

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5		na prowincyi	{	rocznie.....	rs. 6
		" 2 kop. 50	i w Cesarstwie		" 3			
		kwartalnie.....	" 1 " 25		z przesyłką:		" 3	

Redakcyja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TRESC: Spostrzeżenia z praktyki oftalmicznej D-ra J. TALKO. (Ciąg dalszy).—Spostrzeżenia z praktyki prywatnej. Przypadek złośliwego zapalenia okostni. Spostrzeżał Dr. Wł. WINNICKI. — Przegląd piśmiennictwa lekarskiego zagranicznego. O pożywieniu w chorobach, przez D-ra C. F. KUNZE. Podał Dr. Wł. KRAJEWSKI. (Dokończenie).—Wykłady kliniczne. O rozpoznawaniu i przyczynach władu płuc jednostronnego. Wykład prof. H. NOTHAGEL'A. Streścił Dr. H. KUSZKOWSKI. — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Zmiany anatomiczne przy porażeniu dziecicem pochodzenia rdzeniowego. Mal d'Alep.

SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI OFTALMICZNEJ.

D-ra med. Józefa Talko (z Lublina).

(Ciąg dalszy. Zobacz Nr. 27 i 30).

IV. Kędzierzak (*teleangiectasis*) górnej powieki, zniszczony zapomocą przewiązki.

Ciekawy okaz kędzierzaka, szybko powiększającego się, miałem sposobność obserwować u 10-miesięcznej Leosi K. z Kamionki. Rodzice tego dziecka opowiadają, że urodziło się ono z plamką na prawej górnej powiece, jakby od ukłócia szpilką pochodzącą. Obecnie ta mała plamka doszła do rozmiarów dość znacznego fioletowej barwy guza, mającego 1 centm. w średnicy, kształtu okrągłego; zajmował on środek powieki między brwią i rzesowym jej brzegiem. Guz napręzał się i ciemniał podczas krzyku dziecka. Ponieważ mieścił się w skórze, przeto postanowiłem oddalić go zapomocą przewiązki (*ligatura*). W obecności kol. PANKIEWICZA i JANKOWSKIEGO, przeprowadziłem pod guzem na krzyż 2 podwójne nitki i podwiązałem osadę nowotworu 4-ma pętłami; następnie okład zimny prowadzić poleciłem. Po 4-ch dniach stwardniały guz zaczął blednieć na wierzchu, dziecko spokojne, powieka nie spuchnięta. W około podwiązanego guza związałem mocno świeżą nitkę, przyczem ze środka takowego wydzielilo się nieco ropy; po 3-ch dniach guz zupełnie się oddzielił, pozostawiający poprzecznie-owalną dość czystą, niekrwawiącą ranę, którą przyżegłem kamieniem piekielnym.

Wyzdrowienie było zupełne przy pozostaniu powieki w prawidłowym położeniu.

Co się tyczy innych guzów przezemnie operowanych, to o tych tylko w krótkości tu wspomnę.

a) Tłuszczak (*lipoma*), wielkości kurzego jaja, wyluszczyłem włoscianinowi z Kurowa; wyrastał w okolicy brwi prawej.

b) Wodnisty torbiel, prząsniak (*meliceris*) wyluszczyłem 2 razy: raz u dziewczyny ze wsi Dyss, w okolicy nadoczodołowej, drugi raz u patrona S. na zewnętrznej części lewej dolnej powieki usadowiony.

c) Kaszak (*tumor cysticus*) raz wyrastał obok zewnętrznego kąta powieki, wielkości orzecha laskowego (rządca ze wsi Jakubowie); drugi raz w okolicy lewego worka łzowego: Daniel Karpowicz, mający 26 lat, obok żółzowych blizn na szyi, przez dwa lata miał guz wyrastający między nosem i wewnętrznym kątem powieki. Miał on wielkość niewielkiego kasztana, żółto przeświecający, mało ruchomy i nieco zakrywający oko, przez co zwiężał wewnętrzną stronę pola widzenia. Guz, w obecności kol. MELCERA i JANKOWSKIEGO, rozciąłem podłużnie, wycisnąłem ateromatyczną zeń zawartość, a sam torbiel wyciągnąłem szczypeczykami po kawałku, gdyż był stłuszczony. Przodkowa ściana worka łzowego pozostała nieuszkodzoną, co ułatwiło szybkie zabliznienie się rany.

d) Nic osobliwego nie przedstawiał przypadek rakowca (*canceroid*), Były to grzybowate nowotwory, wyrastające na spojówce lewej dolnej powieki przy jaglicowym zwyrodnieniu tejże spojówki oka.

e) Torbiel surowiezy spojówki (*cysta ser. conjunctivae*) wyrastał u kobiety na prawem oku, wywołując w nim swędzenie. Odległy 3^{mm} od zewnętrznego brzegu rogówki, torbiel nie większy od ziarna konopnego był przezroczysty, twardy i dość ruchomy. Usunąłem go jedynym cięciem nożyczek COOPER'A; zawartość była gęsta, wodnista.

f) Nakonieć obserwowałem bardzo ciekawy egzemplarz mięsaka (*sarcoma*) na obu gałkach u pewnej 50-letniej starozakonnicy. Przed 2-ma laty nowotwór począł wyrastać przy brzegu zewnętrzno-górnym lewej rogówki (*limbus conjunctivae*), którą następnie okrążył i zakrył zupełnie. Lecz co godne uwagi, iż przed 2-ma miesiącami takż sam mięsak począł wyrastać przy zewnętrzno-górnym brzegu prawej rogówki. O tym przypadku pomówię w innym miejscu obszerniej, jak na to zasługuje.

V. Półpasiec oftalmiczny (*Zoster ophthalmicus s. Zona frontalis*) i wyprysk powiek i rogówki (*Herpes palpebrarum et corneae*).

Chociaż obecnie literatura oftalmiczna liczy blisko 100 opisanych przypadków półpaśca, tej typowej naskórnej choroby, jednakże, o ile mi wiadomo, w polskim piśmiennictwie lekarskim nie znajdujemy ani jednego odnoszącego się tu spostrzeżenia, a Oftalmologii SZOKALSKIEGO zarzucała krytyka, iż nie uwzględnił w niej opisu tej postaci półpaśca. Brak ten jednakże był wspólny wszystkim do tego czasu wychodzącym oftalmologiom. Dopiero dzięki licznym (50) obserwacjom HUTCHINSON'A w „Ophthalmic Hospital Reports,” okulisci zaczęli zwracać uwagę na tę osobliwą, dość rzadką chorobę i już

mamy wiele artykułów—osobliwie godny odczytania D-ra COPPEZ'A (w *Annales d'Oculistique* 1873)—i prac inauguracyjnych (JACKSCH we Wrocławiu 1870, KOCKS w Bonn 1871, ABRAHAMSZ w Utrechcie 1872), treściwie traktujących o tym przedmiocie. Ja sam przed 4 laty drukowałem artykuł o półpaścu oftalm. w „Kawk. Medicin. Sbornik,” (Tyflis Nr. 9 str. 1—12,) podając 2 obserwacje, objaśnione fotografiami mych chorych. ¹⁾

Wyniki badania zwłok WEIDNER'A (*Berl. klin. Wochschr.* 1870) i WYSS'A (*Archiv f. Heilk.* 1871), przekonywają że półpasiec zostaje w zależności od zapalnego stanu zwoju (*ganglion*) GASSER'A, a szkoła Utrechtska (ABRAHAMSZ) widzi w tém zapalenie nerwu trójdzielnego (*neuritis v. primi trigemini*). Jest to choroba przeważnie ludzi niemłodych między 60—70 latami wieku (20%), dwa razy częściej nawiedzającą mężczyzn niżli kobiety (JACKSCH), i przytem częściej (KOCKS) objawiająca się na lewej (40) niżli prawej (28) stronie; rzadko bywa obustronną. Na 80 przypadków półpaśca gałka oczna (spojówka rogówka i tęczówka) cierpiała 46 razy. HUTCHINSON postawił jako pewnik, że gałka wtedy tylko cierpi przy półpaścu, gdy prócz nerwów czołowych zajęte bywają i nosorzęskowe (*m. nasociliares*); wysypka bywa wtedy i na bocznej części nosa. W jednym przypadku poprzednio przezemnie spostrzeganym a także w niżej podanym, znajdujemy potwierdzenie tego zdania: u 1-go chorego miało miejsce zapalenie tęczówki, u 2-go rozmięczenie rogówki. Jednakże JACKSCH i KOCKS twierdzą przeciwnie, mówiąc iż bywają nieliczne przypadki cierpienia gałki nawet wtedy, gdy zajęty jest li tylko n. czołowy, bez udziału n. nosowego.

W Marcu r. z. leczyłem 60-kilkoletniego starozakonnego, który mnie wezwał z powodu świeżej utraty wzroku w lewym oku, w skutek zupełnego rozmięczenia całej rogówki (*ramollitio corneae*). Od początku choroby, którą przyjęto za różę (jak się to często zdarza) ubiegło już dni 10,—na lewej połowie czoła i odpowiedniej przodkowej części ciemienia, na lewych powiekach i całej lewej połowie nosa aż do jego wierzchołka, znalazłem już przysychające wypryski, nie przechodzące po za środkową linię ciała; na czole rozmieszczeniem swym wypryski te wiernie wskazywały anatomiczny przebieg 3-ech czołowych nerwów. Chory ten długo jeszcze uskarżał się na ból w lewej połowie głowy, cierpiąc od 2 lat na bezwład lewych kończyn w skutek połowicznego porażenia. Był to trzeci przypadek półpaśca oftalmicznego w ciągu 12-letniej mojej praktyki.

Podając te kilka słów o półpaścu, muszę powiedzieć, że kilkakrotnie szczególnie u dzieci, widziałem na powiekach grupę wodnistych pęcherzyków, zupełnie podobnych do pojawiających się na ustach (*herpes labialis*) a które, zdaniem mojem, nie mają żadnej styczności z półpaściem oftalm. powiek, dość często połączonym z nerwobólem czołowym i pozostawiającym po sobie mniej więcej widoczne blizny skórne. Na Kaukazie nieraz po kil-

1) Dr. KOŚMIŃSKI opisał dwa tego cierpienia przypadki w „PAM. TOW. LEK. WARSZ.” zeszyt I z r. 1874. (Red.)

kodniowej zimnicy pokazywały się u chorych takie wypryski jednocześnie na ustach, nosie, powiekach, a nawet na rogówce (*herpes corneae*) w kształcie małych pęcherzyków, które pękając pozostawiały okrągłe owrzodzenia, wywołujące światłowstręt i nieraz dość długo niezabliźniające się. U jednego nawet 27-letniego chorego (w lazarecie oftalm. na Bielanaeh) wypryskowemu owrzodzeniu prawej rogówki,—liczbą szarawych punkcików przypominających t. z. keratitis punctata, a które się rozwinęło bez poprzedniej zimnicy,—towarzyszyło iritis cum synechia posterior po stronie największego owrzodzenia. Wypryskowane to zapalenie rogówki (*herpes corneae*) zwykle towarzyszące wypryskowi powiek (*herpes palpebrarum*), i nazywane keratitis exanthematica, herpetica, pustularis, a nawet scrophulosa, niema żadnego związku z zolzami i nieokazuje tej skłonności do wznowień jak keratitis phlyctenularis na gruncie limfatycznym się rozwijające. (d. c. n.)

SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI PRYWATNEJ.

Przypadek złośliwego zapalenia okostni (*periostitis acuta, septica*); posocznica ostra (*septicaemia acuta*); śmierć.

Spostrzegał Dr. Wł. Winnicki.

W końcu października r. z., wezwany zostałem do chorego p. E. zamieszkałego przy ulicy Waliców. Po przybyciu na miejsce, dowiedziałem się, że choroba trwa już dni cztery i że chory czując się z każdym dniem gorzej, postanowił wreszcie zażądać pomocy lekarskiej.

Przyczyną choroby, według opowiadania chorego, miało być silne uderzenie się w dłoń ręki prawej o ciało twarde przy robocie za domem, w skutek czego chory doznał bólu w stawie napięstkowym, który po powrocie do domu starał się usmierzyć okładami z wody z octem; gdy to niepomagało, używał miejscowego moczenia w rumianku i brał sól angielską na przeczyszczenie. Badany o poprzedni stan zdrowia zeznał: że oprócz gościa (reumatyzmu) stawów, na który kilka lat temu cierpiał, żadnych ważniejszych chorób nieprzebywał, i że do obecnej chwili (50 rok życia), chociaż w ciągłej pracy jako piekarz z powołania, był zawsze zdrow, napojów wyskokowych używał mało i w ogóle prowadził życie wstrzemięzliwe.

Przy badaniu chorego przekonałem się, że stan ogólny jest bezgroźkowy, w narządach w klatce piersiowej i w jamie brzusznej zawartych, nic nieprawidłowego nie znalazłem; chory jedynie skarży się na zupełny brak łaknienia i czuje się bardzo osłabionym (leżał w łóżku), w szczególności zaś, najbardziej mu dokucza nieznosny ból w ręce prawej, który mu spać nie daje i że z bólu (jak się wyrażał) całe ciało pokrywa się potem. Przy obejrzeniu kończyny górnej prawej przedstawiła się ona obrzmiałą w stawie napięstkowym, obrzmienie to sięgało na powierzchnię grzbietowej ku górze: na cały palec wielki i do pierwszych członków czterech palców pozostałych, ku dołowi zaś stawu, na 2 cale. Na powierzchni

dłoniowej granice obrzmienia z powodu grubości skóry ściśle oznaczyć się nie dały, lecz były mniejsze, a po za obrzmieniem widocznymi były w kształcie promieni, w kierunku do stawu łokciowego, prążki czerwone. Najłżejsze dotknięcie wywoływało ból nieznośny, ruchy były prawie niemożliwe; przy dotykaniu palcami, szczególnie na powierzchni dłoniowej okolicy palca wielkiego wyczuwaliśmy stwardnienie (*induratio*), na powierzchni zaś grzbietowej ciastowatość (*pastositas*). Skóra w miejscu obrzmienia słabo zaczerwieniona, ciepłota podwyższona. Chelbotania nigdzie wysledzić nie można było. Zaleciłem: ciepłe okłady (kataplazmy) i kąpiel w rumianku kończyny dotkniętej; naleganie moje na zrobienie nacięcia (*incisio*), z powodu uporu chorego, spełzło na niczem.

Nazajutrz stan ogólny był o wiele gorszym. Chory noc spędził bezsenne; doznawał ziębienia, tętno 80, wypróżnienia słodcowe częste, wodniste, język podsychający, pragnienie umiarkowane. Oprócz obrzmienia na kończynach górnej prawej, widocznie obrzmiał staw łokciowy na kończynie górnej lewej, przyczem chory w nowo dotkniętem miejscu uczuwał ból nieznośny. Przepisano do wewnątrz mleczankę i nalewkę makowcową (*Emulsio c. T-ra opii*), zewnętrznie zaś do smarowania stawu łokciowego, chloroform z oliwą.

Dnia trzeciego: chory nie spał, miał dreszcze, rozwolnienie mniejsze, tętno 100. Wystąpiło bardzo bolesne obrzmienie stawu śródstopowego w obu kończynach dolnych. Lekarstwo do wewnątrz jak wyżej, zewnętrznie maść belladonowa z chloroformem do smarowania zajętych stawów.

Dnia czwartego: chory majaczy, na pytania mało odpowiada lecz przytomnie, bezsenność ciągła. Tętno 120 małe, miękkie, nieregularne. Najmniejsze poruszenie zajętych kończyn wywoływało u chorego krzyk bólesci. Przepisałem do wewnątrz rozczyń chininy i mleczankę z kamforą. W nocy dnia tegoż chory życie zakończył.

Przyznaję, że zdanie moje co do rozpoznania choroby, ulegało w jej przebiegu pewnemu wahaniu. Z początku sądziłem, że mam do czynienia z zastrzałem (*pararitium*), następnych dwóch dni, gdy stawy jeden po drugim sprawa chorobna zajmowała, sądziłem, że gościec stawowy wystąpił na widownię, tem bardziej, że chory już go poprzednio przebywał. Dnia czwartego i ostatniego zarazem, gdy ogólny stan chorego nagle się pogorszył, z objawów zebranych przy łóżku wniosłem, że mam do czynienia z ostrem gnilnem zakażeniem krwi (*septicaemia acuta*).

Pogląd mój na przebieg podanych objawów chorobnych jest następujący: Przyczyną choroby było uderzenie połączone z mocnym stłuczeniem ręki prawej, w skutek czego na powierzchni jej dłoniowej w częściach miękkich, tkanka łączna uległa ostremu zapaleniu (*phlegmone*). Wiemy z anatomii topograficznej ręki i palców, o ile miejsca te są skłonne do tego rodzaju zapaleń, szczególnie powierzchwnia ich dłoniowa z powodu właściwej budowy tkanki łącznej podskórnej. W miejscach tych proste ułknięcie może spowodować objawy zapalne a tem bardziej, jak w naszym przypadku, silne stłuczenie dłoni może być uważane za dostateczną przyczyną całej sprawy

chorobnej. Chociaż obrzmienie na dłoni ręki prawej, przy pierwszym obejrzeniu chorego, było mniejsze jak na powierzchni jej grzbietowej, to łatwo mogliśmy to wytłumaczyć obrzmieniem obocznym (*oedema collateralis*) wywołanem uciskiem naczyń, powstałym z odmiennego połączenia tkanki łącznej ze skórą na obu powierzchniach i z niejednakowej grubości skóry w tych miejscach.

Chory przez dni cztery przed naszym przybyciem nie zasięgał porady lekarskiej; niestety, czas ten stracony dla ratunku, stał się następnie dla chorego zabójczym. Usilnie przeczemu zachęcany do zezwolenia na wykonanie nacięcia na dłoni zajętej pierwotnie ręki, chory stanowczo odmówił i upornie obstawał przy tem, że tego zrobić nigdy nie dozwoli; ratunek więc nasz musiał się ograniczyć do środków ulgę przynoszących, a tymczasem miejscowa sprawa zapalna szerząc się w głąb' zajęła okostnią miejsca pierwotnie dotkniętego (ręki prawej), wywołując jej zapalenie ostre charakteru gnilnego (*periostitis acuta, septica*), przyczem ropa nagromadzona pod okostnią, uległszy szybkiemu rozkładowi gnilnemu, dostała się do ogólnego krwi obiegu i wywołała ostrą posocznicę (*Septicaemia acuta*). Zajęcie stawów w miejscach oddalonych tłómacząc obecnością we krwi wytworów rozkładowych płynnych, które działały jako miejscowy bodziec zapalny.

Choroba powyżej wspomniana (*periostitis acuta, septica*) należy do bardzo rzadkich, a w późniejszym wieku do wyjątków; występuje bowiem przeważnie w wieku młodocianym. Pomyłka w jej rozpoznaniu bardzo łatwa; dopóki bowiem objawy ogólne nie nastąpiły, z równem prawem mogłem wnosić, że mam do czynienia: z zastrzałem, z rozlanem zapaleniem (*phlegmone diffusa*), ze zwyczajnem ostrym zapaleniem okostni, a wreszcie z ostrym gośćcem stawowym. W tym przypadku uchronienie się od błędu w rozpoznaniu (w początkach choroby) tem było trudniejsze, że miejscowym cierpieniom (z wyjątkiem dwóch dni ostatnich) nietowarzyszyła gorączka, zwykle w podobnych razach występująca; jedynie tylko: gwałtowny ból, bezsenność i biegunka mogłyby naprowadzić na właściwy domysł z czem mamy do czynienia. Przyznaję, że niespotkawszy się nigdy z podobnym przypadkiem, nie mogłem z początku, przy tak niepewnych i różnie dających się tłómaczyć objawach, przypuścić powstania posocznicy.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO ZAGRANICZNEGO.

O pożywieniu w chorobach ¹⁾
przez Dra C. F. KUNZE z Halli a. S.
Podawca Dr. Władysław Krajewski.

(Dokończenie. Zobacz Nr. 34).

Zwracając się do drugiego zadania jakiegoś sobie przy zastosowaniu pożywienia krzepiącego postawili, a które polega na złączeniu względnie zniesieniu pewnych pojedynczych stosunków objawowych

w chorobach, przez odpowiednie żywienie; zobaczymy, że stosunki te są albo ogólnej przyrody (tu należą wysokie stopnie gorączki), albo też polegają na stanach pojedynczych narządów. Do ostatnich zaliczamy stany podrażnienia zapalnego rodzaju, zaburzenia nerwowe (ból), nieprawidłowy skład cieczy do trawienia służących etc.

Z wypowiedzianego wyżej jasnym się być zdaje, iż przy leczeniu chorób szczególną uwagę zwracać winniśmy na stopień gorączki. Widzieliśmy już kiedy i dla czego przy stanach gorączkowych wysokiego natężenia wypada działać wzmacniającem pożywieniem. Teraz chcemy pomówić o tem, kiedy można użyć powściągliwego pożywienia (*entziehende Diät*); postępowanie to polega na podawaniu takich pokarmów, które są mniejżywionem, to jest które tylko w małym stopniu mogą się przyczynić do utrzymania i odnowy tkanin ustrojowych, mianowicie istoty mięśniowej. Do takich ciał należą pokarmy skrobiowe (*amylacea*). Fiziologija uczy, iż żywienie składające się z samych wodorów węgla bez dodatku ciał białkowych, wzmagą ilość wody w częściach składowych (tkankach) ustroju, jednym słowem „zuboża ciało“ (*RANKE-Physiologie pag. 203*); doświadczenia przy łóżku chorego zebrane wykazują, iż chorzy przy takim pożywieniu podupadają na siłach, praca serca wolniej. Wyłączne więc żywienie ciałami skrobiowemi równa się głodowi, a ponieważ CHOSSAT dowiódł, że pod wpływem głodu ciepłota ciała się poniża, podwyższenie zaś jej znowu istotną właściwość gorączki stanowi, w ten więc sposób możemy przez podanie wyłącznie skrobiowego pożywienia działać ponizająco na samą gorączkę. Z uwagi na to, iż przy zapaleniach przez zmniejszenie gorączki załatwiliśmy się już z głównem zadaniem, po czem zmiany pozapalne same przez się ustępują zwykły, żywienie więc takie chorego zasługuje nie tylko na nazwę pożywienia powściągliwego, przeciwo-gorączkowego ale także „przeciwzapalnego.“ Pożywienie to jest wskazane w chorobach zapalnych, gdzie z powodu wysokiej gorączki grozi bliskie i doniosłe niebezpieczeństwo. A to właśnie ma miejsce przy bardzo ostrych w kilku dniach przebiegających chorobach, jak krupowe zapalenie płuc, mocne zapalenie opłucni, ostre wysypki etc. Jednakże tylko w obec takich groźnych stanów i u osób mocno zbudowanych, to żywienie stosować się godzi; przy długo wlokących się wyniszczających chorobach gorączkowych, w obec wyżej przytoczonych okoliczności, jedynie tylko żywienie krzepiące stosowaniem być winno. ¹⁾

¹⁾ Zupełnie zgodzić się wypada z Drem KUNZE, iż sposób ponizania gorączki z pomocą głodzenia ustroju chyba w niesłychanie rzadkich wypadkach zastosować się da, choćby tylko z tego powodu, iż niewiele znajdzie się jednostek, tak zasobnych od przyrody, któreby temu pokonywaniu podolały. Przynajmniej większa część zastępu chorych, jaki w szpitalach spotykamy, dobitnie zdanie nasze potwierdza. Wypada jednak wspomnieć, nie przesadzając skutków „powściągliwego żywienia,“ że nie tylko przez podawanie wodorów węgla można ustroj do zubożenia doprowadzić; weźmy którąkolwiek gromadę pokarmów, bądź ciał białkowe, bądź tłuszcze, karmmy wyłącznie nią istotę żyjącą, a wyniki będą te same, — wyniszczenie prowadzące do ustania życia. Wszak przed laty komisya Akademii Paryzkiej, której poruczono zbadać wartość pożywną kleju, wkrótce usmierciła psy wyłącznie nim karmione. Fiziologija nas uczy, że nieodzownym warunkiem do podtrzymania życia, całości i sprawności ustroju, jest pożywienie złożone (mieszane) w którym trzy główne gromady pokarmów (białko, wodany węgla i tłuszcze) są należycie uwzględnione. Już sama przyroda chemiczna każdego z przedstawicieli tych trzech gromad dowodzi, iż one się zamieniać nie mogą i tylko w połączeniu są w stanie zaspokoić różnorodne wydatki ustroju. Znaczenie wodorów węgla w sprawie życia wcale nie jest małoważne, wysoką ich wartość stanowi łatwość utleniania się (tak zwane pokarmy odde-

W chorobach przewlekłych zastosowujemy również nierzadko żywienie wyłącznie skrobiowe, np. przy leczeniu przymiotu, doświadczenie uczy, że w obec takiego postępowania objawy zarazy prędzej nikną. Poniżanie jednak zasobu sił ustrojowych nie powinno przekraczać pewnego kresu, a każdy doświadczony lekarz wie, że w takich, złe odżywionych chorobach przymiotem dotkniętych, tylko wtedy z dobrym skutkiem leczyć możemy, jeżeli przedtem siły ustroju podniesiemy z pomocą wzmacniającego postępowania. ¹⁾

chowe (*Respirationsmittel*, według dawnej teorii LIEBIG'A), w skutek czego przy użyciu ich stałe składniki ciała ochronione zostają. Nadto znane doświadczenia prof. PETTENKOFER'A i VOLT'A z Monachium, sprawdzone przez prof. FICK'A z Würzburga i WISLICE-NUS'A dowodzą, iż praca ustroju wykonywa się na ich rachunek.

Wspomnieć jeszcze wypada, że cukier wątrobowy (*Glycogen* CL. BERNARD'A) obficie znajdujący się i w mięśniach, jest także wodanem węgla; braknie nam tylko ostatecznego dowodu czy praca mięśni na rachunek tych związków się odbywa, to jedynie dziś wiemy, że przy skurczu kwas mleczny się wytwarza. Przy żywieniu chorych, wodany węgiel mają jeszcze tę wartość, że znoszone bywają w takich razach, kiedy białko (mianowicie zбите mięso) podane być nie może,—że więc do pewnego stopnia zaspakajają w skutek choroby wzmagającą się sprawę utleniania.

Że odżywianie według pewnych przepisów i w jednakowy sposób raz ubitą drogą odbywać się nie może, przynajmniej bez zmniejszenia dzielności pracy przyrządu samego, dowodzi tego potrzeba istnienia całego szeregu tak zwanych „środków użycia“ (*Genussmittel*—BIBRA) jak: kawa, czekolada, herbata, napoje wysokokowe, polewka i wyciąg mięsny LIEBIG'A, owoce i przyprawy, które chociaż nie posiadają obliczyć się dającej wartości pożywej, jednak w miarę użyte wywierają zbawienny wpływ podniecający na ustrój, już choćby przez samą różnorodność jaką w sposób żywienia wnoszą, a może istotnie, jak się udatnie wyraża prof. PETTENKOFER, mają takie znaczenie dla ustroju, jak smarowidło dla prawidłowej czynności maszyny. (*Przypisek podawcy*).

¹⁾ Przy leczeniu przymiotu w obec dzisiejszych zapatrywań bezwarunkowo nie ma wskazania do użycia głodzenia, świeże objawy przymiotu ustępują po większej części łatwo przy leczeniu rżęciovem, jeśli są upartsze, to należy mieć pewną nadzieję, że walka z przymiotem w danym przypadku będzie w przyszłości ciężką, wznowienia szeregiem występować zaczęła i doprowadzą do sietnicy (*cachexia*—wyraz polski który tu użyliśmy, pochodzi od słowa „sietnieć“ znanego u ludu w Krakowskim, posługiwał się nim prof. BENTKOWSKI w Krakowie, zdaje się być udatniejszym od wcale niezrozumiałego „charactwa“); w obec takich obaw nie wypadaloby więc osłabiać ustroju, ale przeciwnie, wzmacniać jego oporność podnosząc siły zawczasu, przeciw nie dającej się przewidzieć a często spotykanej złośliwości objawów późniejszych. Jeśli weźmiemy na uwagę to, co nam codziennie doświadczenie przynosi, że przymiot się bez wznowień prawie nigdy nie kończy, że w wielu już pierwszym jego objawom towarzyszy blednica (*chlorotische Erkrankung* VIRCHOW'A), a późniejszym sietnica, że zasób sił ustroju stoi najczęściej w ścisłym stosunku do złośliwości i uporu przejawów zarazy, to trudno będzie znaleźć porę, która by była stosowną do głodzenia chorego. Do najcięższych zadań lecznictwa przymiotu a może i najniewdzięczniejszych w wynikach, należy tak zwane „leczenie głodowe“ które na poniżeniu zasobu sił ustroju polega. Coraz szybsze i większe postępy nauki wykazują nam w obec niedokładności naszych zmysłów i środków badania, niedoścignionosić możności pewnego ocenienia głębszych spraw życia. Przypuśćmy, że E. WEBER'OWI udało się obliczyć bezwzględnie siłę danego mięśnia, ale to niezawodne, że siły tak złożonego przyrządu jak ustrój nigdy ołówkiem napewno oznaczyć się nie dadzą; prawdę tę czujemy dotkliwie kiedy nam chodzi o ocenienie zasobu żywotnego jakiejś jednostki, odpowiedzi nasze są jak można najbardziej wymijające, określa się to przez „mniej więcej“ i tylko wtedy nabieramy pewności, kiedy dany przypadek bijąco dodatnie lub ujemnie jest pod tym względem obdarzony; pośrednie stany uchylają się wszelkiej naszej ocenie. Jeśli nie mamy „siłomierzy“ które

Przy wszystkich chorobach przewlekłych, gdzie nam chodzi o postanowienie, jakie pożywienie jest odpowiedniejszem (czy wzmacniające, czy powściągliwe) rozstrzyga stan sił; ostatnie nie daje się nigdy zastosować, jeżeli objawy osłabienia się ujawniają. W wątpliwych przypadkach często skutki leczenia są wskazówką do czego się uciec należy, nierzadko bowiem następuje poprawa choroby dopiero ze zmianą pożywienia do ostatniej chwili podawanego. Dr. KUNZE wspomina wysięki opłucni, nieżyty płucne rodzące obawę rozwoju suchot w przyszłości, stany, które mimo pierwiastkowego pochodzenia zapalnego, nigdy się pod wpływem przeciwzapalnego pożywienia ulczyć nie dają.

Co się tyczy stanów pojedynczych narządów, które wymagają wyłącznych zarządzeń w pożywieniu, to tu należą szczególnie stany podrażnienia zapalnej przyrody. Takie właśnie spotykamy przy nieżytach gardzieli, krtani, oskrzeli, jelit i innych błon śluzowych.

Przy nieżytach jelit z częstą biegunką, zaleca się kleiste odwary ciał skrobiowych (jak krupy owsiane, korzeń storczyka (*salep*), mączka kruchli trzciniowej (*Arrow-root*), a jeżeli nieżyty tego rodzaju występują u dzieci w pierwszych latach życia, poleca się zupełnie zaniechanie użycia mleka, które w żołądku krzepnie pod postacią zbitych brył sernika, a przytem i tłuszcze w mleku zawarte są trudno strawne (chyba tylko w danych warunkach,—*podawca*). Kleiste odwary działają łagodząco (*emolierend*) zatem są zupełnie odpowiednie, jeżeli wypada nam podejrzewać, że cierpienie łączy się z podrażnieniem jelit. Stosownem jest również z tego samego powodu zalecanie enem klejkich (z ciał skrobiowych) przy nieżytach jelit grubych. Dr. KUNZE zwraca uwagę na błąd, który jak twierdzi, starsi, doświadczeni lekarze popełniają myśląc, że przy częstych biegunkach zawsze stan podrażnienia w jelitach przypuszczać należy i że dla tego, klejkie, skrobiowe pożywienie stosowanem być winno. Przypuszczenie to jednak w wielkiej liczbie przypadków tego rodzaju, przewlekle przebiegających, którym towarzyszyć zwykło bębnowe rozdęcie brzucha, wcale się nie sprawdza. U małych dzieci znajdujemy błony jelitowe jak pęcherz nadęte, przejrzyste, blade, zcienziałe, bezkrwiste, a jednak stan podrażnienia rozpoznać się nie daje. Jeżeli w takich przypadkach pozostawi się chorych przy skrobiowym pożywieniu, to można zyskać tylko to, że biegunka będzie występowała naprzemian z zaparciem stolca, w ten sposób, że na kilka dni rozwolnienie ustaje a potem jelita w gwałtowny sposób uwalniają się od nagromadzonej ilości rzadkiego kału; chorzy niesłychanie upadają na siłach, a przy badaniu wydalonych mass znajdujemy istoty skrobiowe w pokarmach podane zupełnie niestrawionemi; „odżywianie“ więc takie jest istotną mrzonką. W takich razach najlepsze pożywienie stanowi

by nam do wykrycia wielkości danego sił zasobu dopomogły, to czemuż mamy się kierować przy ich poniżeniu, żebyśmy zadaleko na tej drodze nie zaszli, chociaż, co prawda, łatwiej by się to nam udało mogło, niż w tych razach, gdzie o podniesienie upadającego ustroju chodzi. Spostrzeżenia, które nam mówią, że przy głodzeniu objawy przymiotu prędzej znikają, mogą być zupełnie wiarogodne na daną chwilę, ale czy kto pytał o przyszłość tych chorych, czy doszło do wiadomości spostrzegaczy wiele oni potem przebyli wznowień i do jakiego stanu doszedł ów ustroj w którym siły starano się poniżyć? Kręćąc się w zaczarowanym kole przypuszczeń nie można mieć żadnej pewności w działaniu, a pociecha danej chwili może się okupić gorzkim rozczarowaniem w przyszłości. Twierdzenia więc na drodze nieświadomego działania zdobyte, w porównaniu z wynikami jakie dzisiaj szysy sposób leczenia przymiotu przynosi, mogłyby mieć wartość w nauce chyba tylko wtedy, jeżeli przyjmujemy zasadę: „*stat pro ratione voluntas.*“ (Przypisek *podawcy*).

polewka mięsna (najlepiej z mięsa gołębi) ¹⁾ obok tego usiłujemy przez podanie saletranu srebra przywrócić błonie śluzowej jelit prawidłowe stosunki; w taki tylko sposób postępując można oczekiwać pomyślnych wyników.

1) Starodawne podania uczą nas, że najmocniejszą polewkę dostarcza mięso kurze i gołębie, potem cielęce, a na koniec wołowe. Twierdzenie to mogło się ostać w czasach, kiedy skład chemiczny mięsa, jak i sposób gotowania go były jeszcze mniej znanymi niż dzisiaj, a w skutek tego wartość polewki mocno przeceniano. Obecnie z rozmaitych rozbiorów (SCHLOSSBERGER, BIBRA, GORUP-BESANKEZ) dowiedzieliśmy się, że jakkolwiek w mięsie rozmaitych zwierząt zachodzą pewne wahania co do składników, którymi się jego wartość pożywna ocenia, jednak różnice te są tak małej wagi, iż więcej znaczenia mają dla rozbiorów chemicznych, niż dla odżywiania, a nadto dotyczą takich części składowych (białko), które do polewki w małej ilości przechodzą. Mięso gołębi tem się różni od innych, że jest ściśliwsze, zawiera mniej wody, mogłoby więc być pożywniejszem gdyby jako takie użytem zostało; w polewce jednak ten wzgląd traci swoje znaczenie. Jedna tylko okoliczność może wspierać te przesadne mniemania o dobroci polewki z rozmaitego rodzaju mięsa przyrządzanej, a tą jest odkrycie LUEBIG'A, że mięso kurze daje nieco więcej części rozpuszczalnych. Według niego, z 1000 części wymoczonego w zimnej wodzie mięsa wołowego, rozpuszcza się 60 cz.: 29,5 białka i 30,5 soli rozpuszczalnych i istot wyciągowych; — z takiejże ilości kurzego otrzymał on oprócz białka 33% innych pierwiastków i to niby ma stanowić wyższość pożywną polewki kurzej. Jeżeli jednak zwrócimy uwagę na sposób gotowania nie wsparty żadnemi chemicznemi wiadomościami, na „szumowanie“ albo cedzenie przez płótno, pozbawiające polewkę najistotniejszej części pożywniej (białko), to dojdziemy do przekonania, że różnice mięsa na dobroć polewki mały wpływ mają; w najprzyjaźniejszych okolicznościach może ona zawierać 3% tego co zawiera mięso. Niezaprzeczenie od rodzaju użytego mięsa, zależy większa lub mniejsza ilość kleju w polewce, wiadomo bowiem, iż tkanka łączna młodych zwierząt daleko łatwiej przechodzi w klej, niż starszych, — różnice więc pod tym względem są bardzo znaczne. 1000 cz. wymoczonego mięsa wołowego daje 6, cielęcego zaś 47,5 suchego kleju. Więcej stanowi o dobroci polewki krótszy lub dłuższy czas jej gotowania, a to z tego powodu, że białko, które z mięsa przechodzi krzepnie po wyjściu, zawiera jednak takie rodzaje, które pod wpływem dłuższego gotowania chociaż bardzo powolnie i częściowo się rozpuszczają (*Trioxypprotein* MULDER'A). Zawieszona a nie skrzeplę białko, może uniknąć wyrzucenia przy „szumowaniu“ i w ten sposób podwyższyć wartość pożywną, jaką polewka mieć może. Zalecanie chorym tak zwanych „mięsa białych“ bardzo rozpowszechnione u nas, w obec tego, co się o częściach składowych mięsa wyżej powiedziało, nie zdaje się mieć słusznej podstawy. Trudnostrawność mięsa polega na większej lub mniejszej ilości tkanki łącznej międzyodstępowej w niem zawartej, która u jednych zwierząt bywa bardziej rozwiniętą, zbitą, oporną, u innych zaś włątą i nieobfitą. Wiązanie z niej utworzone stanowi niejako powłokę dla ciał białkowych, która pod działaniem cieczy żołądkowej wprzód w klej zamienioną być musi, by białko trawieniu uległo. Na tem polega ważność zadania, które dla nieprawidłowo czynnego żołądka może być trudnem do pokonania. Okoliczność ta tylko u chorych i słabowitych zasługuje na uwzględnienie; u zdrowych, według zdania prof. BRÜCKE nie zawsze należy oceniać użyteczność pokarmu mięsnego jego łatwostrawnością z uwagi na to, że pewna część białka w strawiny (*peptonae*) przechodzi, które jak już wspomnieliśmy do odbudowy ciała nie służą. Białko więc nazbyt prędko ulegające działaniu cieczy żołądkowej łatwiej może postać swą zmieniać i jako takie nie być wchłanianem, co dla ustroju ma ważne znaczenie. Jeżeli zresztą przypomnimy sobie sposoby przyrządzania mięsa, które sprawę przeobrażania tkanki łącznej w klej znakomicie ułatwiają (moczenie w occie, wieszanie mięsa przed użyciem), przy czem powstają z cukru kwas mleczny działa roztwarzająco, to zobaczymy, że różnice co do trudnostrawności rozmaitego mięsa bardzo maleją i okaże się, że „białe mięso“ jako drogie *irritamentum gulae*, chyba tylko wybrednym podniebieniem bogatych zaleconem być może. Jeżeli tylko mięso znoszonem bywa, jeżeli żołądek zdolnym jest odnieść korzyść z białego, to mu taką sa-

Od drugiego do 8-go roku życia spotykamy bardzo często nabrzmienie gruczołów chłonnych połączone z mniejszą lub większą wrażliwością tych narządów. Nierzadko (ale niezawsze) towarzyszami tego stanu są moknące wysypki skórne. W tym względzie panuje dawny i pewne prawdopodobieństwo mający pogląd, że częste podawanie dzieciom samych ciał skrobiowych: ziemniaków, chleba (mianowicie razowego), polewek mącznych, staje się przyczyną tych stanów podrażnienia w gruczołach chłonnych i skórze. W jaki to sposób się dzieje nie wiemy, ale rzeczywistości przeczyć trudno. W części wyjaśnienia tego zjawiska szukać należy w znaczeniu, jakie według prof. VOIT'A mają ciała skrobiowe przy zastosowaniu pokarmów azotowych w ustroju. Doświadczenie uczy, iż jeżeli chore dzieci otrzymują płynne azotowe pożywienie, wyłączenie mleko i polewkę mięsną, bez dodatku chleba albo bułek, przez parę tygodni lub miesięcy w miarę wielkości nabrzmienia i ilości zajętych gruczołów, to te ostatnie się zmniejszają i tak zwane żółtawe wyrzuty skórne nikną. Prawdopodobnie zwiększone wydzielanie nerek w obec obfitszego, płynnego pożywienia powstające, stanowi ważną podporę pomyslnego zejścia w danych razach.

Co do nerwowych zaburzeń pojedynczych narządów, które wymagają ściślego trzymania się określonych zaleceń co do pożywienia, wypada wspomnieć rozliczne nerwobóle, nadeżulości, kureze, które na bledniczo-niedokrwistem podścielisku tak pomyslnie się krzewią. W takich razach bez żelaza i wzmacniającego pożywienia nie się osiągnąć nie da; dopiero z poprawą wyrobu krwi a z nią i cieczy ustrojowych, co rzecz prosta oprócz pożywnych potraw i napojów, jeszcze innych rzeczy wymaga, zyskujemy nadzieję wyleczenia.

WYKŁADY KLINICZNE.

O rozpoznawaniu i przyczynach władu płuc jednostronnego.

Wykład prof. H. NOTHNAGEL'A z Freiburga ¹⁾.

Streścił H. KUSZKOWSKI.

Pod nazwą władu autor obejmuje przypadki zmniejszenia się, ściągnięcia się płuc,—w przeciwieństwie do ich powiększenia się, rozdęcia,—bez względu na sprawę chorobową, która ten stan wywołała. Tylko jedynie zanik prosty towarzyszący rozdęciu płuc starczemu (*atrophia senilis*) zostaje wykluczony z tego ogólnego pojęcia postaci klinicznej.

Wykład swój rozpoczyna autor od przedstawienia chorego dotkniętego rozlanym władem płuc lewostronnym,—po którego szczegółowem zbadaniu, uwydatnieniu zboczeń klatki piersiowej i narządów w niej położonych,

ma usługę każdy inny rodzaj odpowiednio przygotowany wyświadczy. Wielu chorych u nas w imię niby to łatwiejszej strawności mięsa białego, żywi się daleko drożej, a często nie mogąc pogodzić zaleceń lekarskich z własnymi zasobami, ogranicza się do bardzo skąpej niewystarczającej ilości pokarmu; weźmy np. chorych z wadami serca, skazywanych przez lata całe na białe pożywienie. Zdawałoby się, że w takich razach wprost przeciwnie żywić chorych należy, im dłuższe bowiem cierpienie, tem staranniej, rozmaiciej dobrane w małej ilości jak najwięcej części pożywnych zawierające pokarmy, podawanemi być winny.

(Przypisek podawcy).

¹⁾ Ueber Diagnose und Aetiologie der einseitigen Lungenschumpfung. *Samml. klin. Vortraege R. Volkmann* 1874 N. 66.

przechodzi do rozwinięcia przedmiotu w ogólności, — zapytując: w jaki sposób rozpoznaje się rozlany wład płuc? Pod rozlanym władem (*diffuser*) rozumieć należy tę postać, gdy wład rozciąga się na całe jedno płuco, lub też na znaczną jego część (nie zdarza się bowiem aby tenże w znacznej części dotknął obydwu płuc). Ograniczone włady (*circumscriptae*) powstające przy suchotach w wierzchołkach płuc, nie są przedmiotem niniejszego wykładu.

Najważniejszych znaków rozpoznawczych dostarcza obejrzenie i obmacanie klatki piersiowej. Chora strona przedstawia obraz, który LENNEC opisał jako zwężenie klatki piersiowej (*Rétrécissement de la poitrine*), i którego wizerunek podał w swem niesmiertelnem dziele. Kościec chorej połowy klatki przedstawia się zmniejszonym we wszystkich kierunkach: dotknięta strona jest więcej płaska, węższa i krótsza. Bark i łopátka stoją niżej, i już wcześniej przy rozpoczynającym się zmniejszaleniu, dolny kąt łopatki oddala się od ściany klatki piersiowej. Z tem wszystkim stos kręgowy niezawsze jest mocno skrzywiony. — co z góry możnaby było przypuszczać, — jak autor zgodnie z spostrzeżeniami LENNEC'A spostrzegał. Ważnym znakiem zwężenia klatki piersiowej jest zmniejszenie się przestrzeni między-żebrowych na cierpiącej stronie. Może ono być większe lub mniejsze, nigdy go jednak nie brak, a przy porównaniu z stroną zdrową, niekiedy ono jedynie uderza.

Możnaby było przypuścić, że niekształtność jest wrodzoną, a płuco zdrowe. Lecz przypatrując się poruszeniom klatki piersiowej przy oddychaniu, widzimy że chora strona zostaje nieruchomą; — gdyby płuco było zdrowe, to musiałaby się i węższa połowa klatki rozszerzać, chociaż w mniejszym stopniu.

Następnym ważnym znakiem dla rozpoznawania jest miejsce uderzania wierzchołka serca. Jest ono zawsze przemieszczone mniej lub więcej, stosownie do obszerności i położenia władu płuc. Przy lewostronnem cierpieniu znajduje się go częściej chociaż niezawsze w wyższym odstepie między-żebrowym, i jednocześnie przesuniętem na lewo ku bocznej ścianie, — niekiedy aż do linii pachowej. W innych przypadkach, niema boczne go przemieszczenia, lecz tylko prosto w górę, — gdy górna część lewego płuca głównie cierpieniem dotknięta. Gdy prawe płuco dotknięte władem, natenczas nie dostrzega się wcale uderzeń serca, gdyż wtedy mocno rozdęte lewe płuco pokrywa go, i wycucie uderzeń czyni niemożliwem. Przy bardzo obszerne władzie płuc tej strony, serce winno uderzać w 4 odstepie między-żebrowym przy samym mostku.

Przy lewo-stronnym władzie zdarza się inny ważny objaw tętnienia: w 2 między-żebrowym odstepie, 4—8 centm. od lewego brzegu mostka, bywa widoczne i wyczuwalne skurczowe (systoliczne) podnoszenie się serca, w połączeniu z krótkim, wyczuwalnem rozkurczowem (diastolicznem) uderzeniem. Gdy objaw ten ma miejsce w powyższy sposób, to nawet z niego samego lewo-stronny wład płuc rozpoznać można. Już TRAUBE objaw ten opisał i jego ważność ocenił (*Gesammelte Beiträge zum Pathologie und Physiologie*, II Bd. p. 443). Zależy on od tętnicy płucnej. Skurczowe podniesienie się odpowiada skurczowemu rozszerzeniu się początku tego naczynia, rozkurczowe uderzenie krótkie, ograniczone, — zamknięciu się zastawek tętnicy płucnej. Rzeczywiście zdarza się ten objaw niekiedy dostrzedz i bez cierpienia płuc, gdy powstaje bardzo silne parcie w tętnicy płucnej: jak przy niedostateczności zastawki dwudzielnej, przy zwężeniu lewego otworu żylnego. Lecz w tych przypadkach tętnienie jest bliżej brzegu mostka, a nie 4—8 centm. od niego oddalone.

Aby ten objaw w powyżej opisany cełujący sposób wystąpił, potrze-

ba połączenia 3 warunków: 1) przesunięcia się serca na lewo; 2) podniesienia się ciśnienia w tętnicy płucnej; 3) stwardnienia lub zaniknięcia górnego płata lewego płuca przykrywającego serce.

Pierwszy z wymienionych warunków jest bezwzględnie potrzebny. Wiadomo że w stanie prawidłowym otwór tętniczy prawy ze swemi zastawkami półksiężycowymi tak leży, że się na niego trafi, zapuszczając np. igłę w 2-im odstępce między-żebrowym na 1—2 centm. od lewego brzegu mostka. Z tego powodu czuje się uderzenie rozkurczowe przy wadzie zastawek tuż obok kości mostkowej. Gdy się więc ma go znaleźć więcej oddalonym, to koniecznie otwór tętnicy płucnej musi być odsuniętym na lewo. Przesunięcie serca na lewo ma miejsce i przy znacznym wysięku w prawej opłucni, a jednak niema uderzenia rozkurczowego. Z tego wypada, że samo przesunięcie nie wystarcza, że muszą wystąpić jednocześnie jeszcze inne warunki: tu należy podniesione ciśnienie w małym krwi obiegu z podniesioną czynnością prawego serca, które się ze wzmocnienia drugiego tonu tętnicy płucnej ocenia. Lecz i ten moment jakkolwiek ważny, niewystarcza. Przy wysięku w opłucni u osób silnych, często znajdujemy bardzo znaczne wzmocnienie drugiego tonu tętnicy płucnej, a pomimo tego, i pomimo przemieszczenia serca, niema uderzenia rozkurczowego (diastolicznego). Otóż musi się znaleźć jeszcze trzeci moment, a tym jest zanik lub stwardnienie płuca pokrywającego podstawę serca. W wielu przypadkach, w których za życia nie zauważano wzmocnienia drugiego tonu tętnicy płucnej, a po śmierci przerostu prawego serca, zdaje się że już współdziałanie 1 i 3 momentu wystarczało do wywołania objawu skurczowego (systolicznego) podnoszenia się i rozkurczowego (diastolicznego) uderzania.

Jak się rzecz ma z rozkurczowym uderzaniem przy prawo-stronnym władzie? Między licznymi przypadkami, autor przypomina sobie iż w jednym tylko wyraźnie go obserwował. Do autopsyi nie przyszło, i z tego powodu nie może stanowczo powiedzieć, czy tętnienie zależało od tętnicy płucnej, naturalnie tutaj bardzo mocno przesuniętej, czy też od aorty. Ostatnie z tego jednak powodu zdaje się być bardzo mało prawdopodobnem, że nie było wcale podniesionego ciśnienia tętniczego, które do wywołania tego objawu jest koniecznem.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że zmniejszona połowa klatki piersiowej tylko zmniejszone płuco może mieścić. To prowadzi do pytania, czy opukiwanie również dostarcza znaków dla rozpoznawania. Rzeczywiście tak jest zawsze. Prawie u wszystkich zdrowych ludzi przepona leży z przodu na wysokości 6 żebra; z prawej strony poniżej teje rozpoczyna się tępość wątroby, z lewej zaś odgłos bębnowy rozszerzający się aż do dolnych brzegów żeber i ku lewej bocznej ścianie, na przestrzeni zwanej przez TRAUBE'GO „przestrzenią półksiężycowatą.” Oba przodkowe brzegi płuc, spotykają się nieco na lewo po za mostkiem, tak iż śródpiersie (*mediastinum*) prawie w środku po za nim leży. Gdy więc przepona i śródpiersie zostaną przemieszczone, powstaną ważne zmiany w opukiwaniu.

Przepona po stronie chorej wzniesie się do góry aż do 5 żebra, aż do 4 odstepu między-żebrowego. Z lewej strony bardzo łatwo to sprawdzić. Wysoki odgłos płuc dotkniętych władem, nagle przechodzi w bębnowy; przestrzeń półksiężycowata jest według wyrażenia TRAUBE'GO zwiększoną. Natychmiast można się o nieruchomości płuc przekonać, przez głębokie wetchnięcie. Jednocześnie granica płuca prawego jest skutkiem rozdęcia tegoż obniżoną. Trudniej jest stwierdzić wzniesienie się przepony przy władzie z prawej strony, ponieważ tutaj wysoki odgłos płuc przechodzi od razu w tępość wątroby, którą ostatnia niekiedy bywa przytem powiększona. Podobny stosunek jest z wykazaniem położenia przepony z boku

prawego, podczas gdy z lewej strony jej podniesienie się daje się łatwo wykazać.

Śródpiersie również jest ku stronie chorej przemieszczone, ku niemu przesuwa się płuco strony zdrowej. Z tego powodu, na chorej połowie klatki koło brzegu mostka, zjawiają się pasy różnej szerokości dające odgłos pełny i jasny, a z powodu rozdęcia zdrowego płuca, nieraz nieprawidłowo jasny (bębnowy), wyraźnie się odróżniający od odgłosu ponad zwiędniętym płucem. Stosunek ten na który już STOCKES w ogólności zwrócił uwagę, a tu w szczególności TRAUBE, jest bardzo cechującym, ponieważ nie znamy ani jednej postaci nasięku (*infiltratio*) która by się umieszczała tak, aby zostawiwszy wolny pas wzdłuż mostka, całe zresztą płuco zajęła.

Opukiwanie z tyłu klatki piersiowej i po nad zwiędniętym płucem nie daje żadnych cechujących znaków. W ogólności odgłos jest mniej lub więcej wysoki na całej przestrzeni lub w pewnych miejscach, co zależy od tego czy są kawałki płuc zawierające w sobie powietrze, a to znów od pierwotnej sprawy, która wiać sprowadziła.

Płuco zdrowej strony będąc w stanie chorobliwego rozdęcia, przedstawia znaki właściwe przesunięciu się granic ku dołowi i ku stronie chorej, i wydaje odgłos nadzwyczaj pełny i jasny.

Osluchiwanie klatki piersiowej nie dostarcza nic cechującego i stałego; zmienia się stosownie do właściwości płuc. Osluchiwanie głosu i wyczuwane drżenie klatki piersiowej (*fremitus pectoralis*) przedstawiają także rozmaitość.

Z zachowania się płwocin również nie można nic wprost dla rozpoznania wywnioskować. Płwociny bywają śluzowe, ropnośluzowe, to znów ropne z mętwikami (*vibriones*), które LEYDEN i JAFFE w ropnej płwocinie wykazali, a nareszcie czasami i części składowe tkanki płucnej zawierają.

Rozmaitość ta, samo się przez się rozumie, nie mówi nic o obecności wiać do płuc, lecz objawy te są nieraz jedynymi wskazówkami toczącej się jeszcze, lub przebytej sprawy chorobowej.

Dla dopełnienia znaków rozpoznawczych pozostaje jeszcze w kilku słowach wspomnieć o stanie ogólnym chorych. Czysty, niepowikłany wiać płuc najzwyczaj po zapaleniu opłucni występujący, przebiega przewlekłe, bezgorączkowo, po większej części przy dobrym łaknieniu. To jest przyczyną, że nawet przy lata trwającym cierpieniu chorzy nie podpadają na siłach, i pomimo utrudnionego oddechu, ciągłego kaszlu, zawsze jeszcze przedstawiają względnie silną muskulaturę i znośny wygląd. Moment ten w pewnych okolicznościach może mieć znaczenie dla rozpoznawania. W przypadkach gdzie rozlany wiać płuc zostaje w związku z suchotami, stan ogólny chorego naturalnie stosuje się do tej ostatniej sprawy. (d. n.)

KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

Zmiany anatomiczne przy porażeniu dziecięcym pochodzenia rdzeniowego, podał prof. M. ROTH w Bazylei. (*Virchow's Archiv LVIII pg. 263.*) W początku r. z. umarł w Bazylei w skutek błonicowego zapalenia gardła chłopczyk, dotknięty porażeniem kończyn dolnych pochodzenia rdzeniowego. Liczył on dwa lata wieku, w początku roku 1872 mógł jeszcze chodzić. W Lutym 1872 r. przebył chorobę gorączkową, poczem chodzenie stało się niemożliwym. Przy oddaniu go do szpitala w miesiącu Sierpniu, znaleziono niepełne porażenie kończyn dolnych, wyraźniejsze po prawej stronie, które przy użyciu prądów elektrycznych w ciągu tego roku o tyle się zmniejszyło, że dziecko mogło znów chodzić, przyczem wszakże prawą nogę nieco powłóczyło. Prawa noga była znacznie chudsza niż lewa. 21 Grudnia wystąpiło zapalenie błoniczo-

we na migdałkach i jednocześnie pojawił się smrodliwy wypływ z nosa; 27 Grudnia znaleziono białko w moczu. Potem wystąpiło obrzmienie twarzy i kończyn. Śmierć nastąpiła 4 Stycznia 1873, a zatem w 11-ym miesiącu po wystąpieniu objawów porażenia. Rozbioru zwłok dokonano 5 Stycznia t. r. Mózgowie nie przedstawiało nic szczególnego. Rdzeń kręgowy. Przy rozcinaniu osłony twardej jego wylewała się niewielka ilość płynu; między osłoną twardą i miękką na tylnej powierzchni części lędźwiowej znajdowały się bardzo węższe przyrosty. Większe naczynia osłony miękkiej w tem miejscu wężkowate i mocno napełnione. Zgrubienie lędźwiowe mało wydadne. Przodkowe korzenie ogona końskiego (*caudae equinae*) były po części w stanie wyraźnego zaniku, splaszczone i szaro przeświecające. Na przecięciu przez środek części lędźwiowej, szara substancja przodkowych rogów przedstawiała się brudno szaro-białą, niewyraźnie odgranieczoną od pęczka bocznego. Pęczki tylne były szarawo przeświecające. W części piersiowej i szyjowej szara substancja wyraźnie odgranieczona i prawidłowo zabarwiona, tylne pęczki wydawały się więcej szaremi. Badanie drobnovidzowe dokonane zostało częścią w pierwszych dniach po sekyi, częścią po kilkumiesięcznym stwardnieniu rdzenia kręgowego w płynie Müller'a i wyskoku. Szczegóły pomijamy, a przytaczamy ostateczne wyniki z sekyi i badania drobnovidzowego otrzymane.

Przyczyną powstałego przed 11 miesiącami porażenia kończyn dolnych było w tym przypadku zapalenie rdzenia (*myelitis interstitialis*) w części lędźwiowej, które miało swoje siedlisko głównie w szarej substancji przodkowych korzeni, z kąd miejscami przeszło ono na tylny róg i na białą substancję przodkowych i bocznych pęczków. W każdej połowie rdzenia znajdowało się ognisko zapalne, po lewej stronie mniejsze, po prawej daleko większe, z czem się zgadzają objawy kliniczne, mianowicie, że porażenie prawej kończyny dolnej było daleko znaczniejsze. Pod drobnovidzem można było łatwo rozpoznać miejsca chore po komórkach ziarnistych, które się znajdowały częścią w błonie zewnętrznej większych naczyń, częścią tu i owdzie w samej tkance. W niektórych mocne nagromadzenie komórek ziarnistych spowodowało wyraźne rozmięczenie szarej substancji. Pomiędzy komórkami ziarnistymi znajdowała się siatka z delikatnych włókienek, które głównie się składały z tkanki łącznej po części może i z pierwocin nerwowych. Prócz zaniku włókien nerwowych, ogniska odznaczały się prawie zupełnym brakiem wielkowypastkowych komórek nerwowych.

Tym zanikiem nerwowych części, który był wyraźniejszym po prawej niż po lewej stronie, można wytłomaczyć widoczny zanik przodkowego rogu. Oprócz zaniku części wewnątrz zapalnych ognisk, winniśmy zwrócić uwagę na następowy zanik przodkowych korzeni, które wychodzą z miejsc rdzenia dotkniętych chorobą. Ten zanik był również po prawej stronie wyraźniejszym niż po lewej.

H. ROGER i DAMASCHINO (*Gazette médicale de Paris 1871*) w 4-ch przypadkach porażenia dziecięcego znaleźli zupełnie podobne zmiany. I tu głównem siedliskiem choroby były rozmaite miejsca szarej substancji przodkowych rogów: znaleziono znacznie większą ilość jąder, komórki ziarniste, stłuczenie naczyń, powiększenie siatki tkanki łącznej z równoczesnym zanikiem komórek i włókien nerwowych. W tych przypadkach silnie była dotkniętą również biała substancja przodkowych bocznych pęczków; znaleziono przerost przegródek tkanki łącznej, zanik włókienek nerwowych; dalej był następowy zanik przodkowych korzeni. W rzadkich przypadkach zapalenie substancji rdzenia zdaje się być połączonem z krwotokami tak, że wtedy przedstawia się ono pod postacią czerwonego rozmięknienia.

Te jakkolwiek nieliczne przypadki, wystarczają by zapalenie szarej substancji rdzenia kręgowego (głównie przodkowych jej rogów) przyjęć za przyczynę porażenia dziecięcego. Może być, że do tej kategorii należą również przypadki, w których znaleziono jedynie zanik szarej substancji. Ponieważ bowiem przy zapaleniu rdzenia międziodostępowem (*mye. interstitialis*) części nerwowe zanikają, to we wszystkich przypadkach zadawnionego porażenia dziecięcego, w których jako główną zmianę znaleziono zanik przodkowych rogów z zanikiem komórek nerwowych, można przypuszczać pierwotne zapalenia rdzenia (*myelitis interstitialis*), które z czasem znika i pozostawia tylko zanik nerwowych części.

Dla tego za przyczynę wielu przypadków porażenia dziecięcego, możemy albo z pewnością albo z wielkim prawdopodobieństwem uważać zapalenie przodkowych rogów, które przez swoje pojawienie się w młodych bardzo latach i w skutek chorób zaraźliwych, przez skłonność w tworzeniu licznych ognisk, wreszcie przez swoje zachowanie się histologiczne, bezwątpienia przedstawia podobieństwo z wykrytem przez VIRCHOW'A zapaleniem mózgowia noworodków (*encephalitis neonatorum*).

W innych przypadkach szara substancja nie jest dotknięta, tylko porażenie zależy od zapalenia przodkowo-bocznych pęczków; a zatem tej części białej substancji rdzenia, która pośredniczy ruchowi. Za tem przemawiają 3 spostrzeżenia CORNIA i LABORDE'A (*De la paralysie (dile essentielle) de l'enfance*, 1864), w których komórki nerwowe przodkowych rogów były prawidłowe, podczas gdy znaleziono, mniej lub więcej rozprzeszczerzone, stwardnienie przodkowo-bocznych pęczków.

Czy prócz „rdzeniowej” postaci porażenia dziecięcego przychodzą również obwodowe (peryferyczne, myopatyczne) porażenia, nie można jeszcze z pewnością rozstrzygnąć.

P. N.

Mal d'Alep, Aleppo button, Aleppo Evil. — Znanie pod tą nazwą swoiste cierpienie skóry jakkolwiek niekiedy zdarza się w Syrii, to jednakże zdaje się, że właściwie pochodzi ona z Mezopotamii, gdzie najczęściej występuje przybierając najzłośliwsze postaci w bliskości rzek miejscowych. Przyczyną tego cierpienia wedle zdania tuziemców ma być woda rzeczna do picia używana. Cierpienie to może występować w jednym miejscu, albo w wielu i przybierać mniej lub więcej złośliwe cechy stosownie do usposobienia osobnika; zdaje się, że skaza (*diathesis*) żoźlowa najbardziej sprzyja zupełnemu jego rozwinięciu się.—Siedliskiem najczęściej bywa twarz. Cierpienie to polega na wystąpieniu twardego, czerwonego guzika, wielkości grochu, niebojącego, ani swędzącego, który po upływie kilku tygodni pokrywa się twardym i grubym strupem, mocno się trzymającym przyległej skóry. Niekiedy guzik taki rośnie, szczególnie jeżeli bywa drażniony, tak, że średnica jego może wynosić od $\frac{1}{4}$ do kilku cali. Pozostawiony sam sobie przez kilka miesięcy trwa w tym samym stanie i następnie powoli znika. Po usunięciu gwałtownem strupa przedstawia się zwykle wrzód czerwony, nieco zagłębiony. Po zagojeniu się zawsze pozostaje blizna. W przypadkach złośliwszych cierpienie to trwa znacznie dłużej, owrzodzenie się rozszerza, może zniszczyć części miękkie nosa, spowodować wywrócenie powiek dolnych (*ectropion*) i t. d. Cierpieniu temu nieomylnie ulega każdy zamieszkujący, albo zwiedzający miejsca w których ono epidemicznie panuje. Nie jest od niego wolnym żaden tuziemiec, tem rzadziej cudzoziemiec, chociażby pobyt jego wynosił tydzień, a nawet dni kilka. Zrodzone w tych miejscowościach dzieci powiększej części ulegają tej chorobie w czasie pierwszego zębowania, a prawie nigdy po dojściu do dojrzałości; najzwyczajsem siedliskiem bywają kąty ust i policzki. U dorosłych cudzoziemców po większej części występuje na stawie napiętkowym, albo na tak zwanych kostkach u nóg, albo wreszcie na grzbiecie ręki i stopy. Godnem jest uwagi stwierdzone już długie wylęganie się zarazki. Wysypka może nastąpić w kilka lat po zwiedzeniu takiej miejscowości. Choroba po większej części zaczyna się w jesieni i trwa 8—12 miesięcy (*year pimple*—wedle tuziemców), nie jest ona zaraźliwa i przebywa się ją tylko raz; zdaje się, że nie jest zaszczipialną. (John WORTABET sam na sobie robił próby). Niekiedy choroba ta pojawia się u psów i to po większej części w okolicy nosa. — Tuziemcy nie stosują żadnego leczenia. John WORTABET uważa za najskuteczniejszy tran do wewnątrz podawany, a z zastosowania smarowania jodyną nie widział żadnego skutku. Środki żrące (kamień piekielny, kwas octowy) czasowy tylko sprawiają pożytek. Niekiedy cierpienie to traci cechy swojej swoistości i zamienia się na liszaj luszczący się. Jeżeli czerwone plamy półokrągłe, wzniesione, ułożą się około blizny, wtedy cierpienie to podobnem się staje do luszczyicy pierścienistej (*psor. annulata*), stan taki bywa zwykle bardzo przewlekły, rozszerza się ku obwodowi, gdy tymczasem w środku następuje zabliznienie; skutkiem ciągłego powiększającej się blizny powstawać mogą najsmutniejsze oszpecenia twarzy. (*Centbl. f. Chir.* 1874. Nr. 3). T. Ż-a.