

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. Rozprawy. Dławiec i błonica podług prof. A. Montiego. Podał dr. A. Poznański. — Streszczenia i wyciągi. 78. Przyczynek do nauki o rozwoju tkanki tłuszczowej. 79. Przypadek *hystero-épilepsie épileptiforme*. 80. O białkowatych materyach w kefirze. 81. *Dyspepsia septica* i przeciwnie leczenie przewodu pokarmowego. — Przegląd bibliograficzny. Nerwice żołądkowe oraz ich leczenie. Sprawozdawca dr. Józef Poznański. (Ciąg dalszy). — Sanitarne wymagania dotyczące szkół i pensjonatów napisał dr. St. Markiewicz. (Ciąg dalszy). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

DŁAWIECI BŁONICA

(*Croup et Diphtheritis*, PODŁUG PROF. A. MONTIEGO)

Podał Dr. A. Poznański.

Przez krup klinicznie rozumiemy zbiór symptomatów które występując nagle i postępując szybko wywołują obraz zwężenia krtani (*Laryngostenosis*). Zmiany patologiczne które mogą wywołać ten obraz są:

1. Zapalenie nieżytowe błony śluzowej krtani z wysiękiem śluzoropnym. Forma kliniczna. *Laryngitis catarrhalis s. Pseudocroup*.
2. Z wysiękiem włóknikowym umiejscowionym na błonie śluzowej. *Laryngitis fibrinosa s. crouposa*.
3. Z wysiękiem włóknikowym na błonie śluzowej i wdrażającym w nią, *laryngitis diphtheritica*.

Laryngitis catarrhalis s. Pseudocroup.

Przez nieżyt rozumiemy zapalenie błony śluzowej z wysiękiem śluzoropnym. Jako przyczyny występują: wąska i delikatna krtan dzieci w pierwszych latach życia. Po 12 lub 15 roku gdy krtan zaczyna się rozwijać pseudocroupy są rzadsze. Często występuje jako komplikacja influenzy, koklusz, odry i t. d. Nieżyt krtani jest częstszym niż krup i błonica. Raz przebyty krup lub błonica na wzór ostrych wysypek ochrania od powrotów, pseudocroup przeciwnie usposabia do recydyw. Pseudocroup jako forma pierwotna występuje sporadycznie, dotychczas epidemii nie obserwowano. Komplikując inne choroby może występować epidemicznie. Nieżyt krtani nie jest chorobą zaraźliwą, przynajmniej dotychczas zaraźliwości nie stwierdzono. PAGENSTECHEK uważa chorobę tę za zakaźną, tak jak inne nieżyty. Fakt, że kilkoro dzieci jednej rodziny zapada na tę chorobę niczego nie dowodzi, gdyż mogły być wystawione na te same przyczyny wywołujące. Szczególnej skłonności do tej choroby nie napotykamy; przynajmniej jednak należy, że dzieci małokrwiste, skrofaliczne, a przedewszystkiem rachityczne daleko łatwiej zapadają, niż dzieci dobrze odżywiane.

Uspasabiają: chroniczne nieżyty gardzieli, powiększone migdały. Dzieci zupełnie zdrowe, zbyt wystrzegane przed zimnem, łatwiej zapa-

dają. Ztąd GUERSANT i GERHARDT twierdzą, że chorobę tę spotyka się częściej w stanie bogatym. SZTEINER utrzymuje, że jest chorobą dziedziczną. Jest rzeczą wiadomą, że niekiedy dwie lub trzy po sobie idące generacje zapadają na tę chorobę. Pseudo-croup występuje w każdym wieku. VOGEL utrzymuje, że dzieci przed przerżnięciem kłów rzadziej zapadają; zdania tego M. nie podziela, gdyż na 349 przypadków widział 72 u dzieci niżej roku. Statystyka autora pokazuje, że najczęściej występuje między 1-ym a 3-im rokiem. Po trzech latach ilość bardzo wyraźnie się zmniejsza. Co do płci, najczęściej zapadają chłopcy. Według HIRSCHA przyczyny wywołujące są: niska temperatura, szybkie zmiany, zbyt duża wilgoć, mianowicie w początkach i końcu zimy. Wilgotne dni w lecie i chłodne północne wiatry sprzyjają rozwojowi choroby. Najczęściej obserwowano ją na wiosnę i z początkiem lata. RAUCHFUSS utrzymuje, że przyczyny wywołujące mogą być też i mechaniczne, jak połykanie zbyt gorących potraw, wdychanie gorącej pary, długotrwały krzyk.

Zmiany anatomo-patologiczne dotychczas nie opisane szczegółowo, gdyż wypadki śmierci rzadkie; M. nie zdarzyło się jeszcze robić sekcji. Według NIEMEYERA, VOGLA, SZTEINERA zmiany te polegają na obrzmieniu, zaczerwienieniu nagłośni, strun głosowych i na złuszczeniu powierzchownej warstwy nabłonka. Gardziel przedstawia zmiany nieżytowe; ściana gardzieli bywa już to sucha, lub też pokryta śluzem.

Pierwszym znakiem rozwijającej się choroby jest szczególny kaszel, który występuje już to nagle, lub też po kilkodniowym, zwyczajnym nieżytowym. Kaszel ostry, krótki, szczebkający, występuje paroksyzmami, w krótkich odstępach. W początku choroby napady te są bardzo częste. Wprawdzie kaszel jest suchy, ale nie w tym stopniu, jak w krupie. Po kilku godzinach napady stają się rzadszemi, siła ich również się zmniejsza; z suchego staje się wilgotniejszym i powoli przybiera charakter nieżytowy. Jednakże po 24 godzinach może kaszel przyjąć znowu charakter krupowego, co mianowicie ma miejsce w nocy. Jako charakterystyczny znak podaje autor, że kaszel przy nieżycie krtani przybiera nagle charakter wyżej opisany, gdy tymczasem przy krupie i błonicy powoli się rozwija. Bywają przypadki nieżyty krtani bez kaszlu, a oznakami są: chrypka i zmiany w oddechu. Suchość kaszlu powstaje skutkiem obrzmienia i nierówności błony śluzowej. Drugim znakiem, mniej charakterystycznym i nie tak stałym, jest chrypka, niekiedy głos bywa czystym. Zwykle występuje później, niż kaszel i nie dochodzi nigdy do bezgłosu, jak to miewa miejsce przy krupie. Głos przy spokojnym oddechu jest ochrypły, przy krzyku czysty. Chrypka trwa zwykle dłużej, niż kaszel; tak długo, jak chrypka trwa, jest obawa o powrót choroby. Oddech przy nieżycie krtani może pozostać niezmiennym, lub też przedstawiać charakter mniej lub więcej laryngosteniczny. Wtedy jest trudnym, pracowitym, słyszalnym zdaleka, mianowicie wdechowi towarzyszy świst. Stosownie do natężenia choroby mięśnie oddechania pomocnicze zaczynają pracować i wtedy powstaje charakterystyczne wciąganie *in scrobiculo, in jugulo et in foss. supraclav.*

Częstość oddechu jest niezmienną; tylko w tych przypadkach oddech jest częstszym, gdy do nieżyty krtani przyłącza się *tracheitis* lub *bronchitis*. Jako przyczynę ciężkiego oddechu należy uważać obrzmienie błony śluzowej krtani, zwężające jej światło. Jako charakterystyczną dla tej choroby cechę podaje, że objawy laryngosteniczne nie przedłużają się dłużej nad 48 godzin. Prócz tych objawów mogą, chociaż rzadko, wystąpić objawy kompletnej suffokacyi. Objawy te przy nieżycie występują już to nagle, już po poprzedzającym kaszlu suchym. Zaduszenie występujące w początku choroby jest tylko przy nieżycie. Napad taki występuje po największej części w nocy, po przespaniu spokojnem kilku godzin. Dzieci budzą się nagle, oddychając ciężko, niespokojne, rzucają się w przestrachu na łóżku, łapią się przedmiotów otaczających, chwytając otwartymi ustami powietrze. Twarz nabrzękła, pełna przestrachu czerwienieje, żyły silnie nabrzmiałe. Przyczyną tych napadów jest tylko obrzmienie błony śluzowej krtani. Z chwilą wystąpienia wydzieliny napad taki szybko przechodzi. Długość napadów bywa rozmaita: od 5 minut do pół godziny. Badanie laryngoskopijne u dzieci nadzwyczaj trudne, rzadko kiedy przedsiębrane. SCHNITZLER opisuje te zmiany, jako zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej gardzieli, migdały wystające, obrzęk języczka, głośnia obrzmiała i ciemno czerwona. Struny głosowe w przypadkach lżejszych zachowują swój właściwy kolor, w przypadkach cięższych silnie czerwone, poruszają się słabiej. Temperatura zachowuje się rozmaicie. W wielu razach jest normalną, w innych się podnosi, dochodząc do 40°, w dalszym przebiegu spada z chwilą wystąpienia wydzieliny. Jeżeli po nastąpionej wydzielinie temperatura nie opada lub też się podnosi, to wtedy jest oznaką występującego powikłania, jak *Bronchitis*, *Pneumonia* i t. d. Tętno nie przedstawia ważnych oznak. Ilość moczu zmniejszona, ciężar gatunkowy zwiększony z powodu znacznej ilości moczanów. Przebieg bywa rozmaity, niekiedy choroba w zarodku znika. Objawy występują tylko w formie kaszlu, chrypki i lekkiego podniesienia temperatury; do objawów stenozy nie dochodzi. Formy te nazywają nieżytem, zachowując termin pseudocroup do tych form, w których objawy stenozy występują. Niekiedy nieżyt nosa poprzedza, niekiedy zaś występuje z chwilą, gdy kaszel staje się wilgotnym. Jak już wspomniałem, napady chętnie wracają i to częściej w nocy, mianowicie obserwujemy to u dzieci rachitycznych. W pewnym przypadku przez 12 nocy z rzędu napady takie powtarzały się; rano dziecko przedstawiało tylko objawy zwykłego nieżyty. Jako charakterystyczny znak wspomnieć muszę, że przy nieżycie krtani nie wszystkie objawy stenozy występują równomiernie. I tak mogą być objawy silnej stenozy, kaszel suchy, a głos zupełnie czysty, lub też głos ochrypły, oddech utrudniony, a kaszel nie zupełnie suchy, lub też kaszel suchy, głos ochrypły, a oddech prawidłowy. Zejście najczęściej bywa pomysłne. Niektórzy utrzymują, że nieżyt przejść może w krup—ale niesłusznie. Niezbyt rzadko nieżyt krtani przechodzi na oskrzela i płuca i to najczęściej u dzieci niżej roku. Najczęściej *bronchitis* pojawia się, gdy objawy nieżyty krtani przechodzą.

Zejsście w zapalenie płuc może mieć miejsce, gdy choroba jest w pełnym rozwoju. Takie zapalenia przebiegają zwykle pomyślnie. Zapalenie płuc, występujące po zwolnieniu objawów nieżytych krtani, lub jako następstwo *bronchitis capillaris*, bywają najcięższe mianowicie u małych dzieci. Nadto ostry nieżyt może przejść w chroniczny, co rzadziej ma miejsce.

W rozpoznaniu kierujemy się następującymi danymi: 1) szybko i gwałtownie występujące objawy laryngostenozy, 2) krótkość napadu laryngo-stenicznego, 3) czas nocny, w którym napady zwykle występują. 4) ranne zwolnienie, nocne pogarszanie, 5) objawy stenozy nie prowadzą prawie nigdy do asfiksyi, 6) objawy stenozy, nierównomiernie rozwinięte, 7) częste recydywy.

Prognoza przedstawia się zwykle dobrą, chociaż ze względu na możliwą komplikację należy ją wypowiadać z pewną oględnością.

W leczeniu mamy następujące wskazania.

1. Unikać czynników szkodliwych pogarszających process nieżytowy.
2. Pobudzać błonę śluzową do wydzielin.
3. Działać odciągająco przez drażnienie skóry lub innych błon śluzowych.
4. Symptomatycznie leczyć groźne objawy.
5. Zapobiegać powrotom choroby.

1. Należy wystrzegać dziecko od wszelkich zmian temperatury; powinno ono pozostać w łóżku, tem. w pokoju 16° R.; powietrze w pokoju powinno być trochę wilgotnem i w tym celu stawiają się naczynia napełnione ciepłą parującą wodą. Szczególniej zaleca się ostrożność w przewietrzaniu pokoju. Dzieci w nocy często budzić, odwilżać gardło napojem, a w czasie napadu suchego kaszlu nie dać im spać.

2. Ciepłe okłady na szyję. GERHARDT zaleca z początku zimne, jednakże tylko ciepłe, czy to w formie kompresu Priesnitza, czy w formie kataplazmów najłatwiej wypełniają to wskazanie, suche ciepłe okłady nie wystarczają; okłady należy co 3—4 godzin zmieniać, kataplazmy częściej. W tymże celu podajemy napoje ciepłe i to w znacznej ilości jakoś napoju jest rzeczą obojętną czy to ziółka czy woda ciepła ocukrzona. Ciepły napój nie działa tylko odwilżająco ale także powiększając ciśnienie krwi i czynność serca zmusza błony śluzowe do szybszego wydzielania. Nadto zaleca się wdychanie ciepłej pary wodnej lub rozmaitych lekarstw. Jest rzeczą dziwną dla czego tak mało zwraca się uwagi na to wdychanie i dlaczego bywają one tak niedokładnie i niestarannie robione. Trudność zastosowania przy pewnej wprawie jest prawie żadną. Parę wodną stosuje się w ten sposób że dziecko trzymane jest nad naczyniem napełnionem gorącą wodą, wdychanie trwa od 5—10 minut i musi być powtarzane co godzinę. W przypadkach gdy objawy stenozy są groźne zaleca się inhalacya z ałunu za pomocą aparatu SIEGL'A. (*Rp. Aluminis crudi* 2,00, *Aq. dest.* 200,00) gdy inhalacyi robić nie można dobre są wdychania z olejku terpentynowego co się robi w ten sposób że do naczynia z gorącą wodą wlewa się 20—30 kropli olejku i trzyma się dziecko nad parą.

M. uważa inhalacye za środek niezmiernie ważny i skuteczny. Można do inhalacyi użyć rozmaitych płynów jak *Kali chloricum*, *Natr. bicarb. Aci. Boricum* (1^o/_o), *Natr. benzoicum* 3^o/_o, Gliceryny 10^o/_o, 1^o/_o roztworu kwasu karbolowego. Można też używać sublimatu ale w bardzo rozcieńczonym roztworze.

3. Odciąganie (*Revulsio*) można skutecznie za pomocą synapizmów postawionych na skórę lub też jak VOGEL radzi, podawaniem środków napotnych i moczopędnych. Podawanie ciepłych napojów wywołuje tę czynność. W ostatnich czasach w tym celu podawano pilokarpinę, ale bez skutku a niekiedy środek ten wywołuje niebezpieczne przypadłości. Piłajki są bezskuteczne, a w wielu razach szkodliwe. RAUCHFUSS podziela to zdanie.

4. Dla pokonania rozmaitych objawów stenozy wielu lekarzy zaleca środki wymiotne. W tym względzie dzieją się ogromne nadużycia. Doświadczenie uczy że środki te powinny być podane tylko wtedy gdy objawy stenozy występują groźnie. W początku choroby nawet i wtedy nie są wskazane gdyż stenozą zależy od obrzmienia błony śluzowej—środki te obrzmienia nie znoszą, dlatego najlepiej podaje środek wymiotny przy dłuższej trwającej stenozie i gdzie objawy te wywołane są przypuszczalnie przez nagromadzony śluz. Zaleca się zawsze emetyk i to w takiej dawce by wywołać wymioty jak najprędzej podając dzieciom przedtem dużo napoju by akt ten ułatwić. *Cuprum sulphur.* nie jest odpowiedni. Gdy jest skłonność do rozwolnień daje się *Inf. Cephalidis*. W ostatnich czasach zaczęto podawać apomorfinę jako środek wymiotny i wykrztuśny—po wypróbowaniu Autor go zaniechał. W celu uspokojenia napadu kaszlu podają niektórzy *Extr. hyoscyami* lub *Extr. cannabis*. Autor uważa za niewłaściwe te preparaty, i w ogóle radzi być ostrożnym z narkotykami. Jeżeli rzeczywiście napady kaszlu są silne i częste, to podać należy *Pulv. Doveri*. RAUCHFUSS, który również zaleca ostrożność radzi Codeinę. Dla pobudzenia błony śluzowej radzono alkalia jak *Natr. bicarb. Kali chlor.* itd. Zapisuje się je jednak tylko dlatego, by w praktyce prywatnej nie uchodzić w oczach publiczności za sceptyka zalecającego tylko kompresy i inhalacye. Salmiak był również zachwalany, i to jak SZTEINER radzi gdy kaszel jest suchy. Z alkaliów na największe zaufanie zasługuje jodek potassu. Podczas gdy kaszel jest wilgotniejszym przepisuje się *Inf. Cephal.* z dodatkiem *Liq. Ammonii anisati*. Jeżeli pomimo tych środków objawy stenozy nie ustępują i mogą stać się groźnymi z powodu zatrucia k. węglanym to należy wykonać tracheotomię.

5. By zapobiedz powrotom należy: gdy hypertrophia migdałów jest przyczyną usposabiającą, przedsięwziąć tonsillotomię, jeżeli niezbyt gardzieli, to leczyć za pomocą insuflacyi lub szprycowaniem ałunu. Jeżeli przyczyną będzie małokrwistość, skrofuly, lub krzywica należy stany te za pomocą środków dyetetyczno-lekarskich usunąć. Zaleca się pobyt przez zimę w Meranie, Arco, Mentonie, latem wystrzegać się należy wysłania w góry w których są częste i nagłe zmiany temp. Skutecznymi są: kąpiele żelazne, słone, morskie, zimą tran. Dzieci chowane delikatnie należy hartować przez

wycieranie ciała wodą która z początku powinna mieć 24° R. stopniowo zniżać aż do temp. wody źródlanej. Wycieranie robi się bezpośrednio po rannem wstaniu z łóżka. U dzieci rachitycznych, skrofulicznych zaniem przystąpi się do hartowania należy przez odpowiednią kurację stan ich poprawić. Starszym dzieciom mającym niezbyt gardzieli zaleca się wody alkaliczne, małokrwiąstym żelazne. (d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

78. M. JAKOWSKI. *Przyczynek do nauki o rozwoju tkanki tłuszczowej.* (Osob. odb. z ksiąg. pamiąt. wydanej na cześć 25-letniego jub. dział. nauk. prof. H. Hoyerera str. 24 tab. I. Warszawa 1884). Autorów piszących dotąd o tkance tłuszczowej i jej rozwoju można rozdzielić na dwie grupy: do pierwszych, uważających tkankę tłuszczową za oddzielny rodzaj tkanki, jak np. tkankę łączną mięsną i t. p. należą: TOLDT, LOEWE, RANVIER i FREY do drugich uważających ją jako jedną z odmian zwykłej tkanki łącznej, FLEMMING i CZAJEWICZ. Do tych ostatnich wypada zaliczyć i autora podanej w nagłówku pracy. Badań swych dokonał J. na młodych szczurach, świnkach morskich, królikach, psach, kotach, na zarodkach tychże zwierząt i na dzieciach, a także na tych samych zwierzętach dużych; tkanki badał już to bez żadnych odczynników, już to barwiąc kwasnemi barwnikami anilinowemi lub kwasem osmowym; często bardzo wstrzykiwał do środka tkanki roztwór kleju z gliceryną, aby w ten sposób rozsunąwszy oddzielne elementy tkanek lepiej je uwydatnić. Komórki tłuszczowe całkowicie wytworzone są albo okrągłe albo też jak zwykłe komórki tkanki łącznej wrzecionowate lub nawet gwiazdowate. Każda komórka zawiera po jednej dużej lub kilka małych kropelek tłuszczu. Jądro komórek tłuszczowych leżące w wązkim pasku protoplazmy otaczającej kropkę, niczem nie różni się od jąder zwykłych komórek tkanki łącznej, jakkolwiek uprzednio LOEWE upatrywał między nimi bardzo wydatne różnice. Nie zauważył też autor żadnej różnicy w budowie protoplazmy, leżącej około samej kropki tłuszczu i na obwodzie komórki jak tego chcą TOLDT i LOEWE, wszędzie jest ona jednakowo ziarnistą, a pozorne różnice zależą tylko od niejednakowego załamania światła, obok kropki i na powierzchni komórki. Komórka tłuszczowa nie posiada żadnej błony, o której uprzednio pisano zawsze. Błędem jest według J. zdanie TOLDT'A, iż tkanka tłuszczowa posiada swój własny niejako systemat krwionośny i każda komórka jest otoczona naczyнием włosowatym. Zgodnie z FLEMMINGIEM widział on bardzo często całe zraziki tłuszczowe zaledwie z jednym lub parą naczyńcami włosowatemi; z drugiej strony widział często liczne kapillary łączące się z naczyńcami krwionośnemi, leżąciami pośród komórek tłuszczowych, a nie mające w sąsiedztwie ani jednej komórki tłuszczowej lub nawet ani śladu że w tem miejscu mają się też komórki wytworzyć. Trudno przeczyć że tkanka tłuszczowa należy do bardzo bogato unaczynionych, lecz zdaniem autora twierdzenia TOLDT'A winny być w znacznym stopniu zmodyfikowane. Co się tyczy wreszcie rozwoju komórek tłuszczowych to nie powstają one według autora ani ze swoistych okrągłych tworów komórkowych jak twierdzili TOLDT i LOEWE, ani z komórek plasmatycznych, jak opisywał WALDAYER, ani z ciałek wędrujących, co znów przyjął C. i F. E. HOGGEN'OWIE, lecz z zwykłych komórek tkanki łącznej, gdziekolwiek bądź ona się znajduje, jakkolwiek są miejsca, gdzie tak o-

wa posiada szczególniejszą własność do przeistaczania się w tkankę tłuszczową. Autor widział krople tłuszczowe słabo łamiące światło, zbierające się pośród protoplazmy komórek tkanki łącznej, krople zbierają się następnie po kilka razem w większe, a te ostatnie w jedną dużą kroplę wypełniającą całą prawie komórkę, jądro zostaje spłaszczone i odsunięte ku brzegowi komórki. W miarę powiększania się kropli komórki z wrzecionowatej lub gwiazdowatej przyjmuje postać kulistą. W tem co dotąd nadmieniliśmy autor najzupełniej zgadza się z FLEMMINGIEM, dodaje zaś ze swej strony bardzo ważny szczegół, że oprócz wytwarzania się tłuszczu w całkowicie zorganizowanych komórkach tkanki łącznej, takowy zbiera się w zupełnie młodych komórkach, w których daje się jeszcze spostrzegać obrazy podziału jąder lub takowy tylko co się dokonywał. Z różnych okresów podziału jąder J, widywał najczęściej t. zw. okresy z wítka, wieńca i gwiazdki, na które według badań MAYZLA najczęściej natrafia można u zwierząt wyższych. Najczęściej widział autor małe kropelki tłuszczu zjawiające się w dwóch leżących obok siebie tylko co wytworzonych komórkach tkanki łącznej, noszących jeszcze ślady podziału jąder. Podziału już całkowicie wytworzonych komórek tłuszczowych autor ani razu nie spostrzegł. W miejscach wytwarzania się komórek tłuszczowych z gotowych komórek tkanki łącznej lub podziału tych ostatnich, zawsze widywał J. bardzo obfite nacieczenia ciała wędrujących. Pomiędzy tłuszczem zawartym w niewielkich kroplach a tłuszczem znajdującym się w dużych kroplach wypełniających całkowicie wytworzone komórki, zachodzi pewna różnica co do składu chemicznego. Pierwsze posiadają zdaje się dość sporą domieszkę białka, czego ostatnie nie mają; tak przynajmniej wnosić można z zachowania się ich względem barwników anilinowych (fioletu gentianowego) pierwsze barwią się nimi bardzo dobrze, gdy drugie wcale się nie barwią. Co się tyczy wreszcie samej sprawy wytwarzania się tłuszczu to autorowi najprawdopodobniejszą zdaje się teoria FLEMMINGA t. z. *Impletionstheorie*; komórki tkanki łącznej przerabiają w sobie materiał dostarczony przez naczynia t. j. tłuszcz w stanie rozpuszczalnym, a wynikiem tej przeróbki są krople tłuszczowe zbierające się pośród protoplazmy komórek.

D.

79. **Przypadek hystéro-épilepsie épileptiforme.** Prof. CHARCOT w wykładzie klinicznym, przedstawia bardzo interesujący przypadek chorobny, zasługujący szczególnie na uwagę lekarzy praktycznych, ze względu na rokowanie i rozpoznanie różniczkowe. Młoda kobieta, od dawna doznawała napadów hysteryczno-padaczkowych (*hystéro-épilepsie*) które przedstawiały cztery zwyczajne fazy: 1) Fazę padaczkowatą (*épileptoïde*). 2) Fazę kurczów. 3) Fazę rzucania się (*passionelle*) i 4) Fazę obłądki (*du délire*). Ale w tych napadach to było najcharakterystyczniejsze, że owe napady padaczkowate, objawiały się w postaci seryi napadów, trwających po kilka dni i ogromnie licznych. Tak dalece, że niepodobna było oznaczyć dokładnie, czy te napady są prerodzeniem hysteryi, czy stanowią jej powikłanie. A oznaczenie to jest niesłychanie ważnem, dla rokowania. Jeżeli bowiem napady te są tylko natury padaczkowatej (*épileptiforme*), to bez względu na ich liczbę i czas trwania, zawsze się skończą pomyślnie; jeżeli jednak są one objawem padaczki prawdziwej, to przy takiej częstości i liczbie, mogą się skończyć fatalnie, szybką śmiercią chorego. Napady te, a raczej te okresy napadów, przedzielały krótsze lub dłuższe przestanki, a każdy zaczynał się kurczami stałemi (*spasmus tonicus*), po których następował okres kurczów drgawkowych (*spasmus clonicus*), poczem następowało zwolnienie członków i chrapanie. Każdy okres poprzedzał pewien rodzaj krzy-

ku. Drgawki dotykały przeważnie prawej strony. Ucisk jajników i naciekanie kolumny kręgosłupowej, nie miały żadnego wpływu na ich trwanie, ani ich naturę lub natężenie. Chora ta nigdy nie kaleczy sobie języka, bardzo rzadko się pieni, nigdy nie oddaje mimowolnie moczu, podczas całego trwania napadu. Napady te nakoniec, grupują się w okresy, z 30 do 40 mniejszych napadów składające się, czasem nawet i z większej ich liczby. Następują bezpośrednio jedne po drugich, bez przerwy i kończą się szczególnego rodzaju pobudzeniem. Przechodzenie to cechuje się rodzajem pobudzenia, wśród którego chora skacze w nogach swego łóżka, następnie chowa się pod kołdrę i nagle przychodzi do siebie, doświadczając tylko mniejszego lub większego zmęczenia, i skarżąc się na gorąco i poty. Zresztą niedoświadcza niczego, tak że w chwil kilka, zupełnie do zdrowia powraca. Otóż to napady padaczkowate (*épileptiformes*) przedstawiają się zupełnie inaczej niżli napady padaczki prawdziwej (*attaques épileptiques vraies*), po których następuje zawsze prawdziwa śpiączka (*coma*) głęboka. Chora w ciągu dni kilku przeżyła przeszło 1000 napadów, podzielonych na oddziały, 1-go dnia, miała ich 113, nazajutrz liczba ich wzrosła do 230, podzielonych na 5 oddziałów, następnego dnia przeżyła 380, w 9-ciu odstępach, nareszcie, w ciągu ostatniej doby liczba ich doszła do 700, a w dniu gdy CHARCOT, chorą tę w klinice przedstawił, przeżyła 43 napady, bez żadnej przerwy. Najgodniejszą uwagą w tej kobiecie, jest ta okoliczność, że nie tylko same ataki przedstawiają postać padaczkowatą (*épileptiforme*), ale jeszcze i to, że ataki te zjawiają się w pewnych oddziałach, każdy z nich poprzedza niezapowiedź (*aura*) ale zwyczajna niemoc, charakteryzująca się lekkim bólem głowy, niemiłym tętnieniem w skroniach, świstem w uszach, rozłamaniem, po których zaraz następuje napad. Zatem nie jest to padaczka właściwa, ale przeistoczona hystero-padaczka, i stan ten nazywa CHARCOT *hystéro-épilepsie-épileptiforme*. Rozpoznanie dokładne podobnego przypadku, jest niezmiernie wagi pod względem rokowania, gdyż w przypadkach hysteryi padaczkowej (*hystéro-épilepsie*), napady podobnej siły i tak długo trwające, kończą się po kilku dniach śmiercią, kiedy w przypadkach o których tu mowa, z e j ś c i e j e s t z a w s z e p o m y ś l n e. Dla ułatwienia rozpoznania, ważnym w tym przypadku pomocniczym momentem, jest zachowanie się ciepłoty. W hysteryi padaczkowej, ciepłota nie przechodzi 38^o,2 do 38,4. W opisywanym obecnie, tak właśnie się zachowywała, raz tylko doszła do 38,6; przeciwnie w padaczce prawdziwej, już drugiego dnia ciepłota dochodzi do 39^o, potem 40^o, 41^o, a nawet 42^o, w dniach następnych. Prof. CHARCOT, miał sposobność obserwować jeszcze trzy inne przypadki *hystéro-épilepsie-épileptiforme*, a wszystkie tak samo się przedstawiały. We wszystkich taki sam był okres zapowiedni, cechujący się tylko ogólnym osłabieniem; w żadnym chore nie kaleczyły sobie języka; w żadnym nieoddawały mimowolnie moczu; we wszystkich nakoniec, napady kończyły się szybkim przebudzeniem, a chore, wchodziły zaraz w krąg swego zwykłego życia, niedoświadczając żadnych zaburzeń. Przypadki chorobne przez CHARCOT'A tu przedstawione, nieustępują żadnemu leczeniu, wszystkie możliwe środki stosowano napróżno. Chloroform, często skutecznie stosowany w hysteryi padaczkowej, okazuje się tutaj bezsilnym. Jednym słowem, postać chorobna nazwana przez CHARCOT'A: *hystéro-épilepsie épileptiforme* przedstawia uparte cierpienie nerwowe, które, na szczęście mimo swego natężenia, nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa i kończy się pomyślnie.

(*Gazette des hopitaux*. N. 104—84). Z. D.

80. 0 białkowatych materyach w kefirze. Dr. BIEL w Petersburgu (*Phar. Zeitschr. f. Russl.—M. Ch. Rundschau* 14 H. 1885). Autor znalazł w kefi-

rze kazein, albumin, lactosyntoniid, hemialbumozę i pepoton. Kazein w kefirze różni się pod względem jakościowym od kazeinu mleka, która to różnica polega na tem, że połączenie kazeinu z wapnem znosi się przez fermentację kefirową. Wskutek tego kazein w kefirze jest wolny i traci zdolność krzepnięcia z zaczynami (podpuszczkami). Podobny rozkład kazeinu dokonywa się i w żołądku przez działanie kwasów żołądkowych. Wskutek tego w kefirze to jest już dokonane, co w mleku musi sam żołądek dokonać i która to praca jest dosyć ciężką dla żołądka, działać na duże kawałki twarogu, ściętego przez podpuszczkę. Pepton znajduje się w małych ilościach w kefirze do 0,07^o/_o. J. R-i.

81. **Dyspepsia septica i przeciwnilne leczenie przewodu pokarmowego d-ra Schaffersa.** Dr. Achilles Rosé (*Med. Record — M. Ch. Rundschau* 14 H. 1885). Choroby mające charakter niestrawności gnilnej według autora są: niezły żołądka i kiszki, tyfus, krwawa biegunka, cholera. Przeciwnik nim stosują się właśnie środki, mające cechę środków przeciwnilnych, jak bismut, srebro, cynk, rozmaite preparaty żelaza, środki gorzkie, chinina, *nux vomica*, alkohol, sole alkaliu, kwas solny i t. d.; nawet jod i bromek potassu działają przy zaburzeniach przewodu pokarmowego jako środki przeciwnilne, a nie jako nerwowe. Autor od 1872 r. we wszystkich przypadkach *gastroenteritis* stosował z powodzeniem *magist. bism.* z *magnes. carb.* aa 1,00 przed każdym jedzeniem. Zachęcony doświadczeniami d-ra SCHAFFER'A ze środkiem *hydrarg. oxyd. flavum* podczas morskiej podróży 6 miesięcznej, ROSÉ również stosował ten środek z wybornym wynikiem w formie: *Rp. Hydrarg. oxyd. flav. 0,01, Sacchari albi 10,0, M. div. in. p. acq. Nr. 8.* S. codziennie jeden proszek. W krótkim czasie wszystkie dolegliwości trudnego trawienia ustąpiły, łaknienie się polepszało, siły się wzmagaly, i wygląd poprawiał. Środek ten w małych dawkach może być stosowanym jako leczniczy i zapobiegawczy, zawdzięczając swój wpływ przeciwnilnym swym własnościom. J. R-i.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

OSER: *Die Neurosen des Magens und ihre Behandlung.* — *Wiener Klinik* 1885 Nr. V. VI. p. 117—180. (Nerwice żołądkowe oraz ich leczenie).
Sprawozdawca dr. Józef Poznański.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 31).

Spotykamy też wymioty jako objaw częściowy w neurasthenii i hysterii, a jako odmienną postać wydzielić tutaj musimy wymioty wskutek nadczułości błony śluzowej żołądka; wprowadzenie do żołądka substancji pokarmowej, choćby w najmniejszej ilości, wywołuje natychmiast wymioty. Wogóle podrażnienie rozgałęzień nerwu błędnego, albo też ośrodkowej części pnia tegoż nerwu, po jego uprzednim przecięciu, wywołuje wymioty. Do wymiotów odruchowych w ściślejszem znaczeniu, zaliczyć musimy te, które wywoływane bywają przez podrażnienia innych gałęzi nerwowych, nie mających stosunku z żołądkiem. Przedewszystkiem mamy tu na względzie nerwy narządu płciowego, których pobudzenie wywołuje w drodze zwrotnej wymioty, niekiedy jeszcze w granicach fizyologicznego stanu ustroju (dojrzewanie, ciąża). Rzeczony nerwy mogą być podrażnione, albo przez ucisk, (a mianowicie zewnętrzny, wskutek obrzmienia lub zmiany w położeniu organów sąsiednich, wysięków, guzów i t. p. lub wewnętrz-tkankowy, np. wskutek wysięku, rozrostu tkanki łącznej, marskości), albo też przez targanie (przy opuszczeniu, wypadnięciu, tyłopochyłości ma-

cicy etc.), wreszcie wskutek obnażenia nerwów (przy owrzodzeniach, niezbytach i t. p.). Zdrażnienie w takich razach obejmuje zwykle i sąsiednie gałęzie nerwowe, niekiedy nawet cały układ nerwowy. Występują również wymioty przy podrażnieniach otrzewni (zapalenia, nowotwory), przy zmianie położenia i targaniu różnych organów (nerka ruchoma), i t. d. Natężenie wymiotów nerwowych bywa bardzo różne, od bardzo lekkiej do ciężkich postaci, poprzedzanych czasami rodzajem aury (nudności, przykre uczucia w okolicy żołądka, spluwanie śliny), a połączone z potem na czole, sinicą, zawrotem, odurzeniem, omdlewaniem. Postać bardzo łagodną, stanowi t. zw. *gastrorrhoea*; jestto zwracanie, peryodycznie kilka razy dziennie, lub beztypowo, niewielkiej ilości płynu bez resztek pokarmowych, bez objawów aury. Przypadki te bywają nader uporzędkowane. LEYDEN opisał szczególną postać peryodycznych wymiotów, trwających po kilka godzin, a w niektórych razach nawet 8—10 dni; wymiotom towarzyszą gwałtowne bólesci, często także silne bóle głowy, a nawet bredzenie, brzuch bywa przytem wciągnięty (zapewne wskutek skurczenia żołądka), zaś stolce zaparte. W czasie wolnym od napadów, chorzy mają się wybornie. Jestto więc nerwica nie tylko ruchowa, ale także czuciowa.

Leczenie bywa zwykle bezskuteczne, z drugiej strony choroba ustaje niekiedy sama przez się, bez wiadomej przyczyny. O ile można, należy usunąć przyczynę. Środka swoistego przeciw nerwowym wymiotom nie posiadamy, metoda mechaniczna nie odnosi skutku. Oprócz narkotyków są jeszcze zalecane, azotan srebra, jodek potasu, benzyna, kreozyt, chloroform, chloral, bromek potasu lub sodu, arsen. LEBERT zachwala ol. *petrae*, MÖLER inhalacye tlenu, w nowszych zaś czasach WEISS kokainę (w roztworze 0,15 na 140,0 wody co pół godziny, później co godzina dziecienną łyżkę), zaś TALMA nitroglicerynę (po $\frac{1}{3}$ miligr. w kapsułkach). Najważniejszą jest dyeta np. mleko mrożone. Niekiedy żołądek nie nie zatrzymuje, wtedy zachodzić może potrzeba żywienia chorego przez lewatywy peptonowe, a i leki także trzeba zadawać *per rectum* lub podskórnice. Na szczęście większa liczba przypadków uleczają się sama przez się, tam nawet, gdzie stan wydaje się rozpaczliwym.

B. Nerwice czuciowe. O czuciowych nerwach żołądka, wiadomości nasze są bardzo ograniczone; są to rozgałęzienia nerwu błędnego (SCHIFF), i o ile się zdaje, dochodzą także czuciowe włókna od nerwu sympatycznego (*plexus coeliacus*). Zmysł ciepłoty w żołądku, objawia się tylko jako uczucie ciepła lub zimna w okolicy odpowiadającej położeniu żołądka, po napoju o temperaturze od stroju odmiennej. Zmysł umiędziwienia, i w ogóle czucie jest bardzo niewyrobiane, w jednym nawet przypadku wyrwania kawałka śluzowej błony przez pompkę chorego tego nie czuł. Tylko okolica odźwiernika jest więcej czułą. Przepelnienie pokarmami lub gazami, żołądek zdrowy odczuwa jako uczucie pełności. Żołądek zdrowy ma właściwie tylko dwie sensacje, uczucie głodu i uczucie sytości. Oba uczucia mogą, w granicach jeszcze fizjologicznych znacznie się spotęgować. Dopiero w stanie patologicznym ujawniają się w sferze czuciowej żołądka różne przykre i bolesne sensacje, a najbardziej w tych stanach chorobnych, gdzie nie znajdujemy w danym żołądku zmian materyalnych i przypuszczamy takowe jedynie w czuciowym przyrządzie nerwowym. Objawy tych nerwic czuciowych, dają nam podmiotowe chorobliwe sensacje, które dzielimy na dwa działy:

1. Zboczenia sensacyj fizjologicznych. Fizjologiczne sensacje głodu lub sytości, mogą być chorobliwie zwiększone, zmniejszone i spaczone. Mogą też fizjologiczne te sensacje być zatracone. Bywają choroby

którzy przy należytem trawieniu nigdy nie są głodni, tacy co nigdy nie mają uczucia uasyceńcia, albo też obie sensacye mogą być utracone. Odmienne od głodu jest łaknienie czyli apetyt który nie wywołuje sensacyi w żołądku; głód jest uczuciem bezwzględny, apetyt odnosi się do pewnej potrawy. Właśnie w nerwicach spotykamy zbożenia apetytu, osobliwie zupełny jego brak, który Francuzi rozdzielają na obwodowy i ośrodkowy (*anorexie gastrique* i *anor. mentale*), dochodzi przytem do zupełnego wstrętu do wszystkich pokarmów, co doprowadzić może nawet do zupełnego wyniszczenia i śmierci; pośmiertne oględziny dawały wtedy zupełnie ujemny wynik. Apetyt może być skierowanym ku lub przeciw pewnym pokarmom (obrzydzenie do mięsa), albo też być zupełnie skażony. Głód może występować jako sensacya bolesna, jako ściskanie, ból w żołądku etc. które znika jak tylko chory przyjmie jaki posiłek. Jeżeli chorzy taki głodu niezaspakają, wtedy bolesne to uczucie staje się nieraz nie do wytrzymania i może doprowadzić do omdlenia, to też chorzy tacy noszą zwykle przy sobie w kieszeni coś do jedzenia. Odrębną postać nerwicy stanowi spętęgowanie głodu, żarłoczność (*bulimia*); występuje ona często napadami, którym towarzyszą inne także przypadłości nerwowe, niespokojność, obawa, majaczenia, omdlenia. Napady takie występują typowo o pewnej porze (np. w nocy), albo też beztypowo i chorzy pochłaniają wtedy olbrzymie ilości pokarmów. Rozwijają się też w końcu zaburzenia w trawieniu.

2. Sensacye chorobliwe. Jest ich bardzo wiele, niektórych chorzy nie są w stanie określić. Autor wyróżnia pewne ich grupy.

a) Uczucie ciepłoty i sensacye ruchowe. Palenie, bywa ciągle lub czasowe, lecz od sprawy trawienia niezawisłe; od zgagi jest uczucie to odmienne, a i alkalie go nie usuwają. Rzadziej zdarza się uczucie zimna. Sensacye ruchowe, jako uczucie falowania, kręcenia, występują przy niepokoju robaczkowym, lub też jako czyste podmiotowe uczucie. Wrażenie jakoby ruchów obcego ciała w żołądku. Uczucie tętnienia, miarowe (np. współczesne z tętnem aorty podczas napełnienia żołądka) albo niemiarowe. b) Mdłości i sensacye pokrewne. Mdłości są zjawiskiem częstym, towarzyszą różnym chorobom ośrodków, lub powstają drogą zwrotną od rozmaitych ognisk podrażnienia. Słabszym stopniem mdłości, a często wstępem do nich, jest uczucie ekliwości, lub jak mówią chorzy, „miękkości około serca”. Odmianę powyższej postaci stanowi tak zw. *défaillance*, t. j. uczucie ekliwości w żołądku połączone z uczuciem ogólnego osłabienia, dochodzące nawet do stanu omdlenia; sensacya ta przychodzi częstokroć w oznaczonych godzinach, nawet przy niepróżnym żołądku. c) Uczucie ściskania jest odmienne od bólu żołądka. Jeśli występuje przy czczym żołądku, jest napewno neurotycznej przyrody, jeśli przy pełnym, to odróżnienie neurotycznej jego natury jest ważnem, a przedstawia wiele trudności. d) Właściwe bóle żołądka, (*Cardialgia*, *Gastralgia*, *Gastrodynia*). Postacie ich są rozliczne, a i siedlisko bywa zmienne, charakter bólów nie da się dokładnie określić. W gwałtownych napadach może dojść do kollapsu, omdlenia, drgawek. Ból rozpromienia się nieraz na nerwy między-żebrowe i lędźwiowe, niekiedy także na brzuch, piersi, kończyny i głowę.

Opisane tutaj objawy nerwicy uczuciowych, komplikują się w rozmaity sposób, zatem obrazy kliniczne nie mają ostrych zarysów; niektóre postacie, bardziej wyraziste, a praktycznie ważne przytaczamy.

1. Nadczułość wyrażająca się jako ściskanie po każdym przyjęciu pokarmu, nazywane obecnie „niestrawnością nerwową”. Najbardziej uderzającym objawem jest ściskanie

w żołądku, występujące zaraz, lub w niejaki czas po przyjęciu pożywienia, trwające mniej lub więcej długo, niekiedy przez cały czas trawienia. Ztąd ogromna trudność odróżnienia nerwicy tej od cierpień materyalnych żołądka. Neuroza występuje u neuropatyków, lub też po wysiłkach umysłowych, wzruszeniach, towarzyszy też cierpieniom ośrodków, a także powstaje na drodze zwrotnej. Nieznośne uczucie ściskania podczas trawienia, powoduje iż chorzy coraz bardziej uszczuplają swą dycę, chudną, tracą siły, rozwija się niedokrwistość, atonia żołądka i kiszek, co wszystko umniejsza tylko błędne rozpoznanie nieżytu żołądka i kiszek. Tymczasem trawienie odbywa jaknajprawidłowiej, jak to stwierdzają odnośne badania. Zmuszając chorych do jedzenia, ci stopniowo przezwyeczają przykre uczucie ściskania, zaczynają coraz lepiej się żywić, a nawet nabierają ciała.

2. Nadczułość wyrażająca się jako gwałtowny ból po wprowadzeniu pokarmu do żołądka. Najmniejsze ilości pożywienia wywołują mniej lub więcej gwałtowny i długotrwały ból, uczuwany w okolicy nadbrzusza, w innych razach więcej rozprzestrzeniony, nieczem się nie różniący od napadu gastralgii. Przy takiej nadczułości błony śluzowej okolica żołądka może być nader czuła na dotykanie, a w niektórych przypadkach bywają także nadczułe i powłoki brzuszne; taka nadczułość ściany brzusznej może trwać jeszcze wtedy, gdy już nadczułość błony śluzowej ustąpiła (epigastralgia). Odróżnienie od wrzodu odźwiernika bywa tutaj bardzo trudne.

3. Nadczułość względem kwasu solnego. TALMA opisuje przypadki, w których wprowadzenie do żołądka rozcieńczonego kwasu solnego, wywoływało palenie w przetyku i żołądku, a nawet kurcze żołądkowe. Takież palenie objawiało się podczas trawienia, usuwała ból magnezja. T. nie podaje, czy istniała takż sama nadczułość względem wszystkich kwasów, co według autora zdarza się dość często.

4. Gastralgia gravis. ROMBERG i OPPOLZER wyróżnili z pomiędzy gastralgii odrębną postać, którą niezupełnie właściwie nazwali *Neuralgia coeliaca*. Autor spostrzegł przypadków takich 7, z tych 5 śmiertelnych, 1 znikł mu z oczu, 1 dotąd nieuleczony. Napady trwają bardzo długo, nieraz 1—2 tygodni bez przerwy, bywają bardzo gwałtowne; większość chorych staje się z czasem morfinistami. Nerwica ta wyróżnia się od innych kardialgii przez towarzyszące przypadłości ogólne, osłabienie, ciężki upadek sił, gwałtowne wymioty przy wprowadzeniu do żołądka minimalnych ilości pożywienia lub płynu, oraz częstą łączność z przewlekłymi chorobami ośrodków nerwowych. Autor sądzi, iż do działu tego zaliczyć także należy opisane przez LEYDENA, a powyżej przytoczone przypadki wymiotów peryodycznych.

5. Gastralgia przepuszczająca (intermittująca) jako objaw malarii. Oprócz kurczów żołądka, przychodzących regularnie o pewnej godzinie, wydarzają się jeszcze przypadki malaryjne, o regularnym lub nieregularnym typie. Boleści żołądka, wymioty etc., przychodzą napadami w pewnym typie, bez gorączki i powiększenia śledziony, a środki przeciwwzimmiczne znoszą takowe.

Przyczyny czuciowych nerwic żołądka są rozliczne, a często zupełnie niewiadome. Choroby mózgu mogą być połączone z podrażnieniem opuszkowych ośrodków nerwu błędnego, wpływy psychiczne, usilna praca umysłowa, lżejsze cierpienie mózgu, oraz zmiany w krążeniu, migrena, niedokrwistość mózgu, mogą dawać powód do podrażnienia czuciowych włókien żołądka. W chorobach rdzenia wydarzają się gastralgie, *crises gastriques*, np. przy wiaździe, stwardnieniach rozsianych, przy zapaleniach rdzenia podostrych. Mogą one zapowiadać wystąpienie wiaźdu. Ogólne cho-

roby układu nerwowego (*neurasthenia, hysterica*) idą często w parze z gastralgią i innymi uczuciami nerwicami żołądka (*hystérie viscéral, hystérie gastrique*). Podrażnienia obwodowe (owrzodzenia, blizny), podrażnienia zwrotne (cierpienia macicy, otrzewnej, wątroby, nerek, kamienie żółciowe, masy kałowe, targanie ruchomej nerki), mogą dawać powód do bólów i innych sensacyi w żołądku. Niedokrwistość, bladaczka, dna, zakażenie bagienne, otrucia, np. tytoniem, morfinizm, mogą dawać powód do uczuciowych nerwic żołądka, a w szczególności do gastralgii, zapewne wskutek złego odżywiania jądra n. błędnego, lub jego obwodowych gałęzi.

R o z p o z n a n i e. Nie wszystkie sensacje które chorey odnosi do żołądka, istotnie w nim się mieszczą; zdarza się często nadczułość skóry lub mięśni, nawet reumatyzm, w okolicy żołądka, które zdają się być żołądkowymi. Uważne badanie czyni rozpoznanie możliwem. Gdy nieprawidłowe uczucie istotnie odnosi się do żołądka, rodzi się pytanie czy nie polega ono na materialnej zmianie w tym organie. Wskazówki są następujące:

1. Przy nerwicy uczuciowej, trawienie odbywa się prawidłowo.
2. Fizykalne badanie żołądka nie wykazuje żadnej nieprawidłowości.
3. Znaczna część opisanych sensacyi, występuje przeważnie w okresie czczości żołądka, i w ogóle są one wydatniejsze w tej porze, aniżeli podczas trawienia.
4. Nerwice żołądka idą w parze lub poprzedzone bywają przez nerwice innych okolic. Przypuszczamy też nerwicę, gdy istnieją objawy cierpienia ośrodka, lub gdy znajdujemy ognisko możliwego podrażnienia zwrotnego.
5. Choroby materialne żołądka, nie ulegają wpływom moralnym i psychicznym, gdy nerwice mogą im zawdzięczać swe powstanie, pogarszają się wskutek takowych, albo zupełnie znikają.
6. Nadczułość ujawniającą się jako ściskanie po jedzeniu, trudno jest odróżnić od nieżyty żołądka. Oprócz przytoczonych wskazówek, pilne badanie całego ustroju, oraz obserwacya całego, często nadzwyczaj zmiennego przebiegu choroby, nieskuteczność zwykłego leczenia przeciw nieżytyowi, umożliwia rozpoznanie.
7. Ból nadczułościowy, występujący po wprowadzeniu pokarmu do żołądka, może udawać obecność peptycznego wrzodu; otóż przy wrzodzie zachodzi pewien stosunek bólu do rodzaju pokarmu, przy nadczułości zaś ból jest jednakowy, niezależny od rodzaju wprowadzonej do żołądka substancyi. Zresztą według doświadczenia autora, nadczułość nerwowa objawiająca się jako ból podczas sprawy trawienia, wydarza się tylko przy hysterii, co wielce ułatwia rozpoznanie.
8. Odróżnienie beztypowej kardialgii od wrzodu peptycznego, kamieni żółciowych lub nerkowych, bywa częstokroć trudne. Wystąpienie żółtaczki, odejście kamieni żółciowych, okazywanie się piasku lub krwi w moczu, dają cenne wskazówki. Przy bladaczce równie często wydarza się wrzód jak kardialgia i lekarz oględny przedewszystkiem odnośny przypadek winien traktować traktować jako wrzód żołądka.

(d. n.)

SANITARNE WYMAGANIA dotyczące szkół i pensjonatów.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 30).

Umywalnia mieści się w końcu obszernego pomieszczenia na poddaszu, a raczej na 4-em piętrze. Pomieszczenie to oświetlone jest oknami siodłowato w dachu umieszczonemi. Ściany tu całkiem są zajęte szafkami, z których każda opatrzona numerem należy do jednego z pensjonarzy i przezeń pod kluczem, jako skład jego ruchomości jest utrzymywana. Na środku znajdujemy tu duże stoły do czyszczenia rzeczy przeznaczone.

Uczniowie rano, w pantoflach, po schodach z korytarza w górę prowadzących, z ubraniem na ręku, przychodzą tutaj w towarzystwie nadzorców i tu ubranie miotelkami do porządku doprowadzają. Umywalnia składa się ze zbiornika pod samym dachem umieszczonego, do którego codziennie osobną pompką woda się dostaje. Zbiornik ten mieści około 200 garncy wody. Woda ze zbiornika tego spływa na dół i wlewa się do misek, które, w liczbie 10, umieszczone są stale w szerokiej drewnianej, lakierowanej podstawie, na 58 cm. (2 st.) nad podłogą, danej wokoło zbiornika. Każda miska ma swój kran bardzo łatwo poruszany. Miski są bardzo grube steingutowe, każda w *trop-plein* zaopatrzona. Po skończonym myciu pensyonarz miskę z wodą zabrudzoną odwraca do góry dnem na osi, na której jest stale umocowaną i wylewa jej zawartość do blaszanego zbiornika na podłodze umieszczonego, z kąd wprost woda ta rynną dostaje się do rynsztoka podwórzowego.

Sala **jadalna** mieści się na dole z wejściem wprost z westybiulu, po stronie frontowej gmachu. Jest to obszerna sala na 16 słupach żelaznych wsparta, oświetlona 5 oknami tego samego wymiaru co okna izb klasowych drugiego piętra i również w oberlichty zaopatrzonymi. Sala jadalna ogrzewana jest, jak już wyżej wspomniałem, za pomocą dwóch kaloryferów. Wentylacja tu odbywa się temi samymi środkami co w izbach klasowych, tylko dla niedopuszczenia wyciwów z jedzenia do klatki schodowej, niema oberlichtu nad drzwiami wchodowymi i drzwi te, o ile możliwości bywają zamknięte, Z chwilą opuszczenia sali jadalnej przez uczniów wszystkie oberlichty na półgodziny zostają całkowicie odemknięte. Podłoga jest dębowa, posadzkowa. Z sali jadalnej drzwi prowadzą na korytarz, do kuchni idący. Drugie na tejże ścianie umieszczone drzwi oszklone prowadzą do mieszkania przełożonego. Przy troskliwym spełnianiu przepisów regulaminu służbę obowiązującego, wyciwy kuchenne i wyciwy z samej jadalni do klatki schodowej, na korytarze i do izb klasowych się niedostają, kanałów wentylacyjnych, gazem opalonych sala ta dwa posiada. Powierzchnia podłogi w sali jadalnej wynosi 120 m. kw. (1440 st. kw.) a kubeczność 518 m. kub. (21600 st. kub.). Ponieważ w sali jadalnej na raz do stołu (6 stołów każdy na 10 osób) zasiada 60 uczniów wraz z dozorcami, przeto na jedną osobę wypada miejsca 2 m. kw. a przestrzeni 8½ m. kub. Są to wymiary bardzo wystarczające. WOLFHÜGEL w swych uwagach nad obowiązującymi w Bawaryi przepisami wymaga w salach jadalnych pensyonatów niemniej niż 3 m. kub. przestrzeni. Szkoła nasza daje przeszło dwa razy tyle. Naprzeciw wejścia do sali jadalnej, w westybiulu na prawo od wejścia, jest pokój, w którym urządzoną została umywalnia do mycia obowiązkowego rąk przez wszystkich pensyonarzy w chwili zabierania się do obiadu. W umywalni tej mamy 8 misek steingutowych, umieszczonych w wykrojach jednej ławy. Obowiązkowe mycie rąk przed zasiadaniem do stołu, wprowadzone już dawniej w pensyonatach i alumnatach francuzkich, jest stanowczo jednym z lepszych środków edukacyjnych w programacie higienicznego wykształcenia młodzieży: codzienne to przypomnienie wymagań schludności w obcowaniu z ludźmi! Sala jadalna jest oświetlona 10 lampami gazowymi.

Nadmieniam przytem, iż sala jadalna jest zarazem aulą, to jest salą uroczystych aktów naszej szkoły.

Niepotrzebuje tu wykazywać szczegółowo wielkiej wagi jaką ma **po-mieszczenie chorych pensyonarzy** w zakładzie wychowawczym i uwydatniać liczne trudności jakie się w tej mierze następują. Gdyby chodziło jedynie o danie wygody i zapewnienie spokoju każdemu obłożnie choremu, gdyby jednym słowem tylko o osobę danego chorego chodziło,

toby trudność niebyła wielką. Ależ w iluż to przypadkach chodzi o bezpieczeństwo całego ogółu zdrowych pensjonarzy, o zapobieżenie przeniesieniu się choroby z jednego choćby chorego na jego licznych, zdrowych towarzyszy! Trudności tu są tak wielkie że o rozwiązanie ich pomysły w pensjonatach niemieszczących się w lokalu specjalnie na ten cel zbudowanym mowy być niemoże i niezawodnie w takim razie słusznie zapytać się godzi, czyby nie należało zawsze w przypadku pojawienia się choroby zakaźnej, natychmiast usuwać danego indywiduum z zakładu? Smutne spostrzeżenia jakie niejeden z nas lekarzy w Warszawie miał sposobność robić nad rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych, mianowicie wysypek ostrych, wśród pensjonarek, z powodu niedostatecznej izolacji tych które pierwsze zapadają, przemawiają jak najmocniej za uciekaniem się do tego środka. W mieście naszym jednak odpowiednie pomieszczenie dziecka chorego na ostrą wysypkę jest absolutnie niemożliwym i dlatego pensjonaty, z całą świadomością niebezpieczeństwa, zatrzymują swoich odrovcych, szkarlatynowych i t. p. wychowanców na miejscu. Nasza szkoła jest stanowczo jedynym zakładem wychowawczym w Warszawie, w którym z góry obmyślano możliwie doskonałą izolacją chorych z cho robami zaraźliwymi.

Dla chorych w ogólności zakład nasz posiada pomieszczenia wielorakie. I tak, chorych z chorobami nieudzielającemi się i zresztą małej wagi ale wymagającemi leżenia w łóżku, pozostawia się w zwykłym miejscu w sypialni, gdzie, jak z powyższego opisu się okazuje dane są wszelkie warunki wygody i czystego powietrza. Obsługa, w osobie dozorczyń sypialni, jest stale na miejscu. Innych chorych tej samej kategorii, ale bądź to ze względu na młody wiek, bądź z innych względów, wymagających szczególnie czujnej opieki, mieści się w pokoju należącym do rodziny dyrektora, które to mieszkanie zajmuje parter oficyny. Ciężej chorych potrzebujących oddzielenia nie ze względu na niebezpieczeństwo zarażenia innych ale ze względu na konieczność spokoju, mieści się w jednooknowym pokoju sypialni, o którym na pierwszym miejscu w wyszczególnieniu przy opisie sypialni była mowa. Pokój ten ma komunikacją z całym lokalem sypialni. Przez zamknięcie drzwi komunikację tę przerywamy a korzystamy jedynie z drzwi wchodowych klatki schodowej wprost do rzeczonego pokoju prowadzących. Ponieważ pokój ten [ma przeszło 68 metrów kubicznych przestrzeni, przeto może się w nim mieścić ewentualnie dwóch chorych lub z chorym osoba stale dozoruująca. Najważniejszym wszakże jest pomieszczenie dla chorych we właściwej infirmerji, posiadającej warunki zupełnej niemal izolacji. Infirmeria ta, będąca na 3-iem piętrze składa się z dwóch pokoi, jednego znacznie mniejszego jednooknowego, północnego, przeznaczonego na sypialnię dla osoby dozoruującej, na umywalnię, kuchnię gazową i skład statków potrzebnych i z drugiego—właściwej infirmerji—dwuoknowego, południowego. Wymiar pokoiku mniejszego jest $6,20 \times 2,45 \times 3,45$ mt. = 51,40 mt. kub. ($21,5 \times 8,5 \times 12$ stóp = 2193 st. kub.) wymiar zaś pokoju większego połączonego z pierwszym drzwiami i ruchomym oberlichtem nad drzwiami jest $6,50 \times 6,20 \times 3,45$ mt. = 139 mt. kub. ($22,5 \times 21,5 \times 12$ stóp = 5805 st. kub.).

Ściany i sufit właściwej infirmerji są grubo olejną farbą niebieską pomalowane. Podłoga jest posadzkowa, dębowa, masą nie nasiąkalną napojona. Piec jest osobny w każdym z obu rzeczonych pokoi. W pokoju mniejszym jest w piecu nisza z kominem wentylacyjnym i kuchenką gazową. Wentylacja jest taka sama jak w izbach sypialnych. W kanale wentylacyjnym gaz pali się ciągle, z wyjątkiem pory, w której się ogień pali w piecu.

Infirmerya ta, w której, w razie potrzeby, dwóch i trzech chorych odpowiednio pomieszczenie znaleźć może, stanowi zakończenie zachodnie korytarza sypialni i drzwiami jest z korytarzem połączoną. Drzwi te jednak zamknięte, a w danym razie zakitowane zostają. Z małego pokoju infirmeryi drzwi prowadzą na kręte schody, wychodzące na podwórko gospodarskie, łączące się z ulicą przez osobną bramę, tak że lekarz, felczer, rodzina chorego i osoba dozoruująca wejść i wyjść może z infirmeryi niewstąpiwszy weale do lokalu sypialni, ani do lokalu szkoły, ani do bramy lub podwórza dla uczniów przeznaczonych. Istnieje jeszcze jeden rodzaj komunikacji pomiędzy infirmeryą a lokalem sypialni, mający na celu kontrolę nad infirmeryą ze strony zwierzchności zakładu i możność porozumienia się z lekarzem felczerem, dozorczynią bez wchodzenia do samej infirmacyi. Otóż cel rzeczony osiągnięty został przez danie okienka stałego, nieotwieranego, w ścianie dzielącej ostatnią sypialnię z pokojem właściwej infirmeryi. Okienko to zamykane jest nadto od strony sypialni okiennicą. Infirmerya z mieszkaniem przełożonego połączona jest tubą.

(d. c. n.).

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. W Warszawie przy ulicy Dzielnej otwarty został Zakład leczniczy dla nieuleczalnych chorych starszego felczera B e m a, Lekarzem Zakładu jest jeden z młodszych kolegów BAUMRITTER, który ma obowiązek, za stałe roczne wynagrodzenie odwiedzać raz a jeżeli zajdzie potrzeba 2 razy dziennie chorych. Jakiego rodzaju nieuleczalni chorzy mają być do Zakładu przyjmowani program nas nie objaśnia.

Zagraniczne. Dr. Fr. MERKEL z Królewca przedstawiony jest na profesora Anatomii w Gettyndze w miejsce zmarłego HENLEGO.

— Na granicy Hiszpańsko-Portugalskiej urządzono 4 kwarantanny lądowe, w których wycyscy przyjeżdżający z Hiszpanii przebywać muszą 7 dni.

— Rząd Austyacki wysłał do większych mocarstw zapytanie: w jaki sposób zamierzają się bronić od cholery Hiszpańskiej. Niemcy i Włochy odpowiedzieli że ograniczą się do nadzoru nad okrętami przybywającymi z Hiszpanii. Francya również zamierza śledzić okręty, a na lądzie dozorować będzie pociągi przybywające z Hiszpanii.

— Sąd cywilny dep. Sekwany zdecydował że jeżeli pacyent nie płaci lekarzowi honorarium za każdą wizytę to w razie wynikającej stąd skargi i wątpliwości pacyent powinien dowieść że liczba oddanych wizyt nie była właściwie przez skarżącego podana, a nie lekarz iż podaną przez siebie liczbę wizyt złożył.

— Dr GLUZIŃSKI i Dr SCHRAMM mieli w Krakowie odczyty habilitacyjne. Pierwszy na docenta chorób wewnętrznych, a drugi chorób chirurgicznych.

— Francuzkie rolniczo-gospodarskie Towarzystwo przyznało PASTEUR'OWI za jego wynalazki na polu chorób zaraźliwych nagrodę BAROTTE'A 3,400 franków.

— Francuzka Akademia nauk udzieliła BROWN-SÉQUARD'OWI za jego prace na polu fizyologicznem nagrodę w ilości 20,000 fr.

Zmarli. Dr. TOWIAŃSKI lekarz Drogi Żel. Warszawsko-Petersburskiej (brat Andrzeja) umarł w podeszłym wieku w Dynaburgu.

— Dr. Albrecht BUDGE professor medycyny w Greifswaldzie, a syn sławnego niedługo Anatoma Juliusza Budge, umarł przeżywszy lat 39.

REDAKTOR I WYDAWCA DR. G. Fritsche.

Дозволено Цензурою. Варшава 25 Юля 1885. Друк М. Зіемкіевіча Krak.-Przedm. N. 17.