którą określa usposobienie dzisiejsza patologia, wynika—jak to widzieliśmy wyżej—że jest ono wielkością niestłą. zmienną.

Ze strony klinicznej jeszcze pierwszej zaznaczył to najwyraźniej Brehmer, że usposobienie do suchot może się w odpowiednich warunkach u tegoż osobnika zmniejszać, ginąć i znowu powracać.

Spostrzeżenie to, wynikające z pojęcia o możliwości nabywania usposobienia, a potwierdzone pomyślnymi wynikami leczenia suchotników, ma niezwykle doniosłe znaczenie w sprawie walki z tą chorobą i to zarówno w zakresie skromnej działalności lekarza praktyka, jak dla na wielką skalę przedsięwziętych środków zaradczych przez rządy i społeczeństwa.

Lekarz praktyk, mając do czynienia bądź to już z osobnikiem chorym na gruźlicę, bądź tylko zdradzającym ku niej usposobienie, ma dziś przed sobą jedyną tylko drogę—dążyć do zmniejszenia tego usposobienia przez podniesienie siły konstytucyjnej chorego ustroju. Nadzieje na zabicie zarazków już zagnieżdżonych jakimś środkiem swoistym, w przypadku pierwszym—zawiodły, chęć ochronienia, w przypadku drugim, osobnika od ewentualnego zarażenia zzewnątrz, jest złudzeniem.

Kierunek, w którym dążą dziś działania zbiorowe społeczeństw, jest analogiczny. Nacisk na walkę z samym zarazkiem inaczej już się uwydatnia dziś, niż przed paru laty, kiedy ideałem dążeń było niszczenie płwociny suchotników; widać to w szerokich dążeniach do zakładania ludowych uzdrowisk dla suchotników z celem głównym leczenia ich, a nie izolowania, jak tego by pragnęli niektórzy skrajni kontagioniści.

Zdaje się jednak, że w tem obecnem swem dążeniu państwo większy kładzie nacisk na leczenie, niż na zapobieganie, co by powinno być jego zadaniem właściwem, a dałoby owoce daleko so-witsze, chociaż nieprędkie i niełatwe do zdobycia.

Uzdrowiska ludowe dla suchotników są w walce z suchotami—z punktu widzenia państwowego—tylko paljatywem. Racyonalne postępowanie na tem stanowisku wymaga działania od podstaw, działania zapobiegawczego przeciw tym czynnikom, które głównie tworzą usposobienie do suchot w masach ludności: złym i przeludnionym mieszkaniom, niedostatecznemu odżywianiu, nieochędostwu, przeciążeniu pracą, dokonywaną w nieodpowiednich warunkach zdrowotnych.



299. **O leczeniu otyłości.** (Wiener Klinik H. 4. 1900).I. Prof. Kisch (Marienbad). **O balneoterapii otyłości.**

Należy odróżniać otyłość przy pełnokrwistości od otyłości u niedokrwistych, otyłość wskutek nadmiaru dowozu pożywienia, braku ruchu, nadużycia napojów wysokokowych, otyłość z dobrem rozwinięciem tkanki tłuszczowej i mięśni od braków rozwinięcia ich; otyłość wskutek usposobienia dziedzicznego od wynikłej z obarczenia chorobami ustrojowymi (przymiot, skrofuły i t. d.). Przy leczeniu należy zwracać uwagę na powyższe postacie otyłości i stosować w nich odpowiednią dyetę, higienę i wodolecznictwo. Picie wód ma za zadanie przyspieszenie przemiany materii oraz ulżenie pracy serca przez zwiększenie wydzielenie moczu i stoleców. Samo przez się zmniejszenie wagi otyłego nie dowodzi jeszcze skuteczności leczenia; koniecznym jest przytem zachowanie siły mięśniowej, zwłaszcza mięśnia sercowego, co można określić zapomocą siłomierza i sfymografu. Ważną jest również kontrola nad przemianą materii, czy białko ustroju nie bierze w niej zbyt wielkiego udziału; w tym razie należy zaprowadzić zmiany w dyecie i w piciu wód. Nakoniec należy uwzględnić, czy ilość wydzielonego moczu odpowiada ilości przyjętych płynów dla uniknięcia zastojów.

Pierwsze miejsce co do skuteczności zajmują wody, zawierające duże ilości soli glauberskiej, zwłaszcza zimne, nasycone kwasem węglanym. Siarczan sodu wywołuje obfity przesięk do kiszek dzięki swemu wysokiemu wskaźnikowi endosmotycznemu, przeszkadza wchłanianiu większych ilości pokarmów i przez to zmniejsza zastój w naczyniach oraz upośledza odżywianie. Badanie licznych autorów wskazują, że pod wpływem siarczanu sodu zmniejsza się rozpad białka, a zwiększa znacznie spalanie tłuszczu. Wyższość zimnych wód nad gorącymi polega z jednej strony na większej zawartości w pierwszych siarczanie sodu, a z drugiej na nasycenie ich kwasem węglanym, który sprowadza zwiększenie ciśnienia krwi, i przez to wzmożenie wydzielenia moczu. Nieco podobnie działają solanki, których sól kuchenna wchłania się i wpływa pobudzająco na działanie nerek. Wody gorzkie można używać w celach odtłuszczenia tylko przez czas bardzo krótki dla ich własności mocno czyszczących.

Powyższe wody mają zastosowanie u pełnokrwistych; dla niedokrwistych odpowiednie są tylko wody żelaziste.

Jako środek pomocniczy przy picciu wód stosuje się kąpiele gorące (40—45° C.), które sprowadzają większy rozpad tłuszczu podskórnego wskutek wysokiej ciepłoty. Znaczna utrata wagi po takich kąpielach zależy głównie od potów, które bywają niekiedy bardzo obfite (500—800), zwłaszcza po chodzeniu lub parówkach. Można je stosować jednak tylko u ludzi ze zdrowem sercem i niezmiennymi naczyniami. Prócz kąpeli gorących można stosować z powodzeniem kąpiele częściowe ciała (nóg, rąk, nasiadówki i t. d.) wysokiej ciepłoty kilka razy dziennie.

Wpływ kąpieli z kwasem węglanym polega na podwyższeniu ciepłoty skóry i obniżeniu ciepłoty narządów wewnętrznych, podniesienie ciśnienia krwi i zmniejszeniu pracy serca (zwolnienie tętna); wobec tego nadają się one zwłaszcza u osobników z otłuszczeniem serca.

Leczenie balneologiczne nie jest specyfikiem na otyłość, lecz ma znaczenie pomocnicze przy odpowiedniej diecie i pracy mięśniowej.

## II. A. Strasser. Dyetyczne i wodolecznicze leczenie otyłości.

Podział otyłości jest bardzo trudny. Pod względem przyczynowym odróżniamy dwie postacie: otyłość wskutek usposobienia dziedzicznego i otyłość wskutek nadużycia pokarmów. Bardziej złożone są postacie: niedokrwista i krwista otyłość; najczęściej wczesne okresy dziedzicznej otyłości przebiegają przy objawach niedokrwistości, jednak spostrzega się i krwistych otyłych, którzy w późniejszych okresach stają się niedokrwistymi. Otyłość krwista jest najczęściej wynikiem usposobienia dziedzicznego w połączeniu z nadużyciem pokarmów: sama przez się jest ona tylko objawem wadliwej przemiany materii, równoznacznym z objawami artretycznymi, oksalurią i t. d., które najczęściej występują jednocześnie z nią, a nie stanowią tylko powikłań otyłości. Otyłość krwistych bez objawów artretycznych, zwyrodnienia mięśnia sercowego i t. d., spotyka się tylko u młodych alkoholików.

Otyłość sama przez się jest bardzo rzadko przedmiotem zabiegów leczniczych, chyba ze względów estetycznych; szereg objawów chorobowych współrzędnych z otyłością skłania chorego do leczenia, lecz prawie zawsze jest to zbyt późny okres, aby zabiegi mogły być skuteczne.

Leczenie dyetyczne otyłości polega, ściśle mówiąc, zawsze na głodzeniu, które ma prowadzić do spalania tłuszczu. W użyciu są różne metody dyetyczne:

Metoda Banting'a polega na usunięciu prawie zupełnem tłuszczów i węglowodanów. Pomimo zmniejszenia wagi ciała leczenie to w wielu razach jest niemożliwem do przeprowadzenia z powodu osłabienia ogólnego chorych, masy przypadłości nerwowych i t. d. Zasługuje na uwagę, że ilość białka ustrojowego zmniejsza się znacznie pomimo dowozu znacznej ilości pokarmów białkowych. Początkowe objawy dny i stwardnienia naczyń rozwijają się szybko przy tej diecie, jako skutek zatrucia przetworami rozpadu białka.

Dla zapobieżenia złym następstwom tej diety Ebstein dodaje do pokarmów białkowych tłuszcze, Hirszfelfd zaś nieco węglowodanów; chorzy znośzą lepiej taką dietę. Metoda Kisch'a, t. zw. marienbadzka, polega na zmniejszeniu dowozu wszelkich pokarmów. Pokarmy przeważnie lub wyłącznie roślinne, są stosowane z powodzeniem przez Kotischa i Hirschfelda.

Dyeta Oertel-Schweninger'a polega na zmniejszeniu ilości płynów poniżej normy fizyologicznej przez co niedobór musi być pokryty kosztem płynów krwi i tłuszczu tkanek. Istotną wagą ciała



zmniejsza się w początkach nawet znacznie, lecz głównie kosztem znacznego rozpadu białka ustroju; prócz tego występuje szereg przypadłości nerwowych tak przykrych, że niemożna zwykle ograniczyć ilości płynów poniżej 1200—1000,0. — Jeżeli po okresie suchej diety zacząć wprowadzać normalne ilości płynów, to waga ciała zwiększa się szybko, a jednak wydzielanie ciał azotowych pozostaje ciągle znacznem; zależy to prawdopodobnie od niedostatecznego usuwania z ustroju przetworów rozpadu białka w okresie pragnienia.

Usunięcie płynów podczas jedzenia (Schweninger) nie wpływa na wytwarzanie wody z tłuszczów, lecz zmniejsza znacznie łaknienie; częste podawanie pokarmów w małej ilości wpływa właściwie tuczaco.

Tarnier zaleca dietę mleczną na czas dłuższy; zaczyna od zastąpienia  $\frac{1}{4}$  pokarmu dziennego przez kwartę mleka; potem połowę,  $\frac{3}{4}$  i wreszcie dochodzi do diety wyłącznie mlecznej (4 kwarty). Przy niezbyt wielkiej pracy fizycznej posiłek taki jest wystarczający. Z teoretycznego punktu widzenia autor uważa dietę mleczną za pożyteczną jako początek leczenia otyłości i w czasie innych diet po jednym dniu w tygodniu.

Z ogólnego punktu widzenia wszelkie ściśle, wyłączne diety (Banting, Oertel) nie nadają się do zastosowania praktycznego; obliczanie posiłku na kalorye prowadzi zawsze do głodzenia i wycieńczenia otyłego, gdy zadaniem jest utrzymać w równowadze jego przemianę materji. Niewielkie utraty ciał białkowych u otyłych są prawidłem przy leczeniu i nie stanowią niebezpieczeństwa dla ustroju.

Przy rozmaitych powikłaniach otyłości wskazówki dyetetyczne zmieniają się. Niedomogi serca nadają się: postacię cięższą do diety mlecznej, lżejsze — do ostrożnego stosowania diety Oertla. Powikłania dną stanowią pewne przeciwwskazanie do diety mięsnej, a najlepszą jest dieta przeważnie lub wyłącznie roślinna. Cukrzyca przy otyłości nie wymaga specjalnej diety; w niektórych razach należy nawet dbać by chory nie zeschuplał nadmiernie.

Ważnym środkiem leczniczym przeciw otyłości jest wodolecznictwo, które podnosi sprawność narządów ustroju, zwiększa utlenianie tłuszczu i wydzielanie kwasu węglanego. Ochładzanie ciała samo przez się wpływa na spalenie tłuszczu w tkankach wskutek pobudzenia ustroju do wytwarzania ciepła. Najkorzystniejsze są to półkąpiele  $18^{\circ}$ — $13^{\circ}$ , o ile możności dłuższe. Ważnem jest, aby odczyn (rozszerzenie naczyń obwodowych) wystąpił podczas kąpieli, bo w ten sposób utrata ciepła jest największa; w tem celu wskazane są rozcierania przed i w czasie półkąpieli.

Wielkim wzięciem przy leczeniu otyłości cieszą się różne zabiegi napotne (kąpiele rzymskie, tureckie, świetlne, słoneczne, parówki, koce i t. d.), jednak utrata wagi przy wszystkich tych zabiegach zależy jedynie od potu straconego i łatwo powraca do wielkości poprzednich po przyjęciu płynów. Zabiegi tego rodzaju mogą mieć zastosowanie jedynie u niedokrwistych (hydremicznych), zwłaszcza młodych. Postacie otyłości u pełnokrwistych nadają się bardziej do leczenia kocami.

Leczenie napotne ma za zadanie powiększenie spalania tłuszczu nie tylko podczas podniesienia ciepłoty ciała, lecz i podczas ochłodzenia przy następującej po niem półkąpieli. Przy zbyt krótkim leczeniu napotnem chorzy tyją jeszcze bardziej; przy zbyt długim — chudną bardzo znacznie, dochodzą do silnego rozdrażnienia, zwłaszcza zaś podlegają rozmaitym dolegliwościom sercowym, o ile mięsień serca jest otłuszczony. Z tych względów u takich chorych należy stosować chłodziak na serce podczas zabiegu napotnego. Stosowanie kąpiei elektrycznych świetlnych ma tę wyższość nad innymi, że pocenie się odbywa i przy niższej ciepłocie (28° R.); jeżeli ciepłota podniesie się do wysokich stopni (40° R.), to wpływ na serce otłuszczone może być również niepomyślny. Kąpiele elektryczne-świetlne przy otyłości mają, zdaje się, tylko znaczenie napotne, a nie posiadają swoistego świetlnego, złogi tłuszczu w pojedynczych miejscach usuwa się zapomocą składow i natrysków zwykłych i szkockich i t. d.; podobne zabiegi stosuje się przy bólach dnowych i gośćcowych. Niedomogi płciowe poprawiają się pod wpływem nasiadówek, natrysków na krocze, wycierań krzyża, natrysków szkockich na krzyż i t. d.

Dyeta i zabiegi wodolecznicze są w stanie przy dłuższem wspólnem działaniu poprawić stan ogólny otyłych. Usunąć otyłość doszczętnie nie można żadnemi zabiegami i nie jest to wcale pożądane ze względu na stan całego ustroju.

### III. A. B u m. Leczenie mechaniczne otyłości.

W dobrze rozwiniętym ustroju stanowią mięśnie mniej więcej połowę jego wagi i są bogato ukrwione ( $\frac{1}{3}$  całkowitej ilości krwi). Podczas pracy mięśniowej ilość krwi powiększa się w mięśniach w dwójnasób, co sprzyja wzmożeniu utleniania. Przy pracy mięśniowej powiększa się ilość zużytkowanego tlenu i wydzielonego kwasu węglowego kosztem tłuszczu ustroju. Leczenie mechaniczne otyłości polega na ruchach, prowadzących do pogłębienia oddechu i wprowadzenia na tę drogę większej ilości tlenu. Leczenie czynne ma w tym kierunku o wiele większe znaczenie, niż bierne (masaż), chociaż i to ostatnie, zwrócone zwłaszcza na brzuch, stwarza odpowiednie warunki do szybszej przemiany materji.

Wskazania do leczenia mechanicznego otyłości rozpoczynają się już w wieku młodzieńczym, jako zabieg zapobiegawczy u ludzi z usposobieniem dziedzicznym do tycia. Podział na otyłość dziedziczną i nabytą (wskutek obżarstwa) nie da przeprowadzić się z punktu widzenia leczenia mechanicznego. Autor przyjmuje podział Noorden'a na trzy grupy: 1) nieznaczna otyłość, jeśli waga ciała przewyższa przeciętną normalną dla wieku, płci i wzrostu o 5—15 kilogr.; 2) średnia — jeśli różnica wynosi 15—25 kilo; i znaczną — jeśli różnica jest jeszcze większą.

Otyłość nieznaczna nie daje sama przez się wskazań do leczenia, chociaż wiele osób, szczególnie kobiety, starają się usunąć ją ze względów estetycznych. W tych razach należy wystrzegać się bezwarunkowo zabiegów, prowadzących do szybkiego chudnienia, co prowadzi do zmiany położenia narządów wskutek zaniku tkanki



tłuszczowej w koło nich; jazda konna, na rowerze, chodzenie po górach, wiosłowanie i t. d. są w tym razie wystarczającymi zabiegami. Również średnie stopnie otyłości nie zmuszają do bezwarunkowego leczenia, chyba z obawy by otyłość nie dosięgła jeszcze wyższego stopnia. Chorzy tacy przepelniają zawsze zdrojowiska i powracają do nich rokrocznie wskutek stałego nadużywania jadła i napoju oraz braku ruchu. Te stany stanowią wskazania do wszelkiego rodzaju sportów. Należy tu uwzględniać wiek i stan ogólny ustroju i zastosować do tych warunków rodzaj, częstość i przeciąg trwania danego zabiegu mechanicznego.

Jednym z najczęstszych zaburzeń, towarzyszących otyłości i sprzyjających jej rozwojowi są różne cierpienia układu krążenia, poczynając od serca, a kończąc na najdrobniejszych naczyniach. Mechanoterapia ma tu ważne zastosowanie, ponieważ ułatwia pracę wyczerpanego serca przez zmniejszenie przeszkód obwodowych w układzie tętniczym i zastoju w żyłach oraz przez wpływ na samo serce.

Niedokrwistość, spotykana często przy otyłości, jest zależną w znacznej mierze od zaburzeń krążenia i ustępuje narówni z niemi pod wpływem czynnej i biernej mechanoterapii. To samo można powiedzieć w cukromoczu przy wysokich stopniach otyłości.

Podobnież skażenie moczanowe, stanowiące bardzo częste towarzysza otyłości, nadaje się bardzo do leczenia mechanicznego.

Zastosowanie leczenia mechanicznego czynnego przy otyłości wymaga pewnej techniki, aby dawkować odpowiednio pracę, którą mają wykonać mięśnie. Do tego służą liczne narzędzia, za pomocą których można oznaczyć w kilogramometrach pracę pojedynczych mięśni i grup mięśniowych. To dawkowanie pracy fizycznej stanowi właśnie cechę właściwą leczenia mechanicznego i wyróżnia je od sportu, który ma zastosowanie tylko w przypadkach niepowikłanych i powinien być stosowany oględnie, by nie spowodować zaburzeń w układzie krążenia. Metoda Oertel'a (chodzenie po pochyłościach) jest czemś przejściowem pomiędzy leczeniem mechanicznem i sportem.

*W. Miklaszewski.*

300. Th. R. Offer i E. Rosenquist: **Odróżnianie mięs białych i ciemnych przy żywieniu chorych.** (Ueber die Unterscheidung des weissen u. dunklen Fleisches für die Krankenernährung). Berl. kl.

Woch. 1899. 43. 44.

Jak wiadomo, w dycie pewnych chorób (dna, cierpienia nerek) ogranicza się albo usuwa zupełnie użycie mięs ciemnych a dozwala mięso białe. Zdaje się, że podział taki mięsa istnieje od czasów Sydenhama; wszedł on w powszechny zwyczaj i cieszy się uznaniem zarówno lekarzy jak i publiczności. Obszar cierpień, w których na usuwanie mięs ciemnych w dycie kładzie się nacisk — rozszerza się coraz bardziej (gościec przewlekły, nerwice, neurastenia), tym czasem podstaw naukowych dlatego poglądu niema.

Penzoldt i jego uczniowie wykazali w zastosowaniu do chorych żołądkowych, że barwa mięsa na jego trawienie wpływa bardzo niewiele i daleko mniej, niż wybór tych lub innych części mięsa, a szczególnie niż ich przygotowanie.

W chorobach nerek zakaz ciemnego mięsa opiera się na przypuszczeniu, że zawiera ono więcej ciał wyciągowych bogatych w azot, które z jednej strony drażnią nerki przy przechodzeniu przez nie, a z drugiej grożą otruciem wskutek akumulacji. Mowa tu o kreatynie i zasadach ksanynowych.

Odzywały się wprawdzie głosy, odrzucające te różnice wartości mięsa zależnie od jego barwy, ale nie wstrzymały one coraz więcej rozszerzającego się prądu w tym kierunku.

Leube i v. Ziemssen zaznaczają, że różnice w ilościach ciał wyciągowych w mięsie białym i ciemnym są tak nieznaczne, iż nieupoważniają do wykluczenia mięsa wołowego. Ograniczając ilość tego mięsa — możemy dojść do tego samego wyniku, a bez udrczania chorych przez nieuzasadnione ograniczenia. Autorzy ci uważają za zwierzyne, spożywaną na długo po jej zabiciu za przeciwwskazaną, jàko zawierającą ptomainy.

V. Noorden występuje jeszcze stanowczej przeciw pogładowi, który nie został ugruntowany ani naukowo, ani przez spostrzeżenia z praktyki.

Autorzy zajęli się właściwie zbadaniem, o ile mięsa białe i ciemne różnią się co do zawartości ciał wyciągowych. Ptomainów nie określali, ponieważ tych w mięsie świeżem, które jedynie powinno być używane, niema.

Dotychczasowe rozbiory chemiczne mięsa (Neubauer, Voit, Nawrocki i inni) wykazują, że raczej białe mięso zawiera nieco więcej ciał wyciągowych.

Wyniki określeń autorów wykazują przedewszystkiem niestałość zawartości ciał wyciągowych w mięsie nawet z tego samego gatunku zwierząt.

Więcej niż 0,5% znaleziono: w szczupaku, sandaczu, skrobanem mięsie wołowym, szynce surowej i gotowanej.

Między 0,4 i 0,5% w mięsie soli, sandaczu, rostbifie, mięsie rosołowem, cielęcym, baraniem, wieprzowem, sarninie, młodych i starszych kurach.

W jednych gatunkach mięsa odesetek ciał wyciągowych bywa raz większy, innym razem mniejszy; dotyczy to zwłaszcza mięsa wołowego.

Różnice pomiędzy mięsem różnych gatunków zwierząt nie są większe, od różnic w różnych próbach mięsa z tego samego zwierzęcia.

Ilości azotu zasadowego zachowują się stalej:

Pomiędzy 0,05 i 0,04%: mięso wołowe rosołowe, szynka surowa; 0,03—0,02% stara kura, szynka gotowana, młoda kura, wieprzowina, cielęcina, mięso rosołowe wołowe, szczupak.



Poniżej 0,02%: sola, sandacz, sarna. I tu jednak (oprócz ryb i sarny) różnice procentowe w różnych próbach z mięsa jednogatunkowego są większe niż różnice w mięsach od różnych gatunków. Np.:

|                                   |                |
|-----------------------------------|----------------|
| młoda kura (udo) . . . . .        | 0,039 i 0,0228 |
| cielęcina . . . . .               | 0,037 i 0,0272 |
| wołowina (sztuka mięsa) . . . . . | 0,05 i 0,025.  |

Na podstawie tych danych autorzy przychodzą do wniosku, że obecnie popularny podział mięs na dozwolone i niedozwolone nie wytrzymuje krytyki naukowej. Wogóle kwestyą niedowiedzoną, a wydająca się wątpliwą, jest, czy owe ciała wyciągowe są szkodliwe w tej ilości, w jakiej znajdują się w mięsie. W 300 grm. mięsa będzie ich około 0,3 grm. (0,035% N zasad) a wiadomo na pewno, że większa ich część ulega w ciele utlenianiu i opuszcza nerki jako mocznik, a nie jako ksantyna.

301. Prof. P. K. Pel. **O dziedziczności przewlekłego zapalenia nerek.** („Die Erbllichkeit der chronischen Nephritis.“ Zeitschrift für klinische Medicin. 1899. Band 38, Heft 1 u. 2).

Niewiele zastanawiamy się dzisiaj nad dziedzicznością, jako przyczyną powstawania chorób. Tymczasem niedoceniany ten czynnik ma zawsze wielkie znaczenie osobiwie dla lekarza domowego, który nieraz kilka pokoleń zrzędu ma pod swoją opieką. Ma się rozumieć, nie można spuszczać z oczu płci, wieku, sposobu życia, związków krwi, ubocznych chorób, t. j. czynników, które w poszczególnych przypadkach zmieniają wpływ dziedziczności. Gdy w pewnych razach ludzie dziedziczą choroby ze wszystkimi ich właściwościami, w innych występują na pierwszy plan te lub owe przypadłości, podczas gdy słabną inne objawy. Jako przykład, jak osobiwemi prawami kieruje się dziedziczność, weźmy krwawiaczkę, której podlegają prawie wyłącznie mężczyźni. Osobnik, cierpiący na tę chorobę, żeni się ze zdrową kobietą i płodzi dzieci zdrowe; jednakże jego córki, wyszedłszy zamaż za ludzi zdrowych, mogą mieć synów chorych na krwawiaczkę.

Zanik wrodzony nerwu wzrokowego, który zjawia się często u pewnych rodzin, prawie bez wyjątku występuje u mężczyzn. Westhoff opisał 9 przypadków neuritidis opticae retrobulbaris hereditariae u 3 pokoleń jednego rodu wyłącznie u mężczyzn z linii kobiecej; przypomina on przy sposobności teorią Darwina, według której właściwości matki przejawiają się u synów, właściwości ojca u córek, co da się zastosować do przypadku opisywanego w ten sposób, że kobiety przenosiły tylko zaród choroby, który dojrzewał u synów.

Choroby przemiany materii najlepiej uwidoczniają, jak zmienia się charakter choroby pod wpływem dziedziczności. Dzieci ojca diabetyka zapadają często na dnę, podczas gdy wnuki znowu mogą cierpieć na moczówkę lub otłuszczenie. W przypadkach takich dzie-

dziecią nietylko chorobę, ile zmienioną czynność komórek, która się przejawia raz w niedokładnem przyswajaniu cukru, kiedyindziej w niezupełnem spalaniu lub w nieprawidłowem wytwarzaniu tłuszczu albo kwasu moczowego.

Prócz gruźlicy, moczówki, dny, otłuszczenia, wielkiej gromady chorób nerwowych, migreny, chorób sercowych, — do chorób, rozwijających się na tle dziedziczności, zaliczają takie, które wynikają z usposobienia do zmian w ścianach naczyń, jak miażdżyca, żylaki i łącznie z tem skłonność do udaru. Autor widział 3 przypadki śmierci w jednej rodzinie wskutek tętniaka aorty.

Często spotykamy osobników, należących do jednej rodziny, chorych na kamieć żółciową lub nerkową. Autor zna rodzinę, w której sześcioro dzieci i ich matka cierpiały na kamiazkę nerkową z jej skutkami (kolka, krwimocz, wychodzenie kamieni, zapalenie nerek).

Wątpliwości nie ulega dziedziczne usposobienie do powstawania raka.

W sprawie dziedziczności w przewlekłym zapaleniu nerek niewiele się zdania autorów różnią, powszechnie jest ona niedoceniana i we wszystkich spostrzeganych przypadkach tyczy się marskości nerek. Autor przytacza szereg zdań lekarzy niemieckich, francuskich i angielskich.

Senator naprzykład powiada, że widział kilka przypadków nephritidis chronicae indurativae u ojca i syna, częściej jeszcze w wywiadach spotykał u przodków chorego obrzęk. Saundby powiada, że choroba Bright'a ma skłonność do przejawiania się u kilku członków tej samej rodziny, przytacza jako przykład chorego na zapalenie nerek, którego ojciec i brat dziadka pomarli na tę samą chorobę, i przypomina podobne spostrzeżenie Meigd'a. Saundby stara się połączyć tę skłonność dziedziczną z dną i kamiecią i powiada: pewna skłonność do zaparcia stolca i do nadmiernego jedzenia i picia znamionuje takie rody.

Najwięcej znany przykład dziedziczności przewlekłego zapalenia nerek podaje Dickenson. Chodzi o 18 przypadków nephritidis, które zdarzyły się u 3 pokoleń pewnego rodu. W spostrzeżeniu tem ciekawa jest nietylko duża ilość przypadków zapalenia nerek, ale również i okoliczność, że choroba rozwijała się u wszystkich prawie w wieku młodym, co nasuwać może przypuszczenie, że każdy osobnik przynosił już zaród choroby na świat. Podobne spostrzeżenia przytaczają Tyson, Kidd, Eichhorst, Samelsohn.

Autor przytacza kilka przykładów omawianej sprawy. Jedna z pacjentek umarła na mocznicę; według twierdzeń pacjentki na mocznicę umarły 2 jej siostry i matka. W pewnej rodzinie z sześciorga dzieci dwoje już umarło, trzecie jest chore na nephritis, tej samej chorobie nleżał ojciec tych dzieci. W innem spostrzeżeniu z siedmiorga rodzeństwa umarło czworo na zapalenie nerek, ojciec ich umarł na apopleksję wskutek marskości nerek.

W końcu podaje autor szczególnie ciekawe wyniki badań nad kilkudziesięciu osobami, należącymi do jednego rodu, gdzie u 3 pokoleń było 18 przypadków przewlekłego zapalenia nerek, we wszyst-



kich tych przypadkach rozpoznanie zostało postawione przez osobiciście znanych autorowi sumiennych lekarzy na podstawie ścisłego badania moczu, serca i naczyń. Oprócz jawnych autor nie wyklucza możliwości istnienia ukrytych postaci nephritidis.

W spostrzeżeniu opisywanem wszyscy chorzy cierpieli na zapalenie nerek długie lata, doczekali się podeszłego wieku i umierali bez wyjątku na mocznicę i mianowicie wskutek zapadu (coma).

W liczbie 18 osób było 9 mężczyzn i 9 kobiet.

Z sześciorga dzieci jednego z chorych 2 synowie są chorzy, 4 córki są zdrowe; z drugiej strony kobiety nefretyczki miały tylko córki chore na zapalenie nerek. Wynikłoby ztąd, że synowie dziedziczą chorobę ojca, córki zaś chorobę matki.

W spostrzeżeniu autora tylko jeden mężczyzna i niektóre jego dzieci cierpiały na podagrę, prócz tego jeden z mężczyzn cierpi na moczówkę cukrową, tak, że trudno jest spostredz jakąś łączność zapalenia nerek z chorobami przemiany materii. Do liczby 18 nie został zaliczony chłopiec, który umarł na ostre zapalenie nerek po ospie wietrznej, chociaż tak rzadkie powikłanie u osobnika ciężko obciążonego dziedzicznie (matka, babka, pradziadek pomarli na chorobę nerek) musi nasuwać pewne przypuszczenia odziedziczonej nadwrażliwości nerek. Z 60 dzieci żadne nie jest chore na zapalenie nerek, ale to jeszcze niczego nie dowodzi wobec tego, że nephritis rozwijała się u wszystkich w wieku późniejszym.

Mało wiemy jeszcze o prawach, któremi kieruje się dziedziczność. Na podstawie doświadczenia można twierdzić, że osobnik, obciążony dziedzicznie, przychodzi na świat z zarodem choroby, albo posiada tylko nieprawidłowo małą odporność przeciwko pewnej chorobie. Weigert znalazł u trupa wrodzoną marskość nerki. Hellendal sądzi, że w jego 2 spostrzeżeniach (marskość nerki u  $\frac{1}{2}$  i 2-letniego dziecka) choroba zaczęła się rozwijać już u płodu. Spostrzeżenia jednak Weigert'a i Hellendal'a uważa autor za „rariora et curiosa“; z drugiej strony chorzy na nerki zwykle dosięgają późnego dosyć wieku, co skłania autora do przyjmowania pewnej tylko skłonności nerek do zachorowania; autor uważa je za locus minoris resistentiae. Pogląd ten mógłby mieć następujący skutek praktyczny. Wiedząc o skłonności do choroby nerek, można już zawczasu starać się unikać wszelkich niepotrzebnych podrażnień tkanki nerkowej, utrzymywać w zupełnej sprawności skórę, unikać przeziębień, powstrzymywać się od wysokich, drażniących pokarmów, zachować ostrożność po chorobach zakaźnych i t. d.

St. Muszyński.

302. P. Londe. Kilka przypadków białkomoczu rodzinnego (postać przepuszczająca). Sur quelques cas d'albuminurie familiale (Forme intermittente). Archives Générales de Médecine. Septembre 1899).

Wpływ dziedziczności na powstawanie białkomoczu i jednocześnie rozwijanie się tego cierpienia u licznych członków jednej ro-

dziny, spostrzegane były już dawniej przez klinicystów (np. Lecorché, Talaman, Furbringer, Eichorst, Kidd, Wagner).

Prace wspomnianych autorów wykazały istnienie rozmaitych postaci białkomoczu familijnego.

Spostrzeżenia autora dotyczą wyłącznie przepuszczających postaci białkomoczu familijnego.

W przypadkach powyższego rodzaju widzieć można też same postaci białkomoczu z jednakowymi objawami u licznych członków jednej rodziny. Objawy choroby występują ze strony nerek, kanału pokarmowego, organów płciowych i narządu moczowego.

Zjawianie się białka w moczu nie jest stałe, zwykle brak go naczczo i przede wszystkim po spoczynku nocnym; występuje zaś obficie po jedzeniu i zmęczeniu się.

Całodzienna ilość wydzielanego w moczu białka, rzadko przewyższa 1,0, zwykle wynosił około 0,5 gm.

Mocz jest ciemniejszy w dzień aniżeli rano, to jest odwrotnie niż w stanie normalnym.

Mocz tylko w przypadkach wyjątkowych zawiera cylindry.

Szczegółowe zbadanie moczu 5-ciu chorych, należących do jednej rodziny, cierpiących współcześnie na białkomocz, wykazało zmniejszenie się sprawy utleniania wraz z jednoczesnym upadkiem przemiany materii.

Niezależnie od objawów opisanych, występują mniej lub więcej znaczne zaburzenia ze strony żołądka, kiszek, wątroby i systematu nerwowego.

Spostrzegani chorzy wykazywali stale usposobienie neuropatyczne i cierpieniem tem byli obdarzeni dziedzicznie. Stan ich ogólny wykazywał niedokrwiłość; zabarwienie skóry blade z odcieniem żółtawym; szmer przy wysłuchiowaniu żył szyjowych. Niekiedy zjawiało się wychudnięcie, któremu towarzyszył pomruk przy wysłuchiowaniu warzechołka prawego płuca (objaw wskazujący na blednicę a nie gruźlicę).

Zaburzenia ze strony kanału pokarmowego należą do stałych, jakkolwiek chorzy mogą nie uskarżać się na nie. Istnieje hypersthenia gastryczna i hyperchlorhydria t. j. objawy dyspepsji fermentacyjnej. Łaknienie jest dobre, czasem nadmierne wzmożone. Język jest niekiedy żółtawy u podstawy; wydechane powietrze posiada nieprzyjemny zapach.

Wątroba prawie zawsze jest powiększona. Na udział tego narządu w omawianem cierpieniu wskazuje nietylko żółtawy wygląd skóry, ale i obecność barwnika żółci w moczu, któremu częstokroć towarzyszy indikan. Chorzy się skarżą na uczucie ciężkości w okolicy wątroby i zaparcie stolca. Tego ostatniego objawu czasem brak, a natomiast występują częstsze wypróżnienia a nawet nieżyt kiszek.

Bóle głowy bywają bardzo często i towarzyszą zaburzeniom ze strony żołądka, kiszek, wątroby i nerek. Tego rodzaju bóle głowy były nazywane bólami głowy epoki wzrastania (*céphalée de croissance*).



Do powikłań, towarzyszących często białkomoczowi przepuszczającemu, należą zapalenia migdałków i podniebienia miękkiego, jak również adenoidalne narośle jamy noso-gardzielowej.

Białkomocz występuje pomiędzy 13 a 20 rokiem życia, t. j. od początku do zupełnego rozwoju płciowego. Niekiedy u osób tej kategorii zjawiało się opóźnienie dojrzałości płciowej; osobniki, znajdujące się w pełni rozwoju fizycznego, wykazywały objawy akromegalii przejściowej i zaburzenia ze strony serca.

Początek cierpienia bywa najczęściej skryty i objawia się zaburzeniami w sferze nerwowej np. połowicznymi bólami głowy, ogólnym wyczerpaniem i niedokrwiistością, zaburzeniami kanału pokarmowego. Ścisłe oznaczenie chwili wystąpienia białka jest bardzo trudne, albowiem wtedy na nerki, zazwyczaj, mało zwraca się uwagi. Choroba rozwija się stopniowo, pozostając czas jakiś w postaci osłabionej, ustaliwszy się jednak, podlega całemu szeregowi zwolnień, a nawet ustępuje niekiedy zupełnie.

Pod wpływem cierpień zakaźnych (influenzy, płonicy) jak również odpowiedniej diety i leżenia w łóżku, białkomocz znika z moczu.

Zejściem białkomoczu przepuszczającego rodzinnego i zaburzeń towarzyszących mu jest najczęściej zupełny powrót do zdrowia. Niekiedy jednak, w wieku późniejszym, rozwija się choroba Bright'a.

Usposobienie neuro-arteryiczne należy do przyczyn wywołujących białkomocz przepuszczający. Wszyscy chorzy, spostrzegani przez autora, mieli poprzedników obarczonych dziedzicznie cierpieniami nerwowymi, dną i rakiem. Znajdowano również w rodzinach tych cierpiących na moczówkę cukrową, migreny, kolki wątrobiane, zaburzenia w sferze psychicznej, sparaliżowania postępowe i cierpienia nerek.

Wiek młodzieńczy najwięcej sprzyja rozwojowi choroby, występuje ona jednak i znacznie później. Obie płci bywają jednakowo usposobione do choroby.

Poszczególne wywiady chorych wskazują, że ci cierpieli na wspomniane już nowotwory adenoidalne, zapalenia migdałków, nieżyty kanału pokarmowego, pokrzywki, nerwobóle. Pewna liczba chorych przebyła szkarlatynę; u chorych tych, godną jest uwagi ta okoliczność, że w przebiegu tej choroby mocz białka nie zawierał.

Do przyczyn przypadkowych należą zaburzenia kanału pokarmowego, praca fizyczna i umysłowa, jak również wpływy moralne.

Do przyczyn stałych należy niestrawność; lecz ta sama jest raczej następstwem dziedzicznych zaburzeń w rozwoju, nadających chorobie obraz sobie właściwy. Rozrastający się organizm wymaga obfitego pokarmu; łaknienie jest bardzo dobre, lecz żołądek i kiszki nie są w możności przerobienia otrzymanej ilości ciał odżywczych; wpływają ztąd zaburzenia ze strony kanału pokarmowego, a następnie osłabienie wchłaniania kiszkowego. Wszystkie narządy, a przede wszystkim nerki, nie są w stanie wykonać niezbędnej pracy, potrzebnej do rozwoju normalnego organizmu.

Rozpoznawanie. U wszystkich osób młodych, cierpiących na zaburzenia kanału pokarmowego, niedokrwiłość, bóle połowiczne gło-

wy, należy badać mocz na białko, oddawany w rozmaitych porach dnia. Badając mocz oddany tylko rano, możemy żadnych zmian nie dostrzedz; jeżeli znów do tego celu użyta będzie cała ilość dobową moczu, to możemy przypisać białkomoczowi, stosownie do danego przypadku, znaczenie małoważne lub przyjąć istnienie choroby Bright'a.

Białkomocz przepuszczający familijny, w postaci wyżej opisanej, ma wiele wspólnych cech z białkomoczem funkcyjnym (Raalfé), białkomoczem poprzedzającym dnę (prégoutteuse), białkomoczem trawiennym, fizyologicznym rosnących i t. p. Zdaje się, że różnica wspomnianych postaci białkomoczu zależy od zapatrywań się autorów na to cierpienie, a te stosownie do objawu cierpienia, mającego przewagę nad innymi objawami.

Autor przypuszcza istnienie pewnej dyskrazji, w następstwie której rozwijają się zaburzenia w sferze nerwowej i obiegu krwi, wytwarzające z czasem mniej lub więcej trwałe zmiany w narządach całego organizmu.

Leczenie powinno być przede wszystkim zwrócone na zaburzenia w trawieniu; należy w tymże czasie dać choremu zupełny odpoczynek fizyczny i umysłowy. Zastosowanie diety wyłącznie mlecznej, przede wszystkim przez czas dłuższy, nie jest koniecznem.

Należy ciągle mieć na widoku chorobę całego organizmu, niedostateczny rozwój cierpiących osobników, a nie wyłącznie zmiany oddzielnych narządów.

Zastosowanie fosfatów, hypofosfatów i glicero fosfatów, przyczynia się do prawidłowego rozwoju chorych.

Należy pamiętać o tem, że wszystkie te młode osobniki znosić będą źle w przyszłości wszelkie wysiłki, względ ten winien decydować o wyborze przyszłego zajęcia dla chorego. Życie spokojne na wsi lub w małym mieście, będzie najodpowiedniejszym dla nich.

*Wojciechowski.*

## II. Choroby dzieci.

303. C. Baron. **O nerkach ruchomych u dzieci.** (Centrbl. f. Kinderheilkunde. Z. II. 1900).

W ostatnich czasach dopiero poczęto zwracać uwagę na możliwość istnienia nerek ruchomych u dzieci, wychodząc z tej zasady, że w większości spostrzeganych przypadków nerki wędrującej u dorosłych można było stwierdzić wrodzone jej pochodzenie, jak również, iż spostrzegano nieliczne przypadki, w których za życia już u dzieci rozpoznano nerkę wędrującą a oględziny pośmiertne dyagnozę potwierdziły.

Bądź, co bądź, rozpoznanie nerki ruchomej we wczesnem dzieciństwie w większości przypadków jest nader utrudnionem z jednej



strony wskutek utrudnionego badania małych dzieci przez napięte powłoki brzuszne, z drugiej zaś dla pewnych danych anatomicznych w tym wieku jak względnie wielka wątroba a małe nerki, dość częsty obrzęk śledziony, rachitycznie wzdęty brzuch i t. p. Wyliczone powyżej względy wpłynęły prawdopodobnie na fakt, że ilość opisanych dotychczas w literaturze przypadków nerki ruchomej jest niezbyt wielką.

Autor sam, zajmawszy się specjalnie tą sprawą, zbadał w ciągu dwu lat powyższą anomalię u 283 dzieci w wieku do lat 15, a mianowicie u 131 chłopców i 152 dziewcząt. Z liczby powyższej u 99 chłopców i u 39 dziewcząt nie można było wyczuć nerek ani w pozycji stojącej ani też w leżącej nawet przy najgłębszym oddechaniu.

U 27 chłopców i u 56 dziewcząt można było nader ściśsem badaniu przez powłoki brzuszne wyczuć niekiedy dolny koniec prawej nerki. Większość badaczy stan ten uważa jeszcze jako leżący w granicach fizjologicznych. Zasługuje tu jedynie na uwagę fakt znacznie łatwiejszego wyczuwania nerki u dziewcząt, co przypisać należy delikatniejszej budowie ciała oraz pewnym różnicom w stosunkach anatomicznych u tych ostatnich.

Co się tycze wreszcie dzieci z nerką ruchomą, to u 4 chłopców można było wyraźnie wyczuć  $\frac{1}{3}$  dolną część prawej nerki, a u jednego (liczącego 3 miesiące) połowę tegoż narządu. Gorzej przedstawia się ta sprawa u dziewcząt, z których aż u 57 autor znalazł mniej lub więcej ruchomą nerkę. Z liczby powyższej u 39 dało się stwierdzić zaledwie nieznaczny stopień ruchomości, u 13 można było wyczuć część nerki, u 2— $\frac{1}{3}$  narządu i wreszcie u 3 udało się wymacać całą nerkę. Ze wszystkich powyższych przypadków tylko u 5 dziewcząt ruchomość doszła do tego stopnia, że można było nerkę przesunąć swobodnie do lewego brzegu kręgosłupa, czyli, że należało przypuszczać istnienie nerki wędrującej.

Przypadków, w których można było wyczuć obie nerki, autor naliczył 7, z tych w 6 zaledwie dało się wymacać dolny koniec narządu, w jednym zaś można by wymacać prawą nerkę w  $\frac{1}{3}$  dolnej części wyraźniej aniżeli lewą.

*Etyologia* jest wogóle ciemną w pewnej ilości przypadków zwłaszcza u dziewcząt autor odnalazł pewien związek pomiędzy niedokrwistością resp. blednicą a omawianą anomalią.

Natomiast badania jego nie dowiodły, jak chce większość badaczy, wybitnego wpływu zbyt wczesnego noszenia gorsetu u dziewcząt na powstawanie nerki ruchomej.

Anomalia powyższa w ogólności nie wywołuje żadnych cierpień u osobników nią dotkniętych. W czterech przypadkach autor spostrzegał bóle w postaci kolki, w innych niekiedy bóle ciągnące ku prawemu ud. Niekiedy spostrzegano zaparcie stolca a u starszych dziewcząt zaburzenia w miesiączkowaniu.

Leczenie, jeżeli o niem mowa być może, polega na odpowiednim odziewaniu (bez zbytznego nacisku), odżywianiu i regulowaniu wypróżnień: w przypadkach wyższego stopnia nerki ruchomej polecić można odpowiednio dopasowany bandaż.

kl.

304. Cassel. Zapalenie nerek bez białkomoczu u małych dzieci.  
(Berlin. Klinisch. Wochenschrift. 1900. № 10).

Autor w ciągu ostatnich lat spostrzegł u dzieci dziewięć przypadków puchliny podskórnej, połączonej w trzech przypadkach z puchliną brzuszną, gdzie pomimo wielokrotnego badania ani razu nie otrzymał w moczu ani białka ani jakiegokolwiek składników chorobowych. W tych przypadkach była wykluczona płonica i przewlekłe infekcyjne cierpienia, jak przymiot i gruźlica.

Co do wieku tych dzieci, to najmłodsze miało zaledwie 7 tygodni życia, większość nie ukończyła 6 miesięcy, a najstarsze miało 2½ lat. Puchlina była spostrzegana po ospie wietrznej, odrze, zaburzeniach trawienia i w końcu w takich razach, gdzie poprzednio nie było żadnego cierpienia. Mocz zwykle wydzielał się obficie, był nadzwyczaj bledy, odczyn miał słabo kwaśny, bardzo niski ciężar gatunkowy, nie zawierał najmniejszych śladów białka i jakiegokolwiek osadu.

Zejście cierpienia było następujące: w 4 przypadkach nastąpiło wyleczenie, z 2 zejście było niewiadome i w 3 zejście śmiertelne. Autorowi udało się w dwóch przypadkach wykonać badanie pośmiertne. W jednym z tych przypadków było wykazane ciężkie zapalenie nerek, a w drugim zmiany w nerkach były wyraźne, lecz niezbyt rozległe.

Autor przytacza spostrzeżenia autorów, w których za życia przy rozległej puchlinie podskórnej po przebytej płonicy nie można było wykazać w moczu żadnych nieprawidłowych składników, a jednak badanie pośmiertne wykazywało mocne zapalenie nerek. Henoch opisał przypadek puchliny po błonicy, w którym białko i cylindry zjawily się w moczu dopiero po ataku mocznicowym, a badanie pośmiertne wykazało ciężkie mięszone zapalenie nerek.

Następnie autor przytacza spostrzeżenia autorów, gdzie puchlina podskórna bez białkomoczu występowała po innych chorobach wysypkowych, jak po wietrznej ospie, odrze, i tyfusie nawet w pierwszych dniach tych cierpień.

Senator, w myśl nauk Conheima, objaśnia powstawanie puchliny przy chorobach infekcyjnych wysypkowych większą przepuszczalnością naczyń krwionośnych i chłonnych skóry, błon śluzowych i surowicznych. Tak, przy płonicy naczynia skóry z powodu wysypki są bardzo usposobione do cierpienia, tak, że one nietylko silniej aniżeli nerki, ale właściwie tylko same bez nerek ulegają cierpieniu. Czy w pojedynczym przypadku obok puchliny istnieje także zapalenie nerek, to w takich przypadkach bez białkomoczu może tylko rozstrzygnąć badanie pośmiertne.

Powstawanie puchliny podskórnej u dzieci przy zaburzeniach trawienia również można objaśnić zwiększoną przepuszczalnością naczyń krwionośnych i chłonnych skóry, błon surowicznych i śluzowych. Wywołującymi czynnikami tutaj są: utrata wody, wadliwe regulowa-



nie ciepłoty, obecność we krwi jadów, przyjętych z kanału pokarmowego.

Adolf Kjelberg ze Sztokholmu pierwszy zwrócił uwagę na to, że przy zaburzeniach trawienia u ssawców często bywa zapalenie nerek. Spostrzeżenie to było stwierdzone przez wielu innych. Każdy lekarz, mający w swej praktyce liczne przypadki ostrej biegunki, jest w możności często stwierdzać w moczu obecność składników nieprawidłowych, jako oznaki poważnych zmian w nerkach. Puchlina bez białkomoczu spostrzega się jak na wysokości zaburzeń trawienia, tak jeszcze częściej jako następstwo takich zaburzeń. Tylko tłómaczenie puchliny jest rozmaite. Między przyczynami są podawane: upadająca energia serca, tromboza dużych żył, zapalenie nerek i t. d. Nil Filatów opisuje przypadki puchliny po płonicy bez zapalenia nerek i przypuszcza, że ona występuje z powodu krążących we krwi toksyn, które szkodliwie działają na ściany naczyń włoskowatych skóry i błon surowicznych i oprócz tego wywierają osłabiający wpływ na nerwowe aparaty serca.

Ponieważ obecnie nie posiadamy żadnego kryterium, aby w danym przypadku puchliny bez białkomoczu postawić należyte rozpoznanie, to winniśmy zawsze przyjmować zapalenie nerek, jako możliwie istniejące, i podług tego stawić rozpoznanie i stosować leczenie.

*Rubek.*

### III. Choroby nerwowe.

305. Oppenheim. *Encephalitis acuta non purulenta*. Berliner Klinische Wochenschrift. 1900. № 10.

O. podaje następujący przypadek *uleczonego* ostrego, nieropnego zapalenia mózgu. 17-letni mężczyzna cierpiał od roku na ropienie ucha. W styczniu 1899 r. — bóle w prawem uchu i w prawem ramieniu i wymioty. W lutym — drgawki kloniczne w prawej połowie twarzy i w prawem ramieniu, afazya.  $T^0$ —39,9—41,0. Porażenie prawego ramienia. Kilkundniowe polepszenie, potem znowu pogorszenie ( $T^0$ —39,6. P. — 54, wymioty, nieprzytomny, porażenie nerwu twarzowego prawego). Po kilku dniach — polepszenie i stopniowe zdrowienie. W lipcu — nieznaczne tylko osłabienie prawego nerwu twarzowego i prawego ramienia z nieznacznie osłabionem czuciem. Zupełna afazya ruchowa. Chory nie rozumie zupełnie dobrze tego, co się do niego mówi. Rozpoznano: *encephalitis haemorrhagica acuta*, w razie czołowym, a mianowicie w trzecim zawoju czołowym i w dolnej części przedniego zawoju ośrodkowego.

(Przeciw ropniowi przemawiały: wysoka ciepłota, brak bólów głowy i bolesności głowy przy opukiwaniu; przeciw zapaleniu opon — bardzo wczesne powstanie objawów ogniskowych). Oppenheim zwraca szczególną uwagę na ten fakt, że w 5-ciu *spozstrzeganych przez niego przypadkach ostrej choroby infekcyjnej, występowały bardzo wczesnie*

objawy ogniskowe w postaci afazji ruchowej i monoplegii typu twarżowo-ramiennego.  
E. Flatau.

306. Dr. Curt Pariser. **Przewlekłe biegunki nerwowe i ich leczenie.** („Chronische nervöse Diarrhoen und ihre Behandlung“. Odczyt na zjeździe balneologów we Frankfurcie n. Menem w marcu 1900).

Znaczna liczba biegunek jest pochodzenia nerwowego. Biegunki nerwowe ze względów etiologicznych należy podzielić na wiele grup, a to zarówno w celu rozpoznania ich jak i leczenia.

1. *Przyczyną mogą być choroby ośrodków nerwowych* np. wiażdżenia. Na biegunki tabetyczne zwrócili uwagę: Fournier, Roger, Leube; występują one zwykle w okresie przedataktycznym, i mogą trwać przez lat dziesiątki (Matthieu). Biegunki w myelitis uciskowym spostrzegł Stein.

Bardziej znane są biegunki w chorobie Basedowa i należą do wczesnych objawów. W diabetes, z wielu względów zaliczanego do chorób nerwowych, spotykają się także długotrwałe biegunki.

2-gą grupę stanowią *biegunki nerwowe z powodu zatrucia przewlekłego*. Zalicza autor do nich biegunki zależne od obumierania tasiemca, przeważnie zaś biegunki w skutku *nikotynizmu*. Widziano nawet biegunki zjawiające się w skutku pobytu w przestrzeniach napełnionych dymem tytoniowym (Matthieu). *Morfinizm* może powodować biegunki nader osłabiające. Pomaga wtedy jedynie zmniejszenie dawek morfiny z równoczesnem podaniem środków wzmacniających działalność serca (Koffeina, Strophanth).

3-cią grupę biegunek nerwowych tworzą według autora, *biegunki pochodzenia odruchowego*. Źródłem mogą być *narządy płciowe*, przewlekłe rzeżączki u mężczyzn (Peyer), lub zboczenia położenia macicy u kobiet. Fischel widział uleczenie biegunki zapomożą założenia pessarium.

Częstemi są biegunki w okresie miesięczkowym.

Odruch może też pochodzić z *żołądka* lub górnego odcinka kiszek cienkich.

Tu należą biegunki, które nie występują natychmiast po przyjęciu pewnego pokarmu (bo takie są najczęściej pochodzenia auto-suggestyjnego), lecz takie, które występują po przyjęciu pewnego pokarmu prędzej niż zostanie on w żołądku strawiony i popełniety dalej. Biegunka polega na zwrotnem wzmoczeniu perystaltyki i sekrecyi kiszek. Tego pochodzenia mogą być uporczywe i osłabiające biegunki spotykane w gastritis chronica, na które Oppler i Einhorn zwrócili uwagę. Wówczas należy zbadać treść żołądka, a najlepszem lekarstwem jest dyeta, jak w gastritis. Autor podaje przypadek dotyczący pewnej damy, która od 3-ch miesięcy w 1/2 godziny po jedzeniu dostawała biegunki. Skoro przed kilkoma tygodniami zjawily się wymioty po jedzeniu, ustala biegunka. Rozpoznano niezbyt żo-



ładka, a wymioty zarówno jak biegunka ustąpiły pod wpływem łyty.

Odruch z nosa może podług Fliessa wywoływać biegunki.

Autor widział biegunkę wyleczoną przez usunięcie małej przepukliny wytworzonej przez tłuszczak in linea alba.

Podług Nothnagla biegunki z przeziębienia powstają na drodze odruchu ze skóry.

*Enteroptoza* przez drażnienie i pociąganie licznych nerwów trzewiowych może wywoływać odruchowo biegunkę, na którą lekarstwem jest założenie pasa brzuszego.

4-tą grupę stanowią *biegunki neurasteniczne i hysteryczne*. Spotykają się dość często w *neurasthenia sexualis*, bardzo często jednak są *po pochodzenia psychicznego*. Autor podaje interesujące przykłady.

Pewien neurastenik, będąc narzeczonym, dostał silnej przewlekłej biegunki opierającej się wszelkiemu leczeniu. Odłączenie chorego na pewien czas od narzeczonej powstrzymało biegunkę, pomimo wcale niedyetycznego pożywienia. W 8 dni po powrocie do narzeczonej biegunka wznowiła się i ustąpiła ostatecznie wkrótce po ślubie. Odwrotny stosunek przedstawia przypadek pewnej erotycznego temperamentu młodej żęatki. W początkach pożycia małżeńskiego nadużywała ona stosunków płciowych. Popadła w neurastenię, a jednym z bardzo przykrych objawów była biegunka z nadzwyczaj silnym parciem na stolec poprzedzającym bezpośrednio stosunek płciowy. Objaw ten stał się powodem bardzo ciężkiego stanu ogólnego, który wymagał dłuższego leczenia. W dość znacznej liczbie przypadków biegunki są następstwem t. zw. *phobii* czyli *patologicznego wzruszenia*.

Nothnagel opisuje 33-letniego mężczyznę, który w liczbie innych objawów neurastenicznych przedstawiał następujące przypadłości ze strony kiszki. Wkrótce po wstaniu zrana miewał on stolec naturalny, lecz po nim w krótkich odstępach czasu, 5—10 minutowych, następowało kilka, niekiedy do 10 stoleców coraz rzadszych. Skoro chory ten chciał wyjść z domu powracały sensacje w brzuchu, jak sam twierdził, ze strachu, aby nie dostał silnego napierania na stolec na ulicy, bo nie był pewny czy powstrzyma stolec na kilka minut.

Zupełnie analogiczny przypadek miałem sposobność widzieć w ostatnich czasach. Chory 30-kilkoletni, mężczyzna dobrze odżywiony, podlega biegunkom rannym. Długi czas będąc przekonany, że cierpi na niezyt kiszki obawiał się jeść i głodził się, przyczem stan ogólny nerwowy znacznie się pogorszył, a szczególnie dokuczajął choremu przynębienie moralne. Leyden ośmielił go aby się odżywił, poczem stan ogólny obecnie jest zadawalający, mimo to biegunki ranne trwają według dawnego typu. Badanie przedmiotowe wykazuje u tego chorego połowiczne przytępienie uczucia hysteryczne. Najracjonalniejszym środkiem leczenia w takim przypadku jest leczenie psychiczne (przyp. referenta).

Spotyka się również chorych, którzy dostają biegunki, znajdując się w obcym mieszkaniu lub w jakiejkolwiek sytuacji utrudniającej natychmiastowe zadosyćczynienie potrzebie oddania stolca. Neura-

stenicy niekiedy drażniąc się swemi zajęciami cierpią na biegunkę, której niebывa, gdy chorzy wypoczywają np. w dni świąteczne.

W hysteryi bywają niekiedy biegunki nocne. Autor przytacza przypadek 20-letniej damy. Budziło ją kilkakrotnie w nocy uczucie kłębka podnoszącego się w żołądku do gardła, czemu towarzyszyło pocenie się połowiczne i kilkakrotne stolce wodniste.

Ostatnią wreszcie praktycznie ważną grupę stanowią *przypadki mieszane nieżyty i nerwicy brzusznej*. Są to przypadki trudne nie tylko pod względem leczenia lecz i rozpoznania. Niekiedy nieżyt pierwotny usposabia do nerwicy lub, jeśli nieżyt dotyka zdeklarowanych neurasteników to ich neurastenia znacznie się pogarsza. Pod wpływem nieżyty kiszek cienkich, choroby dość częstej, narząd nerwowy podrażnia się i często już słabe bodźce, zarówno ośrodkowe jak obwodowe, powodują zwiększoną perystaltykę a wskutku niej biegunkę, występującą w postaci niezupełnie płynnych, 2—4—7 wypróżnień dziennych z napieraniami i kolkami lub bez nich. Chorzy przedstawiają typ hypochondryczny i dolegliwości swe odczuwają podmiotowo nader silnie. W stolcach tych chorych znajdują się wysepki śluzowe (Rosenheim). Rokowania quoad restitutionem jest według autora w tych przypadkach wątpliwe. Wypróżnienia bywają naprzemian wodniste, jajkowate lub stałe, lub występują tylko w pewnych porach np. po spożyciu pokarmów lub w nocy. Może być biegunka i przy urobionych stolcach. Bywa to u chorych, — którzy w stanie prawidłowym zdrowia wypróżniają się co kilka dni. Gdy chorzy tacy staną się nerwowymi wówczas miewają stolce codzienne. Przebieg może być bardzo przewlekły, trwać miesiące i lata.

*Rozpoznanie* ze względu na przytoczone osobliwości w występowaniu biegunki i ogólne tło nerwowe nie bywa trudny, jeśli dokładnie znana jest anamneza. Trzeba pamiętać, że nerwowe biegunki są następstwem bardzo różnych wyników etiologicznych. Ważną dla rozpoznania jest oporność biegunki nerwowej na dyetę przeciwnieżytyową, choć nie zawsze, na pewną bowiem część biegunek nerwowych oddziaływa dodatnio *uspokajająca* dyeta przeciwnieżytyowa, z drugiej znów strony dużo jest nieżyty, które ze względu na ciężkość przypadku nie ustępują pod wpływem diety. Zdanie Engelhardta, że wygląd chorych nie zmienia się w biegunkach nerwowych, a wychudzenie zdarza się w biegunkach tylko nieżytyowych, nie jest niezawodne. Gdyż i po nerwowych biegunkach zdarzać się może szybki i znaczny ubytek na wadze. Można więc jedynie twierdzić, że jeśli w przewlekłej biegunce chory wygląda dobrze i długi czas nietraci na wadze, prawdopodobniej cierpi na biegunkę nerwową, lecz odwrotnie ze złego wyglądu nie należy wnosić, że biegunka nie jest nerwowego pochodzenia. Aparat wysysający w cienkich kiszkaach nie jest cierpiący, niemniej przeto wysysanie jest naruszone i w biegunkach nerwowych, jak słusznie zauważył Möbius.

Najważniejszego znaku rozpoznawczego dostarcza badanie stolców. Śluzu w biegunkach nerwowych stolce nie zawierają z wyjątkiem postaci mieszanych z nieżytem. Śluz bywa tylko w postaci pseudoenteritidis membranaceae, której objawem klinicznym nie



zawsze jest zaparcie stolca, lecz niekiedy i biegunka (Ewald). Nie jest to enteritis, lecz, zdaniem autora, nerwica wydzielnicza.

Prócz braku śluzu w stolcach pozytywnym objawem biegunki nerwowej jest *nadczułość wielkich brzusznych splotów sympatii* jak *plexus coeliacus, plex. aorticus dexter et sinister* a przede wszystkim *hypogastricus superior*, mianowicie nadczułość na ucisk na 2—3 palce poprzeczne pod pępkiem. Objaw ten, oddawna opisany, mało jest uwzględniany w praktyce.

Biegunki nerwowe polegają na nerwicy ruchowej i wydzielniczej i do pewnego stopnia na naruszeniu wssysania.

*Terapia musi być zależna od etiologii danego przypadku.*

W grupie zależnej od pasorzytów kiszkowych w biegunkach odruchowych, w przepuklinach, przewlekłych gastrytach leczenie będzie przeważnie miejscowe.

W wiaździe, chorobie Basedowa ma być stosowany brom. W diabetes— regulowanie diety, w zatruciach nikotyną lub morfiną, zmniejszona dawka lub usunięcie jadu. Pozatem i w biegunkach na tle nerwicowem pierwsze miejsce w leczeniu, zdaniem autora, należy się *leżeniu w łóżku* oraz zastosowaniu *suchych ciepłych okładów*. Dalej *izolacja* i *zupełny duchowy i cielesny spokój*. Działanie 3-tygodniowego leżenia niekiedy wystarcza. W ciężkich przypadkach bez leżenia w łóżku nie poradzić nie można. Znajduje ono ograniczenie tylko w mieszanych postaciach z nieżytem, gdy ogólny stan moralny chorego jest przygnębiony i hypochondryczny. Wtedy chorych tylko krótko trzymać można w łóżku lecz należy to od czasu do czasu powtarzać.

Że okłady ciepłe mogą pomagać stwierdził to doświadczalnie Pal, który odkrył zmniejszenie pobudliwości kiszek w 40° słonej kąpieli. Może jednak stosowaniu okładów stać na przeszkodzie nadmierna nadczułość brzucha.

Ostrożną i nigdy zbyt forsowną kurację odżywczą można połączyć z leżeniem w łóżku.

*Co do diety.* W wielu przypadkach t. zw. biała dieta niema wpływu. W biegunkach morfinowych i nikotynowych jednak dieta jest potrzebna, bo i łagodne bodźce wywołują wzmózoną perystaltykę. Grubsze więc i przyprawne pokarmy zwiększają biegunkę choć dieta łagodząca nie jest w stanie jej powstrzymać. Toż samo stosuje się do biegunek u wielu neurasteników. Wartość więc przeciw nieżytowej diety jest tylko zapobiegawczą. Dieta ma jednak wartość leczniczą w przypadkach biegunki odruchowej w gastritis. Również w mieszanych postaciach nerwicy z nieżytem cienkich a osobliwie grubych kiszek dieta musi być uregulowaną jak w nieżycie i ma wpływ widoczny.

Autor przypomina, że za dobrą w neurastenii uznawaną jest dieta, z której wykluczono alkohol, mocną kawę, korzenne przyprawy, grubsze jarzyny, trudniej strawne gatunki mięsa i tłuszczów i w której pożywienie podaje się częściej a w mniejszych ilościach. Taką prawie jest dieta przeciw nieżytowa. Gdy zatem w biegunce nerwowej nieodruchowej taka dieta niewystarcza, znaczy to, że przy-

padek jest ciężki i, że trzeba innych środków, w pierwszym rzędzie izolacyi. *Izolacyą* uznaje autor za tak ważny środek, że wobec niego dyeta ustępuje na plan drugi. Gdy odosobnienie samo przez się nie wystarcza, okazuje się *potrzeba położenia chorego do łóżka* oraz dyeta Clauda, poprzedzona nawet wstrzymaniem się od jedzenia. Autor zatem w przewlekłych biegunkach nerwowych radzi w ogóle t. zw. dieta blanda i nie zgadza się ze zdaniem tych, którzy dyetę w tych przypadkach całkowicie lekceważą.

Rękoczynny hydropatyczne mają być umiarkowane, jako letnie kąpiele, umiarkowanie chłodne ocierania lub natryski.

Z leków na pierwszym miejscu stawia brom, dłużej regularnie używany nawet w biegunkach nerwowych, toksynowych, lecz nie z kwasem węglowym. Dalej idzie arsen i extr. cannabis indic. w dawkach 0,01 do 0,02 3-razy dziennie. Ten ostatni lepiej zdaniem autora działa niż makowiec.

Przetwory ściągające garbnika wskazane są tylko w postaciach mięszanych z niezłym kiszek cienkich.

Jako środek pomocniczy radzić też można galwanizacją kręgosłupa.

Leczenie wodami mineralnymi ma zastosowanie tylko w postaciach mięszanych z niezłym. Pierwsze miejsce zajmują źródła słone jak Wiesbaden, Kissingen, Hamburg, potem glauberskie jak Karlsbad.

*Rzeczniowski.*

307. H. Verger. **O zmyśle mięśniowym z powodu kilku prac nowych.** („Sur le sens musculaire á propos de quelques travaux récents“.  
Arch. de Neurologie № 48 i 49).

Charles Bell wprowadził w r. 1833 termin „*zmysł mięśniowy*“. Spostrzeżono wkrótce, że jest on skomplikowany. Duchenne de Boulogne w 1852 odróżnia *czucie* mięśniowe, które otrzymuje się z działającego już mięśnia: *świadomość mięśniową* (conscience musculaire), zaczynającą działać, gdy się ruch ma wykonać. W tymże czasie ogół sensacyi zaczyna umiejscawiać nie tylko w mięśniach ale i w skórze czyli, że miejsce specjalnego zmysłu mięśniowego zastępuje szczególna modyfikacya dotyku (Schiff, Wulpian); Trousseau dołącza nadto czucie stawowe. Dziś pod nazwą zmysłu mięśniowego pojmują ogólnie zbiór wrażeń obwodowych, postrzeganych podczas ruchu a pochodzących z różnych źródeł. Bastian nazywa to czuciem *kinestetycznem*. Dyskusyi podlega klasyfikacya elementarnych wrażeń, które się składają na zmysł mięśniowy, określenie ich względnej ważności i roli jaką przyjmują w genezie ruchów oraz dowolnej ich koordynacyi.

Prace ostatnie, które posłużyły autorowi do streszczenia krytycznego poglądów odnośnych były:

1. Abba: Etude clinique des troubles de la sensibilité générale, des sens musculaire et stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale. Thèse de Paris 1896.



2. Bourdicault-Dumay: Troubles de la sensibilité générale, du sens musculaire et du sens stéréognostique dans les hémiplegies cérébrales. Thèse de Paris. 1894.
3. Cherechewski: le sens des attitudes. Thèse de Paris. 1897.
4. Claparède: le sens musculaire et l'hémiataxie post-hémiplégique. Thèse de Genève. 1897.

### I. Psychologia zmysłu mięśniowego.

Bastian przyjmuje 4 rodzaje czucia mięśniowego.

1. Czucie ruchu czynnego podczas ruchów dowolnych lub zwrotnych, czyli czucie, którego przyczyna leży w skurczu mięśni.
2. Czucie ruchu biernego, t. j. gdy mięsień jest poruszany z zewnątrz.
3. Czucie położenia członków, t. j. świadomość ich sytuacji w przestrzeni w stosunku do innych części ciała, bez względu czy w położeniu tem znalazły się przez ruch dowolny lub bierny.
4. Czucie wagi lub oporu jaki napotyka ruch.

Bourdicault-Dumay i Claparède zachowują ten podział. Abba wprowadza jeszcze czucie ucisku różnemi wagami, zmysł orientowania się i zmysł stereognostyczny. Pierwszy z tych nowych rodzajów zależy od czucia dotykowego i mięśniowego głębokiego, zmysł zaś orientowania się jest tylko odmianą czucia położenia członków.

Szereszewski sprowadza znów zmysł mięśniowy do czucia położenia członków w całości lub ich odcinków. Czucie ruchów czynnych lub biernych jest według niego następstwem postrzegania w czasie seryi następujących położeń członków, czyli, że czucie ruchu identyfikuje z czuciem zmian położeń następujących po sobie. Tymczasem zdarza się u hemiplegików, że czują oni poruszenie swych członków a nie wiedzą jakie położenie nadało ten ruch ich członkom. Jeśli zatem czucie ruchu biernego może istnieć, a czucie położenia członków może być zniesione, nie może to ostatnie być przyczyną pierwszego; podług Claparéda czucie położenia członków nie prostem i pierwotnem. Dane położenie członka obudza pewne sensacje, lecz te nie wystarczają do wytworzenia obrazu w umyśle inaczej jak przez skojarzenie z dawnymi wspomnieniami wrażeń wzrokowych; jakoż w istocie wyobrażenie położenia członków jest wzrokowe. Nadto Claparède wspomina, przeciw teorii Szereszewskiego, że czucie położenia nie mogłoby istnieć w braku ruchu. Jest powszechnie widocznem, że tem trudniej zdać sobie sprawę z położenia członka im dłużej członek ten znajdował się w stanie nieruchomym np. w chwili budzenia się ze snu. Lecz wtedy wystarcza najmniejszy ruch, aby obudzić to czucie. Czucie ruchu biernego według Claparéda jest elementem pierwotnym poprzedzającym w czasie czucie położenia i kierunku. Najciekawszem jest badanie z kąd pochodzi to czucie pierwotne ze skóry, mięśni, stawów lub ścięgien? Analiza autopsychologiczna nie może odkryć tego źródła dlatego, że wszystkie sensacje skojarzyły się przez nawyk w jedną sensację ruchu i nie mo-

zemy ich odróżnić (Wundt). Goldscheider próbował analizy doświadczalnej: skoro przeszkadzał zgięciu przedramienia na ramię mimo skurczu mięśnia dwugłowego nie było czucia ruchu. Ztąd wnosi, że to czucie nie pochodzi z mięśni. Claparède, robiąc co do tych doświadczeń zastrzeżenia, sam skłonny jest główne źródło czucia ruchowego umieszczać w stawach.

W skład czucia ruchu czynnego wchodzi coś więcej jeszcze. Podług J. Müllera i Wundta jest niem czucie ośrodkowe czynnej innerwacji mięśni z mózgu. Temu pogładowi hołduje Szereszewski, Claparède zaś nie przyjmuje czucia innerwacji i zbija doświadczenia, które dowodzić mają pochodzenia ośrodkowego zmysłu mięśniowego. Iluzye amputowanych np. usuwał Pitres kokainizowaniem kikuta. Wyobrażenie umysłowe ruchu, poprzedzające ruch dowolny, jest według Claparède'a jedyną przyczyną czucia innerwacji. W praktyce wyobrażenie ruchu uświadamia się w chwili poczynającego się ruchu, wskutku którego z obwodu napływają wrażenia mięśniowe, skórne, stawowe. Wszystko to się zlewa w świadomości w uczucia *sui generis*, dla którego Müller i Wandt stworzyli specjalną teorię.

W ruchach czynnych żywsze są czucia mięśniowe i stawowe. Czucie kierunku ruchu jest wypadkowe: czucia właściwego ruchu i czucia położenia następujących po sobie wskutku ruchu. Czucie oporu, które Beannis zwolennik Wundt'a wyprowadza ze świadomości, jaką posiadamy, naszej działalności ruchowej ośrodkowej, Claparède tłumaczy inaczej zgodnie ze swą teorią pochodzenia obwodowego zmysłu mięśniowego.

1) W przypadku, gdy ruch czynny napotyka opór, czucie mięśniowe i stawowe wzmagają się nienormalnie.

2) Czucia kinestetycznego, które skojarzy wrażenia mięśniowe z wyobrażeniem ruchowym, które poprzedza, brak, bo ruchu nie było.

3) Napięcie mięśni dosięga większego stopnia niż w ruchu bez oporu.

4) Ciśnienie skóry o przeszkodę także wpływ wywiera. Jednym słowem czucie oporu jest skutkiem zaburzenia skojarzeń zwykłych. Czucie wysiłku, ciężaru są odmianami czucia oporu. Czucie różnicy wag zależy od zmian ilościowych czucia oporu a ocena tych wag jest wypadkowa operacji umysłowej skomplikowanej, w którą wchodzi proces skojarzeń. Treść teorii Claparède'a jest więc następująca: czucia ruchowe nie dają się analizować psychologicznie lecz tylko fizyologicznie; w ich tworzeniu biorą udział sensacje mięśniowe. Po za czuciem ruchu inne czucia jak położenia, oporu, ruchu czynnego etc. są odmianami jakościowymi czucia ruchu lub skojarzeniem z innymi pierwiastkami zmysłowymi lub wspomnieniami. Teoria ta opiera się na wrażeniach obwodowych. Podług Vergera rola czucia mięśniowego niesłusznie jest niedoceniana. Gdy idzie o ocenę oporu w ruchach czynnych, czucie mięśniowe ma w niem główny udział. W każdym ruchu czynnym jest zawsze pewien opór, choćby np. waga członka, którym się porusza, łatwo więc pojąć, że czucie oporu większego jest tylko odmianą ilościową czucia mięśniowego i niepotrzeba uciekać się do zaburzeń skojarzeń nawykowych dla objaśnie-



nia, jak to czyni Claparède. Wyobrażenie niezgody jest operacją umysłową — *sądem*. Tymczasem sąd interweniuje tylko, chodzi o porównanie 2-ech oporów. Zdanie Claparède'a o pochodzeniu obwodowym czucia mięśniowego jest słuszne. Wyobrażenie ruchowe jako operacja świadoma umysłowa wyprzedza wprawdzie ruch dowolny, ale wyobrażenie to jest tylko wspomnieniem wrażeń obwodowych poprzednich. Wyobrażenia ruchowe w miarę rozwoju świadomości zapisują się jako wspomnienia czucia ruchowego, choć sam ruch jest pierwotnie odruchowym u dziecka.

## II. Umiejscowienie mózgowe zmysłu mięśniowego.

Zdaniem zmysłu mięśniowego jest dać nam poznać jakościowo i ilościowo nasze ruchy, ich zakres, kierunek i opór jaki napotykają. Wytworzywszy wyobrażenie ruchowe, zapisane w pamięci, pozwalają nam ciągle kontrolować ruchy wykonywane wskutku wywoływania świadomego tychże wyobrażeń ruchowych. Badanie zatem zaburzeń zmysłu mięśniowego obejmuje 2 działy: 1) Zaburzenia pamięciowe świadomych wyobrażeń ruchowych, które są tem dla owego zmysłu czem ślepotą psychiczną dla zmysłu wzroku. 2) Zaburzenia percepcji zmysłowej, w których wrażenie działające na obwodzie nie jest odczuwane, bądź wskutku cierpień specjalnych komórek korowych, bądź przewodników dośrodkowych. W pierwszym razie wynikiem klinicznym będzie różnego stopnia niemożności pojmowania, a zatem i wykonywania ruchów czyli *porażenie*; w drugim zaś *beład ruchowy* (ataxia), czyli niemożność kierowania ruchami dowolnemi. Właśnie badanie ataksji tabetycznej pozwoliło umiejscowić przewodniki dośrodkowe zmysłu mięśniowego w tylnych pęczkach rdzenia. Kwestya dalszego ich przebiegu wewnątrz mózgowego nie jest tak pewna. Niewiadomo np. czy włókna przewodnie zmysłu mięśniowego przebiegają oddzielnie w rdzeniu przedłużonym, moście i odnogach od innych przewodników czucia. Badanie zwyrodnień nie wystarcza, a choroby tych części mózgowia są rzadkie i szybko zazwyczaj śmiertelne.

Przeciwnie uszkodzenia torebki wewnętrznej są i częste i choczy żyją z niemi długo. Mimo to i co do przebiegu włókien czucia mięśniowego w torebce wewnętrznej kwestya nie jest ostatecznie rozstrzygnięta. Pierwszy Türck w 1859 wykrył pęczek czuciowy leżący po za pyramidalnym w torebce wewnętrznej, potwierdzili to Charcot, Magnan, Pitres. Typem klinicznym jego uszkodzenia miała być hemianaestesia sensitivo-sensorialis. Typ ten doświadczalnie odtworzył Veyssiére (1874). Zaburzenia czucia mięśniowego należały też do objawów. Charcot w tej części torebki wyróżnił odcinki wtórne, potwierdzone przez Balleta (1877).

Dla zmysłu mięśniowego służyć miał pęczek specjalny położony ku przodowi pączka dla czucia dotykowego. Jeszcze w 1873 Redlich przyjmował to różniczkowanie. Tymczasem na podstawie prac nowszych kwestya ta jest przedmiotem sporu. A mianowicie, czy pęczek czuciowy udaje się wprost do kory (pęczek czuciowy prosty Flechsig) czy też przechodzi przez thalam. opticus i w nim się

przerywa (Mercakow)? Flehsig i Hösel przyjęli i jedno i drugie (wstęga Reila korowa prosta i wstęga Reila thalamo-corticalis). Dejeréne i Long 1898 r. (referowane w „Kronice“) podają w wątpliwość hemianestezyą torebkową typu Türck-Charcot i utrzymują, że hemianestezya ta istnieje tylko:

1) Skoro uszkodzenie thalami niszczy końcowe włókna wstęgi Reila i włókna początkowe neuronu thalamo-corticales.

2) Skoro połączenia thalami z korą są zniszczone. W tym ostatnim przypadku trzeba bardzo wielkiego uszkodzenia torebki zewn.

Według tych ostatnich autorów przewodniki czuciowe mają stację w tylnej dolnej części jądra zewnętrznego thalami i nie tworzą w torebce wewnętrznej osobnego pęczka lecz są pomieszane z włóknami pyramidalnymi w całej części tylnej torebki, od kolana aż do pęczka retro-lenticularis, który składa się z włókien wzrokowych i uszkodzenia jego powodują hemianopsję.

Dane anatomiczne nie wykazały zatem dotąd ścisłego przebiegu przewodników zmysłu mięśniowego. Klinika zaś wykazuje, że w hemiplegiach od uszkodzeń torebki wewnętrznej zaburzenia zmysłu mięśniowego są bardzo częste zatem przeciwne niż hemianestezya, która w zupełnym stopniu bywa wtedy nader rzadką, i najczęściej dodatkową, pochodzenia bystrycznego.

Redlich znalazł zaburzenia czucia mięśniowego i stereognostycznego w 23 przyp. na 100 hemiplegii torebkowych.

Bourdicault-Dumay potwierdza to jak również zaznacza niezależność zaburzeń zmysłu mięśniowego od zaburzeń czucia.

Claparède wnioskuje, również, że utrata zmysłu mięśniowego nie jest zależną od czucia dotykowego, bólu i ciepłoty i przyjmuje 3 typy kliniczne:

1. Anastesja dotykowa z utratą zmysłu mięśniowego.
2. Anastesja dotykowa bez utraty zmysłu mięśniowego.
3. Utrata zmysłu mięśniowego bez anastesji dotykowej.

Z drugiej strony badając hemiataxiam posthemiplegicam znalazł utratę zmysłu mięśniowego w 7 przyp. na 20.

Wręcz przeciwnie Abba w hemiplegiach znalazł zaburzenia czucia mięśniowego i ogólnego w 2 przyp. na 50, a Muratow (1898) odróżnia hemiplegię torebkową od korowej na podstawie braku zaburzeń zmysłu mięśniowego w pierwszej z nich.

Muratow nie przytacza żadnego spostrzeżenia na potwierdzenie swej tezy, a chorzy Abba badani byli po 1—2 lat po udarze.

Verger w badaniach własnych (1897) doszedł do wniosku, że zaburzenia czucia są często w hemiplegiach mózgowych, lecz giną z czasem. Ostatecznie zatem przyjąć należy, że zaburzenia zmysłu mięśniowego są częste w pierwszych okresach porażenia połowicznych mózgowych lecz nie wiele wiemy o względnym upośledzeniu w tych razach czucia ruchów czynnych, czucia położenia członków, oporu.

W większości przypadków spotyka się upośledzenie czucia położenia członków przy zachowaniem czucia ruchów czynnych i biernych. Utrata ta wyraźniejsza jest na obwodzie kończyn w palcach np. niż u nasady kończyn. Stwierdzonem jest również, że za burze



nia zmysłu mięśniowego ważniejsze są od zaburzeń czucia dotykowego.

Co do umiejscowienia korowego zmysłu mięśniowego, jest ono w ścisłej łączności z umiejscowieniem czucia ogólnego. Zmysł mięśniowy jest upośledzony u cierpiących na ogniska w okolicy ruchowej kory. Akinestesia charakteryzuje anestezyę korową. Rzadko bywa zupełną, chorzy paretyczni mają jeszcze czucie rzutu lecz z zamkniętymi oczami nie postrzegają ani zakresu ani kierunku tego ruchu.

Kliniczne wiadomości uzupełnienie znajdują w badaniach doświadczalnych i odkryciach anatomicznych dotyczących przebiegu i zakończenia pęczka czuciowego. Wszystkie one zmierzają zdaje się do wykazania siedliska tego czucia w okolicy ruchowej; pojęciu takiego siedliska mogą być robione zarzuty psychologiczne.

Teorya ośrodków kinestetycznych Bastiana (1887) wypływająca z teoryi czuciowej Munka i Schiffa utożsamia działanie pierwiastków sfery ruchowej z działaniem innych pierwiastków zmysłowych kory. Zawoje czołowy i ciemieniowy wstępujące, z częścią tylną zrazu czołowego i częścią przednią zrazu ciemieniowego są według Bastiana ośrodkiem w którym uświadamia się zbiór wrażeń czuciowych zwany przez Bastiana zmysłem kinestetycznym. Nadto pierwiastki tej okolicy mają własności pamięciowe. Tu się zapisują różne wrażenia kinestetyczne, których różne kombinacye tworzą wyobrażenia ruchowe. Czyli, że wyobrażenia ruchowe powstają ze wspomnień wrażeń czuciowych. Zbiór wyobrażeń ruchowych jest *primum movens* w powstawaniu ruchów dowolnych. Feri wykazał, że powstawaniu w świadomości wyobrażenia ruchowego wywołuje natychmiast początek powstawania ruchu tak, że zjawisko czysto psychiczne po którym wykonanie ruchu nie występuje i ruch dowolny różni się tylko natężeniem wyobrażenia.

Zresztą nie należy sądzić, że w procesie percepcyi czucia mięśniowego i dotykowego wszystko odbywa się jedynie w sferze ruchowej kory. Wiemy przecież, że anestezye korowe zawsze są niezupełne a subjekt, zachowując percepcyą czucia grubą, traci percepcyą odmian jakościowych i ilościowych tego czucia. Wspomniane też było, że w anestezyach hemiplegików torebkowych odnajduje się też sama charakterystyka.

Logicznie zatem wnosić można, że pod korą lub w innych nieznanach jeszcze częściach znajdują się grupy neuronów, gdzie percepcya wrażeń mięśniowo-dotykowych może się odbywać podświadomie. Zniszczenie ośrodków korowych niweczy percepcyę wyższe i subtelniejsze oraz skojarzenia czuciowe bardziej skomplikowane, których wynikiem są sensacye pełne i żywe stanu normalnego.

### III. O dotyku czynnym (zmyśle stereognostycznym).

Autor nazywa dotykem czynnym zmysł stereognostyczny, który jak wiadomo polega na tem, że zapomocą dotyku ręcznego, bez pomocy zmysłu wzroku pozwala poznawać formę i inne własności przedmiotu dotykanego.

Autor przekłada nazwę pierwszą, ponieważ zmysł stereognostyczny według Hoffmana, który zbadał go najlepiej (1884), wyraża przedewszystkiem poznanie formy przedmiotu jak nazwa sama wskazuje. Przeciwnie zaś nazwa „dotyk czynny“ używana w Ameryce przez Dana (1894) zawiera pojęcie czynności potrzebnej precepcyi i ideę poznawania zapomocą dotyku wogóle. Nadto nazwa bynajmniej nie rozstrzyga spornej kwestyi czy jest to zmysł oddzielny, czy skojarzenie różnych elementarnych wrażeń.

Psychologiczna analiza zjawiska wykazuje wprowadzenie w grę różnych rodzajów czucia ogólnego, z których każde pozwala poznać własność szczególną np. czucie położenia palców — daje poznać formę, czucie wysiłku mierząca opór stawiany przez przedmiot — daje poznać spójność i t. d. Lecz forma, przestrzeń zajmowana przez przedmiot, jego opór niewystarczają same przez się do poznania przedmiotu. Potrzeba dołączyć jeszcze charakter powierzchni zewnętrznej, którą ocenia dotyk przez ruchy ręki, która dotyka; skojarzenie wszystkich tych skomplikowanych sensacyi daje dopiero dotyk czynny. Wyobrażenie dotykowe przedmiotu w ostatnim wyniku jest śladem sensacyi mięśniowych dotykowych.

Hoffman na 16 sposprzeżeniach wykazał, że niema żadnego stałego stosunku między czuciem stereognostycznym a innymi rodzajami czucia ogólnego. Czucie czyli zmysł stereognostyczny może być zachowany równocześnie z osłabieniem, któregośkolwiek rodzaju czucia ogólnego i odwrotnie może być zniesiony mimo zachowania czucia ciepłoty, dotyku pozycyi, wagi i t. d.

Bourdicault-Dumay, znieczuliwszy chlorkiem etylu palce, przekonał się, że nie zniósł przez to zdolności poznawia przedmiotów. Dowodzi to, że jeśli dotyk czynny zależy od wszystkich rodzajów czucia mięsno-dotykowego to nie zależy od żadnego z nich w szczególności. Przedewszystkiem zdolność umiejscowiania na pokrywach i czucie względnego ułożenia palców przyjmują w tem udział. Podług tego autora zaburzenie zmysłu stereognostycznego wystąpi zawsze skoro zabraknie wyobrażeń wspomnieniowych dotykowych a zatem możności porównania wrażeń obecnych z wrażeniami wywołanymi dawniej przez przedmioty podobne. Jest to prawdą, ale trzeba pamiętać, że zaburzenia zmysłu stereognostycznego spotykają się i w naruszeniach przewodników dośrodkowych.

Georges Gasne (1898) uważa zmysł stereognostyczny za wynik czynności skojarzeń i opiera się na zniesieniu tego zmysłu w 2-ch przypadkach, w których inne rodzaje czucia były zachowane. Oba te przypadki jednak dotyczyły hysterików, trzeba się zaś wystrzegać przenoszenia do fizjologii normalnej — wniosków czerpanych z przypadków wielkich nerwic, których fizjologia patologiczna nie jest poznana. Jeden fakt wynika wszakże niezbicie ze wszystkich w tym kierunku badań, to jest, że dotyk czynny jest wynikiem czynności skojarzenia, i tłómaczy dlaczego może istnieć nawet, gdy inne elementarne sensacje zostały zniesione. W miejsce własności niepoznanych inna własność może wyrzucić wrażenie o tyle silne, że wywoła w umyśle obraz przedmiotu poznawanego. Autor np. widział



chorego ze znieczuleniem dotykowym a zachowaniem czuciem mięśniowym, który poznawał chleb z łatwością, z jaką wzganiał go w palcach. W przypadkach, w których dotyk czynny nie daje wyników mimo zachowania sensacji, z których się składa przyczyna, leży w braku skojarzenia, podobnie jak to się dzieje w pewnej postaci afazji.

Claparède uważa, że zmysł stereognostyczny nie jest jeszcze dostatecznie zbadany a przeto lekceważy go w klinice. Tak jednak nie jest, przeciwnie w hemiplegiach zaburzenia tego zmysłu spotykają się ze wszystkich zaburzeń czuciowych najczęściej i w największym stopniu, i sam Claparède w 1899 stwierdził jego zaburzenia w hemiplegiach dzieciennych. Objaw ten jest też prawie stałym w porażeniach korowych.

Czy można przypuszczać umiejscowienie korowe specjalne tego zmysłu? Bourdicault-Dumay, z wielkimi zastrzeżeniami wprawdzie umiejscawia go w miejscu połączenia  $\frac{1}{3}$  górnej i  $\frac{1}{3}$  dolnej gyri parietalis ascendentis po obu stronach, opierając się na 2-ch spostrzeżeniach Wernickiego i jednym Dubbersa z autopsją. W przyp. przytoczonym przez Verger'a w swej tezie inauguralnej zmiany znaleziono w okolicy ruchowej kory. Ponieważ zmysł stereognostyczny z natury swej jest wyższą i bardziej skomplikowaną specjalizacją czucia mięśniowo-dotykowego ręki i palców, prawdopodobnie zatem ośrodków jego szukać należy w ośrodkach kinestetycznych górnych kończyn. W każdym razie kwestya ta potrzebuje dalszych poszukiwań.

Ogólny wniosek autora wyprowadzony z dzieł nowych — traktujących o zmysle mięśniowym jest ten, że psychologii fizyologicznej odtąd niewiele pozostaje już do zrobienia w kwestyi analizy wrażeń mięśniowych; a tylko sprawa umiejscowienia w mózgu zmysłu mięśniowego i jego fizyologicznych stosunków do innych czynności mózgowia pozostawia jeszcze pole do badania.

*Rzeczniowski.*

### III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

308. **Diplogonoporus grandis.** Kurimoto z Nagasaki opisuje pasorczyta z rodzaju Bothriocephalus, którego znalazł w kiszkaach 2 jałowiecików. Podobny gatunek znany jest w kiszkaach dorsza, u ludzi dotąd nie był znajdowany.

Z. f. Klin. Méd. 40. 1 i 2.

*J. Z.*

309. **Chyluria w Europie.** Predtewchensky z Moskwy opisuje przypadek chylurii, nader rzadkiej w Europie; zazwyczaj wywołuje tę chorobę *Enstrongylus gigas*, w przypadku autora przyczyną była *Taenia nana*. Tropikalną chylurię wywołuje *filaria sanguinis*.

Z. f. Klin. Méd. 40.

*J. Z.*

310. **Określenie hemoglobiny.** Talquist opisuje prosty sposób określenia siły barwnikowej krwi, podaje mianowicie skalę barwną, z którą porównywa się kroplę krwi puszczonej na bibułę do filtrowania.

Z. f. Klin. Méd. 40.

J. Z.

311. **Powikłanie neurastenii.** W przypadku ciężkiej neurastenii żołądkowej wystąpiło rozszerzenie żołądka, nadmierna kwaśność i okresowy sokotok. Mikroskopowo stwierdził Albu i N. Koch zmiany następujące: Gastritis atrophica interstitialis. Gastroadenitis proliferans.

Virch. Arch. 157 I.

J. Z.

312. Gebhard badał **wpływ środków ściągających na wchłanianie w kiszkaach cienkich** i doszedł do wniosku, że wchłanianie w kiszkaach jest upośledzone pod wpływem środków ściągających np. taniny, działanie tego rodzaju trwa pewien czas po usunięciu taniny z kiszek, słabsze działanie w tym kierunku posiadają tannin—albuminaty.

D. Arch. f. Klin. Méd. 66.

J. Z.

313. Glochen opisuje **wrzód drążący** przelyku, znaleziony nad wpustem, zupełnie podobny do wrzodów żołądka i dwunastnicy. Powstawanie wrzodu tlómaczy sprawą zatorową.

D. Arch. f. Klin. Méd. 66.

J. Z.

314. **Heliosinum**, nowy środek, mający — zdaniem Lalande'a (z Lionu) — zastąpić rtęć w leczeniu przymiotu, otrzymuje się przez długotrwałe działanie NaCl na takie ciała organiczne, w których skład chodzi w znacznej ilości keratyny. Zwykle biorą do tego nogi cieląt młodych, nie mające więcej nad 2—3 ctm. długości, suszą je i ścierają na proszek. 60 grm. takiego proszku z 10-ma grm. NaCl należy zalać 1000 grm. wody przekroplonej w naczyniu szklanem i trzymać przez miesiąc przy temperaturze 25—30° C., mieszając codziennie od 2 do 3 razy, następnie przenieść naczynie to i ustawić na przeciag miesięcy czterech w miejscu ciemnym przy temperaturze do 30° C., potem dopiero zlać płyn do innego naczynia, a szczerlnie zatkawszy je, zostawić przy 60° C w ciągu 24 godzin. Dopiero teraz płyn może być użyty; przedstawia się zaś on jako przezroczysty, nieco żółtawy, o zapachu rogu palonego, słony w smaku.

Lalande stosuje heliosinum głównie w dwóch pierwszych okresach przymiotu, wtedy bowiem środek ten daje najlepsze wyniki, chociaż widywał nieraz przypadki, w których heliosinum usuwało objawy późne, trzeciorzędne tam, gdzie nie można było osiągnąć skutku od skombinowanego leczenia rtęcią i jodem.

Leczenie polega na zastrzykiwaniach podskórnych, robionych codziennie, lub też rzadziej (co 4—8 dni) względnie do przebiegu choroby i ciężkości objawów. Zwykle na raz należy zastrzyknąć 2 szpryki (Praw.), jedną po drugiej w pięć minut, co zaś do miejsca— w oddaleniu 10 ctm. drugą od pierwszej. Przy pierwszych 2—3-ch zastrzykiwaniach chory ucuwza lekki ból, później zgoła bez bólu. Płyn ulega wesseniu w bardzo prędkim czasie. Po 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—3-ch godzinach po zastrzyknięciu daje się zauważyć zwykle nieznaczne wzniesienie się ciepłoty, senność, pot. Objawy choroby zaczynają ustępować zwykle już po trzecim zastrzyknięciu, do zupełnego atoli



ich usunięcia potrzeba 10—30 zastrzyknięć. Wielką zaletą tego nowego środka ma być jego działanie wzmacniające: chorzy nabierają wagi, dobrego wyglądu i t. p.

Lalande zapewnia, że zdanie swoje o wartości środka opiera na dwuletnim doświadczeniu własnym i wielu innych kolegów. Otóż należy zauważyć, że próby robione w klinice prof. Pospiełowa w Moskwie — tymczasem na małej ilości chorych wprawdzie — wniosków Lalande'a zgoła nie potwierdziły, przeciwnie: u chorych leczonych heliozyną nie tylko nie ustępowały już istniejące objawy, ale przybywały nadto nowe i zmuszały lekarzy do chwycenia się środków starych, wypróbowanych.

*Fr. G-yć.*

315. **Nitki w moczu i małżeństwo.** Nitki w moczu i kłaczkę utrzymujące się uporeczywie w moczu u mężczyzny, którzy przechodzili rzeżączkę, nie zależą według niektórych autorów do sprawy tryprowej i są często zupełnie nieszkodliwe. Ostatnio zdanie to wypowiedział z całą stanowczością Scholz. („Allg. méd. Cent. Ztg 6 Cz.).

Sądzi on, że opieranie na obecności tych nitek rozpoznania przewlekłej rzeżączki nie wytrzymuje krytyki; tymczasem wielu syfilidologów zabrania na tej podstawie swym pacjentom wchodzić w związki małżeńskie i poddaje ich długotrwałemu a bezskutecznemu leczeniu. Neisser, Jadassohn i inni mają setki spostrzeżeń, gdzie tacy mężczyźni po ożenieniu się nie zarazili żon, jak również mężczyźni żonaty, mających zdrowe zupełnie żony, a którzy w moczu mają ciągle nitki i strzępki. Ostatnio znajdujemy w moczu 20% wszystkich mężczyzn a z tych w 90% nitki te są niewinne.

Tylko obecność gonokoków może usprawiedliwiać wydanie zabronienia na związek małżeński.

316. **Levis** (Fortschrift de Médecin № 26 r. b.) utrzymuje, że zastrzykiwanie  **błękitu metylonowego do jamy opłucnej**  znakomicie przyspiesza  **wchłanianie się wysięku** . Autor radzi wypuścić jakie 100 c. sz. wysięku, rozpuścić w tem 1 grm. błękitu metylonowego i następnie ten roztwór z powrotem wstrzyknąć do jamy opłucnej. Wodny roztwór sprowadza często silne bóle.

(W. M. Presse 30).

*O. H.*

## KRONIKA BIEŻĄCA.

— h. — Departament lekarski ministerjum spraw wewnętrznych wydał rozporządzenie, mające na celu walkę ze zbyt rozpowszechnionym używaniem sacharyny, uznanej ostatecznie za szkodliwą dla zdrowia. Skutkiem nowego rozporządzenia sacharyna może być tylko wyłącznie używana w lecznictwie i dla doświadczeń naukowych. Z tego względu sprzedaż jej może się odbywać tylko w aptekach. Składy apteczne mogą posiadać sacharynę jedynie za specjalnem pozwoleniem urzędu lekarskiego. Używanie tego preparatu do potraw i na-

pojów zostało wzbronione raz na zawsze, jak również fabrykacya sacharyny. Otrzymywać ją mogą z zagranicy tylko apteki. Osoby sprzedające nieprawie sacharynę lub używający jej do potraw i napojów, na mocy tegoż rozporządzenia, będą karane aresztem do trzech miesięcy i karą pieniężną od 100 do 3000 rubli. Najmniejsza choćby ilość znalezionej sacharyny będzie konfiskowana.

— h. — Dotychczas zostało odkomendorowanych do wschodniej Azji 120 lekarzy. Z tych 91 odbywało właśnie kursa dopełniające w Akademii.

— h. — 27 lipca odbyło się w Krynicy uroczyste odsłonięcie pomnika prof. dr. Józefa Dieffla.

— h. — Nikołajewska Rada miejska (duma) wydała tytułem próby na 3 miesiące postanowienie obowiązujące dla dorożkarzy, aby obchodzili się bez bata. Podając tę wiadomość, „Wraczebną Chroniką Chark. Gub.“, wypowiada nadzieję, że w razie powiedzenia się tej próby, być może, że będzie zmienione i zastosowanie różeg jako metody edukacyjnej u ludzi, chociażby na początek również tylko tytułem próby. (Wr. 28).

— h. — Rozporządzeniem ministeryalnem termometr Réaumur'a zostanie skasowany w Prusach od 1 stycznia 1901. Termometry R. nie będą już więcej podlegać kontroli rządowej; we wszystkich zakładach rządowych ma być wprowadzony ciepłomierz Celjusza.

— h. — Otrzymaliśmy 1-szy tegoroczny tom „L'année Chirurgicale“ (patrz „Kronika Lekarska“ 1900 № 6), obejmujący sprawozdanie za część roku ubiegłego. Wydawnictwo to brukselskie, pod redakcją p. Dr. Depage, istniejące rok drugi dopiero, odrazu zyskało sobie uznanie całego świata naukowego — zarówno swą pełnością jak i dokładnością streszczeń. Rok ubiegły zawierał ich 8,000!

Obecny tom ma 672 strony w dużej IV i zawiera 2696 streszczeń. Tomów w ciągu roku wyjdzie kilka w ogólnej objętości 2200 stron.

Streszczenia z prasy polskiej i rosyjskiej pisze Dr. Zofia Joteyko.

Prace polskie streszczane są dokładnie, korekta tytułów oryginalnych szwankuje jednak trochę. Znajdujemy w otrzymanym tomie streszczenia z prac ze wszystkich pism polskich oprócz właśnie „Przeglądu Chirurgicznego“. Widocznie, że pismo to nie dochodzi redakcyi „L'année chirurgicale“ i przeto główne prace chirurgiczne polskie nie zostają uwzględnione.

Do osiągnięcia tak obszernego i zmuszonego celu, jak ten, który sobie założyła redakcyja „L'année chirurgicale“, muszą w części przychodzić jej z pomocą i sami autorzy a zwłaszcza oddzielne redakcyje, a to w interesie sprawy ogólnej.

W swoim czasie pomieściliśmy odezwę p. Dr. Joteyko z prośbą do redakcyi czasopism lekarskich polskich o nadsyłanie jej po egzemplarzu swego wydawnictwa.

— h. — Prof. R. Virchow ogłosił w 159 tomie swego Archiwu następujące „wezwanie do autorów“, które może mieć zastosowanie



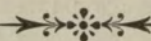
wszędzie, a zwłaszcza u nas, gdzie piśmiennictwo lekarskie wzoruje się niemal niewolniczo według modły niemieckiej.

Jako stary redaktor, który wiele się nacierpiał na tem stanowisku, prosi on autorów nadsyłających mu swe prace, aby mając na widoku objętość pisma, o ile można byli zwięzli, nie przytaczali niepotrzebnych szczegółów z historii chorób, badania zwłok, z przebiegu doświadczeń, a zwłaszcza aby nie pomieszczać tablic, które tylko nużą zecerów i czytelników.

Prosi dalej, aby nie poruszać kwestyi „pierwszeństwa“ (Prioritätsfrage) i nie podawać balastu cytat, branych zwłaszcza z drugiej lub trzeciej ręki, a często niedokładnych.

— h. — Chiny, którym Europa chce imponować swą cywilizacją, w wielu razach wyprzedziły swą nauczycielkę. Modna obecnie organoterapia i różne „opo“ preparaty są tam w szerokim użyciu. Według francuskiego lekarza Boufford, znającego dobrze medycynę chińską, — za najlepszy środek przeciw cierpieniom płuc uważany jest sok z macerowanych płuc świńskich. Przy dyzenteryi i przewlekłych cierpieniach kiszki podają się kiszki świńskie, przy migrenach — mózg świński. Sperma, jako potężne tonicum, wchodzi w skład różnych pigulek przeciw niedokrwistości, niemocy i t. d. Towaru dostarczają młodzi ludzie wchodzący z aptekarzami w pewne zobowiązania. Świeżo dostarczony towar obrabia się w postaci pigulek i t. d. (Wr. Pr. 30).

— h. — W niemieckich uniwersytetach daje się zauważyć stopniowe zmniejszanie się liczby studentów medyków — już od lat dziesięciu. Według „Münch. Med. Woch.“ było w roku 1890 we wszystkich wszechnicach niemieckich 8,844 studentów-medyków, w obecnym semestrze — 7,518. W tym samym czasie liczba prawników zwiększyła się o całe trzy tysiące: z 6,800 do 9,800.



Do numeru bieżącego dodaje się cyrkularz Apteki Fr. Karpińskiego o wodzie Contrexeville.

# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- I. Przypadek ciała obcego w krtani — Kazimierz Dudrewicz — str. 587.  
II. Przyczynek do leczenia szprycowaniami ostrej rzeżączki u mężczyzn —  
Edmund Kurella — str. 590.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

298. O. Hewelke. — Usposobienie do gruźlicy referat dla sekcji gruźliczej IX-go zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w 1900 r. — str. 594. 299. Prof. Kisch — O leczeniu otyłości — str. 601. 300. Th. R. Offer i E. Rosenquist — Odróżnianie mięs białych i ciemnych przy żywieniu chorych str. — 605. 301. Prof. P. K. Pel — O dziedziczności przewlekłego zapalenia nerek — str. 607. 302. P. Londe — Kilka przypadków białkomoczu familijnego (postać przepuszczająca) — str. 609.

### II. Choroby dzieci.

303. C. Baron. — O nerkach ruchomych u dzieci — str. — 612. 304. Cassel — Zapalenie nerek bez białkomoczu u małych dzieci — str.— 614.

### III. Choroby nerwowe.

305. Oppenheim — Encephalitis acuta non purulenta — str. 615. 306. Dr. Curt Pariser — Przewlekłe biegunki nerwowe i ich leczenie — str. 616. 307. H. Verger — O zmyśle mięśniowym z powodu kilku prac nowych — str. 620.

III. Wiadomości pomniejsze (308—316) — str. 627.

Kronika bieżąca — str. 629.

---

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

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 17 Июля 1900 года.