

# MEDYCyna.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

**TREŚĆ. Prace oryginalne.** W sprawie szwu powłok brzusznych uwag kilka, podał D-r T. Boryssowicz. Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania, podał D-r S. Groszlik. (Ciąg dalszy). — **Wykłady kliniczne.** O krzywicy, napisał Seweryn Sterling (Łódź). (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 70. Pierwsza serya przypadków błonicy, leczonych antytoksyną (Aronson'a). 71. Sprawozdanie ze 167 przypadków błonicy, leczonych antytoksyną Aronson'a. 72. O zaparciu stołca u dzieci, ze szczególnem uwzględnieniem zaparcia pochodzenia wrodzonego. 73. O płasawicy przewlekłej. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“  
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.  
Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Boryssowicz. — Sur la suture des parois abdominales. 2) D-r S. Groszlik — Les principes de l'asepsie dans le cathétérisme.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“  
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.  
Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Boryssowicz — Zur Naht der Bauchdecken. 2) D-r S. Groszlik — Praktische Grundlagen des aseptischen Katheterisirens.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str., 5.

## W sprawie szwu powłok brzusznych uwag kilka

podał D-r T. Boryssowicz.

Po osiągnięciu celu operacji, wskazanej na narządach jamy otrzewnowej, wykonywa się ostatni zabieg, który polega na ścisłem i dokładnem połączeniu powierzchni i brzegów rany powłok brzusznych. Do tego służy powszechnie używany szew węzłkowy ogólny, łączący wzajemnie wszystkie warstwy powłok brzusznych.

Jest to najprostszyszy szew, zapomocą którego łatwo i szybko udaje się zamknąć jamę brzuszną, ściśle połączyć powierzchnie i brzegi rany, a następnie otrzymać jej rychłozrost, jeżeli podczas operacji były przestrzegane prawidła bezwzględnej czystości.

Jeżeli jednak łatwość i szybkość w wykonaniu oraz osiągnięty rychłozrost rany uważać można za przymioty, bezwarunkowo wystarczające dla szwu, stosowanego na okolice ciała, które możemy podczas gojenia się rany unieruchomić, to szew rany brzusznej, która zostaje pod nieustającym a zmiennym co do natężenia wpływem ciśnienia wewnątrzbrzuszego, powinien oprócz tych zalet wyróżniać się jeszcze: 1) możliwością utrzymania całości świeżego zrostu rany i 2) zdolnością wytworzenia blizny prawidłowej t. j. takiej, któraby możliwie odtworzyła przedoperacyjne stosunki między różnorodnemi warstwami powłok brzusznych.

W przeważnej większości przypadków szew ogólny czyni zadość i tym warunkom. Jeżeli jednak w okresie zablizniania się znajdą okoliczności, nie sprzyjające szybkiemu gojeniu się rany, lub wystąpią powikłania, zwiększające ciśnienie wewnątrzbrzuszne, to po zdjęciu szwów może nastąpić częściowe rozjęście się pewnych warstw lub nawet całkowite pęknięcie świeżego zrostu rany brzusznej; po wadliwym zaś zagojeniu się różnorodnych warstw powłok brzusznych dość często powstają przepukliny smugi białej.

I. Co do pierwszego warunku, wymaganego od szwu rany brzusznej, t. j. zapewnienia całości świeżego jej zrostu, to na szew ogólny nie zawsze w tym względzie można liczyć, gdyż nie możemy pozostawić go na dowolnie długi czas w ranie, bez obawy wywołania ropienia. Rzeczywiście, szew ten, przebiegając przez wszystkie warstwy powłok brzusznych i odgrywając w ten sposób szkodliwą rolę łącznika między skórą i otrzewną, usposabia głębokie warstwy powłok brzusznych do zakażenia wtórnego przez drobnoustroje chorobotwórcze, częstokroć gnieźdzące się w gruczołach skóry. Obawa więc wtórnego zakażenia rany częstokroć zmusza nas do przedwczesnego zdjęcia szwów, pomimo, że zbyt wątki zrost rany brzusznej jeszcze wymaga do utrzymania swojej całości mechanicznego współdziałania ze strony nitek szwu. To też bezsilność zapobiegawcza szwu ogólnego, pod względem utrzymania całości świeżego zrostu rany, ujawnia się szczególnie przy następujących okolicznościach: 1) Jeżeli w kilka dni po operacji obfita wydzielina surowicza, zbierająca się w kanalikach, przez które nitki szwu przechodzą, zmusza nas do wczesnego usunięcia szwu, z obawy ropienia. 2) Jeżeli młoda tkanka, łącząca powierzchnie rany brzusznej, wytwarza się zbyt wolno, jest wątką i wymaga dłuższego niż zwykle czasu do przeobrażenia się w tkankę bliznową, jak się to dzieje u osób osłabionych po przebytych krwotokach lub chorobach wyniszczających. 3) Jeżeli wkrótce po zdjęciu szwów lub w czasie ściśle do tego wskazanym, wystąpią wzdęcia brzucha, wydymania na stolec, napady kaszlu, kichanie lub inne powikłania, zwiększające ciśnienie wewnątrzbrzuszne. 4) Jeżeli chorzy podczas snu, w stanie nieprzytomności, lub pod wpływem przestrachu, wkrótce po zdjęciu szwów wykonywają gwałtowne odruchy, połączone z naprężeniem powłok brzusznych.

W razie konieczności wcześniejszego zdjęcia szwów, zarówno jak i przy zbyt opieszale zabliznianiu się rany brzusznej, zrost jej może uleść częściowemu zanikowi, nawet przy zwyczajnych warunkach ciśnienia wewnątrzbrzuszego, zaś pęknięciu częściowemu lub całkowitemu jedynie podczas wzmożonego napadowego naprężania się powłok brzusznych.

Do zaniku czyli powolnego rozejścia się najbardziej usposobiony jest zrost warstwy powięziowo-mięśniowej, gdyż warstwa ta, jako najmniej podatna i rozciągliwa, głównie się opiera i przeciwdziała ciśnieniu wewnątrzbrzuszemu. Do powolnego zaniku zrostu powięzi mięśniowych przyczynia się i ta okoliczność, że tkanki ścięgniste zrastają się stosunkowo wolniej i wytwarzają słabszą bliznę, niż inne, miększe i obficie unaczynione warstwy powłok brzusznych. Stopniowy zanik młodej tkanki, łączącej pochwy mięśni prostych brzucha, początkowo przebiega skrycie i dopiero po ostatecznym wytworzeniu się blizny, gdy nacieczenie przyranne ustąpi, ujawnia się brakiem łączności między mięśniami prostymi brzucha, tak, że w odstępie między nimi powłoki brzucha złożone są tylko ze skóry i otrzewny, gdyż i zrost tkanki tłuszczowej jednocześnie rozsuwa się i zanika.

Przy braku łączności między mięśniami prostymi brzucha, stopniowo zwiększa się odstęp między nimi, już to wskutek działania odśrodkowego mięśni poprzecznych i skośnych brzucha, już też przez wtłaczanie się w podatny odstęp międzymięśniowy trzew brzusznych, które podczas zwiększonego ciśnienia wewnątrzbrzuszego tworzą jajowaty guz, odpowiadający wymiarem swoim podłużnym długości blizny brzusznej.

Po warstwie mięśniowo-powięziowej zrost skóry posiada największą skłonność do rozejścia się powolnego, a oprócz tego łatwo pęka przy napado-

wem naprężaniu się powłok brzusznych. Skłonność ta zależy od tego, że podczas działania tłoczni brzusznej skóra najbardziej rozciąga się z powodu swojego położenia powierzchownego, oraz że młoda tkanka, łącząca ranę skóry, jest węższa, skąpa i najbardziej narażona na zakażenie wtórne przez drobnoustroje chorobotwórcze, ukryte w gruczołach potowych i lojowych.

Zrost tkanki tłuszczowej podskórnej i przedotrzewnowej nie pęka samodzielnie; lecz pierwszy bierze udział w pękaniu zrostu skóry, oba zaś przy powolnem rozciąganiu się warstwy powięziowo-mięśniowej, przyczem zrost tkanki tłuszczowej zanika, a sama tkanka, tracąc tłuszcz, przeobraża się w tkankę luźną, łączącą skórę z otrzewną. Zrost otrzewny samodzielnemu pęknięciu nigdy nie ulega, gdyż błona ta jest niezmiernie rozciągliwa i łączy się luźno z warstwą mięśniowo-powięziową, toteż pęknąć może tylko przy jednoczesnem rozdarciu się zrostu wszystkich warstw powłok brzusznych.

Takie całkowite pęknięcie zrostu powłok brzusznych widziałem raz tylko, w jednym z oddziałów chirurgicznych, u kobiety, około 25 lat liczącej, dobrze odżywionej i ukrwionej, po wyluszczeniu torbieli jajnika. Po operacji chora ta czuła się dobrze, nie gorączkowała, i 11-go dnia po operacji, podczas zdejmowania szwów, nie spostrzeżono ani powikłań ogólnych, ani też żadnych zaburzeń w sprawie gojenia się rany. Po tym opatrunku chora zaziębiła się podczas przewietrzania sali, poczem w nocy wystąpiły napady niezmiernie gwałtownego kaszlu, połączone z ostrym bólem w ranie. Zły wygląd chorej, podwyższona ciepłota ( $39^{\circ}$  C.), drobne i częste tętno oraz przemoczona opaska brzuszna, wzbudziły podejrzenie w ordynującym lekarzu, podczas rannej wizyty, że po zdjęciu szwów zaszły jakieś zaburzenia w ranie. Po zdjęciu opaski i opatrunku przedstawił się nam guz wielkości główki noworodka, wystający z rany brzusznej, której zrost był całkowicie zniszczony. Guz ten składał się z rozdętych kiszek cienkich, pokrytych siecią wielką. Pętle kiszek były pozlepiane ze sobą i z siecią zapomocą żółtawego włóknikowego wysięku, który grubą warstwą pokrywał powierzchnię wypadłych trzew.

Po zachloroformowaniu chorej кишки wraz z siecią posypano jodoformem i wtłoczono do jamy brzusznej, ranę zaszyto zapomocą szwu kuśnierskiego. Na 3-ci dzień chora ta zmarła przy objawach, wzbudzających podejrzenie otrucia jodoformem.

W mojej praktyce własnej niezawodnie miałbym podobny przypadek całkowitego pęknięcia słabego zrostu powłok brzusznych, gdybym był się pośpieszył ze zdjęciem szwów. Przypadek ten zdarzył się u osoby 43-letniej, wyniszczonej wskutek przebytego zapalenia częściowego otrzewny przed operacją i długo trwającym bezwładem całego przewodu pokarmowego, po wyluszczeniu torbieli skórzastej, zrośniętej na całej swojej powierzchni z przylegającymi pętlami kiszek (skręcenie szypuły). Na ranę powłok brzusznych zastosowałem w tym przypadku szew ogólny z jedwabiu, a oprócz tego warstwę mięśniowo-powięziową połączyłem szwem katgutowym ciągłym. Bezwład żołądka i kiszek (*gastro-enteroplegia*), trwający przez pierwsze 6 dni po operacji, sprawił niezmiernie rozdęcie kiszek i rozszerzenie żołądka, przepelnionego płynami, przyjmowanymi w znacznej ilości podczas trwania bezwładu, tak, że powłoki brzuszne uległy nadzwyczajnemu rozciągnięciu. Po obfitych wypróżnieniach stolcowych i jeszcze obfitych wymiotach, gdy bezwład przewodu pokarmowego przeminął całkowicie, przystąpiłem do zdjęcia szwów z rany 12-go dnia po operacji. Szczęśliwym trafem, gdy połowa szwów, a mianowicie co drugi, pozostawała jeszcze w ranie, chora dostała napadu tak gwałtownego

kaszlu, że zrost rany brzusznej uległ głębokiemu pęknięciu w 3-ch dolnych 4-ro centymetrowych odstępach między szwami. Obfite broczenie zmusiło mię do zeszczenia pękniętego zrostu, nienaruszony zaś górny odstęp między szwami zabezpieczyłem paskami plastra lepkiego. 3-go dnia wszystkie szwy, oprócz świeżo założonych, zmuszony byłem usunąć, z powodu rozpoczynającego się ropienia, a bliznę rany brzusznej ochronić od uszkodzenia zapomocą pasków plastra gumowego UNN'y. Zabieg ten, pomimo powtarzających się napadów kaszlu, uchronił zrost powłok brzusznych od ponownego pęknięcia, lecz po ostatecznem wytworzeniu się blizny badanie wykazało rozstąpienie się mięśni prostych brzucha, ujawniające się szczególnie podczas unoszenia głowy, gdy chora zmieniała pozycję ciała leżącą na siedzącą.

HEGAR i KALTENBACH <sup>1)</sup> za przyczynę zasadniczą pęknięcia zrostu powłok brzusznych uważają zakażenie rany i gojenie się jej przez ziarninę, wpływ zaś zwiększonego ciśnienia wewnątrzbrzuszego zaliczają do przyczyn drugorzędnych, przypadkowych.

OLSHAUSEN <sup>2)</sup> przypisuje główną rolę, w przypadkach powstawania pęknięć zrostu powłok brzusznych, czynnikom mechanicznym, na tej zasadzie, że większa część pęknięć, jak to wykazuje statystyka, zdarzyła się przy doraźnem zagojeniu się rany, wskutek zbyt wczesnego zdjęcia szwów, a zatem po pozbawieniu świeżego zrostu podtrzymania mechanicznego ze strony nitek szwu. Al. ROSNER <sup>3)</sup> w opisie przypadku cięcia cesarskiego, dokonanego w klinice ś. p. prof. MADUROWICZA, podziela pogląd OLSHAUSEN'a i dodaje, „że gdy siła, rozpychająca ranę odwewnątrz, jest zbyt wielka, nie potrzeba sprzyjającej okoliczności, jaką jest niewątpliwie ropienie, żeby się rana rozeszła“.

Co do mnie, to sędzę, że nadmiernie wzmożone ciśnienie wewnątrzbrzuszne może przewyciężyć opór, stawiany przez doraźny, lecz świeży zrost powłok brzusznych, w ciągu pierwszych 10 do 17 dni po operacji; nie ulega jednak wątpliwości, że przy zakażeniu rany i gojeniu się jej przez ziarninę, ciśnienie wewnątrzbrzuszne ma do przewyciężenia znacznie słabszy opór, tak, że w tym razie nawet zwyczajne lub nieco wzmożone naprężenie powłok brzusznych może sprawić rozejście się dna rany i przedostanie się trzew brzusznych nazewnątrz.

Do 26 przypadków pęknięć zrostu powłok brzusznych, zebranych przez BRUNTZEL'a i OLSHAUSEN'a, Al. ROSNER dołącza 5 dotąd nie ogłoszonych <sup>4)</sup> i wykazuje, że te pęknięcia w większości przypadków zaszyły w ranach niezakażonych i doraźnie zagojonych. Powyższy pogląd ROSNER'a znajduje potwierdzenie w przypadku, ogłoszonym niedawno przez ENGSTRÖM'a <sup>5)</sup>. U chorej, operowanej przez tego autora, nastąpiło pęknięcie zrostu rany brzusznej z wypadnięciem pętli jelita, co miało miejsce w 10 dni po wycięciu torbieli jajnika. W przypadku tym autor po operacji zaszył ranę brzuszną zapomocą trzech ogólnych szwów jedwabnych, ciąglego szwu otrzewnowo - powięziowego z katgutu i wreszcie skórno szwu z jedwabiu. Zagojenie nastąpiło przez rychłozrost, szwy jedwabne usunięto po 10-iu dniach. Wieczorem tegoż dnia

<sup>1)</sup> Operation Gynaecolog. 1886 p. 299.

<sup>2)</sup> Die Krankheiten der Ovarien 1886. p. 349.

<sup>3)</sup> „Z kazuistyki cięcia cesarskiego“. Przegląd Lekarski. 1893. № 9 i 10.

<sup>4)</sup> 2 MADUROWICZA, 2 OBALIŃSKIEGO i 1 RYDYGIER'a.

<sup>5)</sup> Otto ENGSTRÖM. Neuere gyn. Mittheil. aus Finland. Monatschrift für Geb. und Gyn. Bd. 1. Heft 5. pag. 493. 1895.

rana brzuszna pękła (przyczyny pęknięcia autor nie podaje). Po oczyszczeniu i odprowadzeniu jelita, ranę okrwawiono i powtórnie zeszyto szwem jedwabnym. Nastąpiło wyleczenie bez zaburzeń.

Dwa przypadki, przytoczone przezemnie, dowodzą również, że po zdjęciu szwów 11-go i 12-go dnia po operacji, może nastąpić pęknięcie doraźnego i niezakażonego zrostu wskutek gwałtownego naprężenia się powłok brzusznych.

Drugi przypadek, w którym na ranę brzuszną zastosowałem szew ogólny z jedwabiu i mięśniowo-powięziowy z katgutem, w którym zatem pochwy mięśniowe musiały się zrosnąć doraźnie i bezpośrednio, wykazuje nadto, że zrost ten może zaniknąć, jeżeli wcześniej będzie pozbawiony podtrzymania ze strony nitek szwu (katgut), przy istnieniu wywołującej przyczyny (wzdęcie, kaszel). Rzeczywiście w przypadku tym szew katgutowy, użyty do połączenia bezpośredniego warstwy mięśniowo-powięziowej, tracąc swoją moc i sprężystość przy dłuższem pozostawaniu w żywych tkankach ustroju, uległ działaniu nadmiernego ciśnienia wewnątrzbrzuszego podczas długo trwającego wzdęcia brzucha oraz napadów kaszlu. Przy tak nieprzyjaznych warunkach szew katgutowy nie zdołał zapobiedz rozciągnięciu i zanikowi wątego zrostu pochw mięśni prostych brzucha, wskutek czego wytworzyło się rozejście się tych mięśni (długo trwające wzdęcie brzucha). (D. n.).

## Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania,

podał

D-r S. GROSGLIK.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 23).

Samo przez się rozumie się, iż do wyjaławiania zapomocą gorąca — czy to w postaci pary, czy też w postaci suchego ciepła — nie nadają się narzędzia elastyczne, których pawilony opatrzone są obwódka z laku. Lak przy zabiegu tym topi się, ścieka na powierzchnię cewnika i czyni go niezdatnym do użycia. W razach wyjątkowych, gdy nie mamy pod ręką innych narzędzi, można sobie poradzić w ten sposób, iż część pawilonu wraz z obwódką obcinamy przed wyjałowieniem. Lepiej wszakże przy wyborze cewników unikać tego rodzaju wyrobów.

Najlepiej bezwarunkowo znoszą działanie wysokiej ciepłoty żółte cewniki angielskie jedwabne oraz cewniki jedwabne VERGNE'a. Te ostatnie doprowadzone są pod względem technicznym do wysokiego stopnia doskonałości, przyczem cena ich nie jest wygórowana (tuzin 24 franki).

Jeszcze słówko o czyszczeniu narzędzi. Jakąkolwiek metodą posługujemy się do odkażania cewników i zgłębników, ważną jest rzeczą dbać o dokładne oczyszczanie mechaniczne przed wyjaławianiem. Szczególną uwagę należy zwracać na oczyszczanie cewników cienkich, których światło łatwo zatyka się skrzepami krwi, strzępami śluzu i ropy, wazeliną i t. d. Najlepiej czyścić narzędzia zaraz po użyciu, ażeby zapobiedz rozkładowi wymienionych substancji. W tym celu cewniki i zgłębniki zaraz po użyciu należy wytrzeć tamponem z waty lub gazy, zmoczonym w wodzie dla usunięcia tłuszczu, wyszorować starannie wodą ciepłą z mydłem, następnie pod kranem wodociągu

oplukać, przyczem jednocześnie przepłukuje się wnętrze cewnika. Gdyby cewniki przy tem oplukaniu okazały się niedrożnymi, należy jeszcze wnętrze ich kilkakrotnie przestrzyknąć zapomocą szprycy. Narzędzia, w ten sposób oczyszczone, wycieramy do sucha i przechowujemy w miejscu, zabezpieczonem od kurzu.

Dla łatwiejszego oczyszczania cewników jest rzeczą ważną, aby część cewnika, która się przedłuża po za oczko, nie posiadała światła. Oczko cewnika powinno mieć kształt rynienki i stanowić zakończenie światła cewnika, w przeciwnym bowiem razie zagłębienie w dziobie cewnika stanowi ważną przeszkodę do należytego oczyszczenia, *resp.* wyjałowienia. Na okoliczność tę należy zwracać szczególną uwagę przy wyborze narzędzi.

## II. Aseptyczne cewnikowanie.

Jakkolwiek nie da się zaprzeczyć, iż pierwszym warunkiem bezgnilnego cewnikowania jest cewnik jałowy, jednakowoż nie daje on gwarancyi bezpieczeństwa zabiegu, jeżeli nie będą zachowane należyte środki ostrożności, ochraniające cewnik przed zanieczyszczeniem podczas użycia. Ze względu na następstwa, grożące choremu przy zaniedbywaniu zasad aseptyki, cewnikowanie należy do zabiegów poważnych i przygotowania do niego wymagają nie mniejszej staranności, aniżeli zwykliśmy poświęcać, przystępując do najpoważniejszych operacji chirurgicznych. Przedewszystkiem powinniśmy dbać, aby cewnik był wprowadzony do pęcherza w stanie jałowym, następnie zaś należy chronić pęcherz od zakażenia przy rozmaitych rękoczynach, dokonywanych już po wprowadzeniu cewnika t. j. przy płukaniu pęcherza i wstrzykiwaniu doń środków leczniczych.

W szczególności zalecamy następujące postępowanie przy wprowadzaniu narzędzia do cewki lub pęcherza:

a) *Mycie rąk.* Do każdego takiego rękoczynu ręce mają być starannie umyte, według ogólnie przyjętych zasad. Nie wystarcza bynajmniej samo zanurzenie rąk w rozstworze antyseptycznym. Nieodzownym warunkiem czystości jest szorowanie w wodzie ciepłej z mydłem, przyczem baczną uwagę należy zwracać na dokładne o ile możności oczyszczanie paznokci. Szczotek do tego celu nie zalecamy, gdyż należałoby je każdorazowo wygotowywać, co jest trudne do przeprowadzenia w praktyce prywatnej. Umyte ręce wycieramy ś w i e ż y m ręcznikiem lub serwetką. Jeżeli chory sam się cewnikuje, należy zwrócić jego uwagę, iż raz użyty ręcznik do powtórnego użycia się nie nadaje. Ponieważ najstaranniejsze odkażanie rąk nie daje pewności bezwzględnej jałowości, winniśmy dbać, ażeby cewnik przy wprowadzaniu do pęcherza jak najmniej był w zetknięciu z rękami. Cewnik należy brać nie całą garścią, lecz dwoma palcami i trzymać w pewnem oddaleniu od dzioba. Odległość pomiędzy palcami a dziobem powinna wynosić dla cewnika NÉLATON'a przynajmniej kilka centymetrów; cewniki elastyczne można przy pewnej wprawie wprowadzać, trzymając za pawilon lub w niewielkiej odeń odległości. Postępując w ten sposób, możemy ustrzedz wyjałowiony cewnik od zakażenia przez dotykanie rękami.

b) *Aseptyczne smarowanie cewników.* W celu nadania cewnikom odpowiedniej śliskości, należy posługiwać się wyjałowioną wazeliną. Jest to jedyny środek, który znakomicie ułatwia przejście narzędzia przez cewkę, a zarazem nie drażni jej błony śluzowej. Nie możemy polecić tak za-

chwalanej w ostatnich czasach maści GUYON'a, ani też czystej gliceryny, gdyż zarówno jedna jak i druga sprowadzają uczucie silnego palenia w cewce.

Wazelinę należy odkażać przez gotowanie w ciągu pół godziny. Dodawanie środków przeciwnilnych nie jest wystarczające, nadto niektóre z nich (karbol, sublimat) drażnią cewkę. Do gotowania wazeliny posługiwać się można słoikiem szklanym z przyszlifowanym korkiem. Taki słoik, napełniony wazeliną i zakorkowany, wstawiamy do naczynia z wodą wrzącą na pół godziny, a po wyjałowieniu przechowujemy w miejscu, zabezpieczonem od kurzu, ażeby przy otwieraniu nie zanieczyszczać zawartości. Jednorazowe gotowanie starczy na dłuższy czas, jeżeli zamiast maczać palce w wazelinie, jak to się zazwyczaj czyni, będziemy w niej zanurzali dziób sterylizowanego cewnika. Wazelina, służąca do smarowania cewników, nie powinna być używana do żadnych innych celów.

Z uwagi, że palce nasze nawet po dokładnem obmyciu nigdy nie są pewne pod względem aseptyki, powinniśmy się pozbyć ogólnie rozpowszechnionego nałogu rozsmarowywania wazeliny na cewniku. Ta nieznaczną napozór czynność może łatwo zakazić cewnik i wniwecz obrócić starania nasze, podjęte celem wyjałowienia cewnika i wazeliny. Najlepiej, jak wyżej rzekłem, zanurzyć dziób cewnika w wazelinie i tak cewnik do cewki wprowadzić, przyczem wazelina sama się na cewniku rozsmarowuje.

c) Odkazanie pola operacyjnego. Okolica ujścia zewnętrznego cewki powinna być przed każdym cewnikowaniem obmyta. Prawidła, w tej mierze obowiązujące, są zupełnie takie same, jakie obowiązują przy operacjach w innych okolicach ciała. U mężczyzny należy obmyć całą żołądź wraz z napletkiem aż do *sulcus retroglandaris*, u kobiet zaś całą szparę sromną. Woda z mydłem, tampon z waty hygroskopowej wystarczają najzupełniej, aby te części uczynić nieszkodliwymi przy cewnikowaniu. Po obmyciu należy jeszcze wytrzeć okolicę otworu zewnętrznego watą lub gazą wyjałowioną, a w braku tejże watą, zmoczoną we wrzątku i wyżętą. Szczególną uwagę zaleca się pod tym względem u osób, dotkniętych wpływem z cewki, oraz u kobiet, cierpiących na upławy.

Do najtrudniejszych zadań aseptyki należy odkazanie samej cewki. Jak wiadomo, nawet zdrowa cewka jest siedliskiem bardzo licznych mikrobow, które, odgrywając w warunkach prawidłowych tylko rolę saprofitów, mogą w pewnych sprawach chorobowych stać się przyczyną poważnych zaburzeń. Cewnik bowiem, przechodząc przez cewkę, mechanicznie wprowadza znajdujące się tam mikroby do pęcherza, co przy pewnych sprzyjających okolicznościach może wywołać zakażenie. Przy cewnikowaniu zatem musimy się liczyć i z tem źródłem zakażenia, musimy dbać o to, ażeby mikroby cewki uczynić nieszkodliwymi. Na nieszczęście zupełne odkazanie cewki jest rzeczą absolutnie niemożliwą, liczne bowiem fałdy i zagłębienia, w jakie cewka obfituje, stanowią szkopuł, o który rozbijają się wszelkie nasze usiłowania. Badania moje, dokonywane w tym kierunku, a polegające na kilkakrotnem starannem płukaniu cewki wodą wyjałowioną, dawały mi stale wyniki ujemne. Z drugiej jednak strony zasługuje na uwagę, iż płukanie cewki znakomicie zmniejsza ilość znajdujących się w niej zarazków. Tak np. szczepiąc zawartość cewki odkazonej, otrzymywałem stale 2 lub 3 kolonie bakterii, gdy szczepienie przed płukaniem dawało niezliczone ilości kolonii. Względ ten przemawia stanowczo za koniecznością płukania cewki przed wprowadzeniem cewnika,

gdyż zmniejszając ilość drobnoustrojów do *minimum*, zmniejszamy znacznie możliwość zakażenia.

Przemywanie cewki przed wprowadzeniem narzędzia powinno być stosowane na zasadzie ścisłych wskazań. Nigdzie chyba nie należy się tak strzedz szematyczności, jak właśnie przy tych przemywaniach, a to ze względu na wysoki niekiedy stopień wrażliwości błony śluzowej cewki. Zdarzało mi się nieraz, że po niedługim i bezbolesnym przestrzyknięciu cewki wystąpił taki skurcz części błoniastej, że nie byłem w stanie przejść narzędziem do pęcherza, pomimo, iż o istotnem zwięźeniu cewki mowy być nie mogło. W takich razach, jakoteż u osób lękliwych, gdzie rękoczyny nasze powinny się odznaczać jak największą delikatnością i mają być szybko zakończone, należy szczególnie rozważyć wszelkie za i przeciw i stosować przemywania tylko w razach koniecznej potrzeby.

Niezbędnem jest odkażanie cewki:

1) Przy ostrych i przewlekłych sprawach zapalnych samej cewki, powikłanych zatrzymaniem moczu; tu bowiem błona śluzowa cewki pokryta jest większą lub mniejszą wydzieliną ropną, która łatwo może być przeniesiona zapomocą narzędzia do tylnej cewki lub pęcherza i spowodować zapalenie (*urethritis posterior, epididymitis, cystitis*). Nader ostrożnie dokonywać należy przemywania cewki przy zatrzymaniu moczu w ostrej rzeżączce. Ograniczyć się tu musimy do 2—3 szpryc, które opróżnimy pod małym ciśnieniem; w przeciwnym bowiem razie narażamy chorego na dotkliwy ból, a co ważniejsza, nie uda nam się wprowadzić cewnika z powodu silnego skurczu zwieracza pęcherza, w tych razach zazwyczaj mocno podrażnionego.

2) Przy wszelkich sprawach chorobowych, połączonych z całkowitem lub częściowym zatrzymaniem moczu, przekrwieniem lub uszkodzeniem błony śluzowej pęcherza bez względu na to, czy mamy do czynienia z cewką prawidłową, czy w stanie zapalnym będącą. Do tej kategorii chorób należą: przerost, nowotwory i ostre zapalenie gruczołu krokowego, ciężkie postaci zwięźnienia cewki oraz *atonía detrusoris* pęcherza pochodzenia nerwowego, w których to chorobach pęcherz wcale się nie opróżnia lub opróżnia niecałkowicie; dalej kamienie, nowotwory i gruczlica pęcherza, w których istnieje nieraz *laesio continui* lub przekrwienie błony śluzowej; nareszcie zatrzymanie moczu w chorobach zakaźnych oraz po operacjach chirurgicznych. Sprawy te pomimo najsilniejszego napięcia przebiegają zazwyczaj aseptycznie, dopóki nie został zastosowany cewnik, czy to w celach rozpoznawczych, czy też leczniczych, t. j. dopóki nie zostały wprowadzone drobnoustroje do pęcherza. Jest bowiem rzeczą udowodnioną, że obecność choć jednego z przytoczonych wyżej czynników znacząco sprzyja rozwinięciu się sprawy zapalnej w pęcherzu pod wpływem wniesionych doń zarazków. Dlatego też powinniśmy w tych razach zawsze dbać o należyte odkażanie cewki, o ile niema specjalnych przeciwwskazań.

Przechodzimy obecnie do samej techniki odkażania cewki.

Płukanie cewki może być uskutecznione albo zapomocą szprycy albo zapomocą irygatora. Należy unikać roztworów azotanu srebra oraz sublimatu, ponieważ one drażnią cewkę, wywołują ból, utrudniają wprowadzanie narzędzi, a niekiedy powodują ropienie w cewce. Odkażanie cewki powinno mieć na celu tylko mechaniczne usunięcie mikrobów, najlepiej zatem posługiwać się tylko wodą wyjałowioną. Jeżeli kto chętnie używa kwasu bornego, niechajże pamięć



ta, że roztwór kwasu bornego powinien być przed użyciem przegotowany. Używajmy wody letniej; zimna lub za ciepła sprawiają nieprzyjemne uczucie bólu i powodują skurcz głębokich części cewki. Do płukania należy przystąpić po dokładnem obmyciu żołądki i czynność tę rozpocząć od otworu zewnętrznego cewki. Rozsunąwszy wargi otworu wielkim i wskazującym palcem lewej ręki, puszczamy prąd wody, nie dotykając kanką błony śluzowej rozwartej jamki łódkowej. Okolica ta najwięcej obfituje w drobnoustroje, należy przeto unikać zakażenia kanki, a temsamem przeniesienia zarazków wgłąb cewki. Trzy lub cztery szpryce po 100 grm. lub tyleż z irygatora wystarczą przy odpowiedniej sile prądu, aby tę część cewki oczyścić z możliwą dokładnością. Następnie wsuwamy kankę do kanału na kilka centymetrów i, lekko przytrzymując żołądek, opróżnimy znów 3—4 szpryce. Należy się wystrzegać zaciśnięcia otworu zewnętrznego cewki, silniejszy bowiem nacisk na tłok szprycy lub większe ciśnienie wody w irygatorze może wpędzić płyn do pęcherza, a zatem sprawić wręcz odwrotny skutek t. j. dostanie się do pęcherza mikrobów z cewki jeszcze przed wprowadzeniem cewnika. Płuczając cewkę przy otwartem ujściu, możemy puszczać dość ostry prąd bez obawy sprawienia choremu bólu i bez obawy wpędzania mikrobów do pęcherza, działanie zaś odkażające takiego prądu będzie daleko skuteczniejsze, aniżeli wówczas, gdy, zamykając ujście zewnętrzne cewki, znacznie prąd osłabimy. Jeżeli do płukania używamy szprycy, należy pamiętać, aby po każdym opróżnieniu była od kanki odłączana; w ten sposób unikamy zanieczyszczenia wody, używanej do płukania.

Rękoczyn powyższy daje nam możność odkażenia cewki przedniej. Cewka prawidłowa zawiera drobnoustroje tylko w przedniej części i na nią też powinna być zwrócona uwaga nasza przy odkażaniu. Jeżeli cewka jest zakażona, musimy działać energiczniej, dłużej, musimy się starać usunąć wszelkie zanieczyszczenia ropne z jej błony śluzowej. I w tych razach najlepiej posługiwać się wodą wyjałowioną lub roztworem kwasu bornego, aseptyka i w tych razach więcej uczyni, aniżeli antyseptyka.

Płukanie cewki tylnej możliwe jest tylko przy jednoczesnem płukaniu pęcherza. Tylne części cewki jest słabo odgraniczona od pęcherza i woda, wstrzyknięta do niej, toruje sobie drogę do pęcherza. Odkażanie zatem tylnej cewki—jeżeli jest zakażona—musi być połączone z płukaniem pęcherza. Płukanie takie jednak nie będzie już miało znaczenia zapobiegawczego przy wprowadzaniu cewnika. Ma ono raczej charakter leczniczy i jako takie tylko w luźnym związku się znajduje z zajmującym nas przedmiotem.

W ostatnich czasach niektórzy autorowie wskazują na możność płukania cewki tylnej i pęcherza bez użycia cewnika. Płukanie takie wymaga jednak stosowania dużej siły, ażeby przemódz skurcz zwieracza, odgraniczającego przednią cewkę od tylnej, i sprawia zazwyczaj dotkliwy ból. Sposób ten nie zasługuje przeto na rozpowszechnienie. Zdaniem mojem lepiej i wygodniej posługiwać się do płukania cewki tylnej i pęcherza cewnikiem. Jednakże przed wprowadzeniem cewnika do tylnej cewki należy uprzednio przepłukać przednią cewkę w sposób wyżej podany. Dopiero wówczas wprowadzamy cewnik do pęcherza. Opróżniwszy pęcherz od zawartego w nim moczu, cofamy cewnik na 2—3 ctm., ażeby dziób jego znajdował się w tylnej cewce. Płyn, wstrzyknięty przez cewnik, opłukuje tylną cewkę, dostaje się do pęcherza i wypływa przez cewnik, uprzednio wepchnięty do pęcherza. Całą tę czyn-

ność powtarzamy kilkakrotnie, z nadzwyczajną ostrożnością. Wpychanie i cofanie cewnika powinno się odbywać powoli, a wstrzykiwanie płynu powinno być dokonywane pod słabym ciśnieniem. Do płukania tylnej cewki i pęcherza można oprócz wyżej zaleconych płynów używać także słabego roztworu saletrzanu srebra, mianowicie 1 : 2000 lub 1 : 3000.

(D. n.).

## WYKŁADY KLINICZNE.

# O KRZYWICY.

Napisał Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 22).

**Rozpoznanie różniczkowe.** Jakkolwiek przy obecności kilku objawów krzywicy błąd rozpoznawczy jest nieprawdopodobny, jednakże niektóre z objawów mogą dać powód do niejakich wątpliwości.

Wylowy zapalne do jam mózgowych, nowotwory mózgu mogą powodować nierozróżnienie się ciemiączek, pozostawanie ciemiączka czołowego otwartem. Toż samo powodować może wodogłowie. Przy ostrem wodogłowie niemożna podejrywać krzywicy, ale wodogłowie przewlekłe (*hydrocephalus chronicus*) uchodzić może za krzywicę przez objawy nerwowe, powiększenie czaszki i jej zniekształcenie, otwarte ciemiączka i szwy. Różni się od krzywicy wodogłowie tem, że: 1) powiększenie czaszki u krzywicowych zależy przeważnie od nawarstwień kostnych, które wyczuć można (guzy czołowe, ciemieniowe); 2) ciemiączko czołowe jest przy wodogłowie napięte, przy krzywicy chwilowo tylko nad powierzchnię się wznosi; 3) przy wodogłowie wzornik oczny wykrywa zmiany w tarczy nerwu wzrokowego (*Stauungspapille*); 4) wodogłowie towarzyszą niektóre zaburzenia nerwowe, przy krzywicy niespotykane (zaburzenia mowy, porażenia, bezwład); 5) wodogłowie towarzyszy zwykle upadek czynności psychicznych, który zdradza się już zewnętrznym wyrazem twarzy dziecka; dzieci dotknięte krzywicą, pomimo niekształtnej czaszki nie są w rozwoju umysłowym wstrzymane (przysłowiowy spryt garbusków). Niomniej zdarzają się przypadki powikłania krzywicy przez wodogłowie przewlekłe. Znajdujemy wtedy pokrzyżowane objawy obu cierpień.

Zmiany, na kośćcu napotykanne, mogą być niekiedy trudne do odróżnienia od zmian, przez przymiot wrodzony spowodowanych. Zarówno zgrubienia nasad, jak i nawarstwienia na trzonie kości długich są klinicznie przy krzywicy i przymiocie wrodzonym podobne. Jakkolwiek odklejanie się nasad jest tylko objawem przymiotowi właściwym, rozpoznanie takiego zaburzenia nie da się za życia uczynić.

*Osteochondritis luetica* zaczyna się u noworodków czteropięcioletnich; krzywica rzadko rozpoczyna się tak wczesnie. O ile zaś uznamy krzywicę wrodzoną (dziedziczną), zmiany przy niej są inne: kości są krótkie i grube, nasady niekształtne, klatka piersiowa już wybitnie zmieniona.

Przy przymiocie istnieją równolegle do zmian w kościach cechy swoiste na skórze i błonach śluzowych; widzimy zapalenia ropne stawów i zapalenia okołostawowe; czasem — porażenia rzekome.

Jeżeli jednak przymiot kości wystąpi w późniejszych miesiącach życia, jeżeli nie towarzyszą mu inne objawy swoiste — natenczas trudno go od krzywicy rozróżnić. Wziąć wtedy należy pod uwagę, że zmiany na czaszce są w przymiocie rzadkie i stanowią wzniesione nad powierzchnią grudki ziarninowe (*Granulationsknötchen*),

głównie na okostnej kości ciemieniowej. Wtedy też uciec się wypadnie do rozpoznania *ex juvantibus*.

Garb, powstały przy krzywicy, odróżnić niekiedy wypadnie od garbu z powodu próchnienia kręgow (malum Pottii). Prócz istnienia innych objawów krzywicy należy uważać garb okrągły za krzywicowy, a garb ostry, kańczasty—za garb Pott'a.

Przy dławieniu się dzieci, po zadmuchiowaniu proszków leczniczych do gardła, przy polipach gardła, przy wdychaniu gazów drażniących — wystąpić mogą objawy, przypominające nieco kurecz głośni, ale od nich różne przy dokładnej obserwacji. Jeżeli wskazują, że kurecz głośni zdarza się i u zołzowatych—prawdopodobnym jest, że zauważone zołzy stanowią wtedy powikłanie niezauważonej krzywicy.

Czasem zapalenie oskrzeli, istniejące przy napadach kureczu głośni, symuluje istnienie ksztuśca (*pertussis*).

Co do drgawek, to w każdym przypadku drgawek bez istniejącej gorączki—rozpoznać można krzywicę.

Tężyczki samoistnej objawy należy odróżnić od tężca (*tetanus*). Przy tężyczce mamy przykurczenia w kończynach, częściej górnych; przy tężcu—kurcze tułowia, a z kończyn—częściej dolnych. Przebieg napadowy, bez gorączki (lub z bardzo nieznaną), zejście zawsze dobre — cechują tężyczkę. W chwilach wolnych od kureczu wywołuje przy tężyczce napad ucisk naczyń lub nerwów w odpowiednich kończynach; przy tężcu — każde wogóle podrażnienie skóry (wzmożenie odruchów).

Przy rozpoznawaniu powikłań pamiętać należy o tem, że przemieszczenie serca i przyciśnięcie tegoż do klatki, pospolu ze zmianami w płucach, może doprowadzić do błędów w określeniu wielkości serca. Zmiana kształtu klatki piersiowej, zmiana grubości jej ścian utrudnia ocenę stanu płuc.

Objawy CHEADDLE-BARLOW'a mogą, z powodu bolesności kończyn, która nawet do ich nieruchomości prowadzi, symulować zapalenie szpiku kostnego (*osteomyelitis*) (przy którym jednak bywa zwykle gorączka), a nawet porażenie kończyn. O odróżnieniu cierpienia tego od gnileca wspomnieliśmy (dodam: brak objawów ze strony dziąseł).

#### Rokowanie. *Quo ad valetudinem completam.*

- 1) Wczesne rozpoznanie i wczesne leczenie krzywicy wyjątkowo tylko nie prowadzi do zupełnego wyleczenia.
- 2) Nieznaczne stopnie zniekształceń kośćca przechodzą bez śladów.
- 3) Silniejsze stopnie—powodują stałe kalectwo.
- 4) Zmiany miednicy powodują porody nieprawidłowe.

#### *Quo ad vitam:*

- 1) Skurecz krtani przez długotrwałe bezdech spowodować może śmierć. Inne objawy nerwowe dają dobre rokowanie, jakkolwiek długotrwałe i częste drgawki dają rokowanie wątpliwe.
- 2) Wycieńczenie ogólne, niedokrwistość, upadek odżywiania—sprowadzają charakteractwo i śmierć.
- 3) Krzywica pogarsza rokowanie przy chorobach zakaźnych ostrych.

Co do powikłań—to najgorsze rokowanie dają powikłania przez choroby narządów oddechowych; gruźlica stanowi najczęstsze wrota śmierci chorych krzywicowych. Inne wikłające krzywicę sprawy, nie wyłączając objawów CHEADDLE-BARLOW'a, dają rokowanie dobre.

Wogóle więc: objawy istotne krzywicy groźne są jedynie *quo ad valetudinem completam*; objawy wtórnie rzadko, ale bywają, groźne *quo ad vitam*; powikłania krzywicy należą często do chorób śmiercią się kończących.

**Zapobieganie i leczenie.** Ponieważ najważniejszą jest przy leczeniu krzywicy terapia higieniczna, więc zapobieganie wymaga zupełnie tychże zabiegów, co i leczenie.

Przypominając sobie przyczyny powstawania krzywicy, znajdziemy wśród nich przewinienia przeciw różnym prawidłom higieny.

Przedewszystkiem znajdziemy złe powietrze, jako moment do krzywicy usposabiający.

Cóż w tym względzie czynić należy, by zapobiedz, a nawet uleczyć, nie dozwoląc na dalszy rozwój krzywicy? Popierwsze, nie skazywać dziecka na areszt domowy w ciągu półroczu zimnych miesięcy, co jest zwyczajem wielu wychowawców. Przesadzona obawa zaziębienia więzi dzieci przez miesiące całe w izbie, w „klimacie pokojowym“, a jakim on jest, jakie powietrze zawiera i jak działa, wspomniałem już wyżej. Dlatego pierwsze wskazanie zapobiegawcze, jak i lecznicze, będzie brzmiało: przyzwyczajenie dziecko do codziennego używania powietrza wolnego, bez względu na porę roku. Jeżeli ani na jeden dzień nie zaprzestać wynoszenia dziecka na powietrze—przy przejściu od lata do zimy—natenczas szkody nawet wilgotne i chłodne powietrze dziecku nie uczyni. Podrugie, należy dbać o czyste powietrze w mieszkaniu. Wielu mniema, że czyste powietrze zależy od dobrego przewietrzania. Lekarze nawet, sprawdzwszy w izbie powietrze zepsute, oglądają się za wentylatorem, wskazują jego potrzebę. Jest to wielki błąd. Czyste powietrze w izbie daje nam przedewszystkiem: unikanie zanieczyszczenia tego powietrza. Może zdawać się dziwnem, że nacisk na tak prostą sprawę kładę, ale codzienne doświadczenie, nawet niektóre prace naukowe, przekonująją mnie, że ta tak prosta prawda jest przecież nieuczynawą. Wentylacja nie ma wcale granic szerokich; przeciwnie, poza możliwością odświeżenia pewnej ilości powietrza zepsutego przez pewien przeciąg czasu—najlepsza wentylacja nie jest w stanie nic uczynić. Dlatego nie myślmymy o wentylacji przedtem, zanim nie wypełnimy wskazania ważniejszego: usuwać z pokoju dziecka w wszystko, co powietrze w pokoju tym psuje. A więc usuwać zbyt liczne skupianie się ludzi, wadliwe oświetlenie, sprzęty zbyt liczne, nieczystość z powierzchni sprzętów, ścian, podłóg, z powierzchni skóry dziecka i osób je pielęgnujących; usuwać bieliznę brudną, pościel, naczynia nocne i t. p. Wtedy dopiero, kiedy do *minimum* ograniczymy źródła zepsutego powietrza—powinniśmy pomysleć o przewietrzaniu. Przy przewietrzaniu uwzględnić należy: źródło, z kąd powietrze dochodzi, t. j. nie wprowadzać na miejsce nieczystego powietrza izby,—znów powietrza nieczystego podwórza np.; powtóre nie wzbudzać przy przewietrzaniu zbyt silnego przerwiewu, t. zw. cugu, szybko ochładzającego ciało (zaziębienie). Trzeciem wskazaniem przy zapobieganiu i leczeniu krzywicy jest: dostarczanie dziecku w obfitości promieni słonecznych.

Naturalnie z chwilą, gdy się krzywica rozwinęła, wszystkie wskazania powyższe stają się wskazaniem do zabiegów leczniczych. Powietrza czystego szukamy wtedy bądź w górach, bądź nad morzem. Kąpieli używamy nie tylko dla utrzymania czystości ciała, lecz i dla pobudzenia przemiany materii.

Jako czysto już leczniczo zabiegi przy krzywicy wskazać należy, w myśl wskazania powyższych: pobyt w miejscowościach lesistych, suchych; w uzdrowiskach klimatycznych górskich, w miejscowościach kąpielowych morskich.

Co się tyczy kąpeli morskich, to stosowanie ich zależy od stanu sił dziecka. W każdym razie kąpiele podobno stosować należy w wannie, nie codziennie, a trwania każdej nie przeciągać po nad kilka minut. Pobyt nad morzem dużo dobrego czyni przez czystość powietrza. Dlatego też zupełnie różną ma wartość pobyt w „kąpielach morskich“, a kąpiele słone w domu urządzone. Te ostatnio, stosowane u źródeł solankowych (Ciechocinek, Druskienniki <sup>1)</sup>), łączą działanie klimatyczne z działaniem kąpeli.

<sup>1)</sup> Z miejsc obcych: Landeck, Franzensbad, Elster i Kreuznach.

Prócz kąpieli z solą stosują sztuczno kąpiele t. j. z dodaniem wyciągu słodowego, otrębów.

Pamiętać jednak zawsze należy, by kąpiel nie nadworeżyła sił dziecka: niech nie trwa zbyt długo, w potrzebie co drugi, co trzeci nawet dzień niech będzie stosowana.

Jeszcze raz jednak muszę zwrócić uwagę, że doświadczenia lat ostatnich wykazały wielką wartość uzdrowisk klimatycznych nadmorskich (*Seehospiz*) przy leczeniu krzywicy. We Włoszech, Francji, Niemczech, Austrii—mają szpitale i towarzystwa dobroczynności filie nad morzem, dokąd posyłane są dzieci krzywicią dotknięte. Tu jednocześnie zaznaczyć muszę, że w tych krajach, zarówno jak w Szwajcaryi, istnieją specjalne zakłady dla dzieci krzywicowych. Największym rozgłosem cieszą się instytuty dla krzywicowych we Włoszech, ponieważ są najstarsze; niemniej i w innych krajach cywilizowanych istnieją i powstają szpitale, w których jedynie leczenie higieniczne jest stosowane, a przeznaczono wyłącznie dla krzywicowych, lub też razem i dla zółzowatych dzieci. Do pewnego stopnia odgrywają rolę podobną, naturalnie w małych rozmiarach, kolonie letnie; ale wiek dzieci, na kolonie wysyłanych, czyni to ostatnie raczej środkiem walki ze zółzami, niż z krzywicią.

Skrzywienia kośćca, jakie krzywicy są właściwe, wymagają środków zarówno zapobiegawczych, jak i leczniczych. Jeżeli powstaniu krzywicy wogóle zapobiedz można przez wychowywanie dziecka w warunkach higienicznych, to również możliwem jest przy krzywicy średniego natężenia i niedługo trwającej uniknąć zniekształceń kośćca wogóle. Pamiętać jedynie trzeba o tem, co te zmiany kształtu powoduje i odpowiednio do tego z dzieckiem postępować. Najczęstszy w tej mierze błąd pochodzi ze strony matek, które doczekać się nie mogą chwili, gdy dziecko siedzieć, później stać, chodzić samodzielnie jest w możności. Zmuszanie (sztuczna pomoc) dziecka do utrzymywania się w pozycji siedzącej lub stojącej wtedy, kiedy mu nato siły jego, względnie stan kości, mięśni, więzów, stawów nie pozwalają, sprawdza wczesne zmiany w kośćcu, krzywicią nawet w stopniu małym dotkniętych. Odpowiednie postępowanie zapobiega wytworzeniu się tych zmian. Szkodę dzieciom krzywicowym przynosi też długotrwałe nośzenie na ramionach („na rękę“), szczególnie jeżeli piastunka nie zmienia kolejno rąk; niedbale ułożone, nierówne, zbyt miękkie posłanie; podnoszenie dziecka, pochwyczonego nie pod pachy, lecz za ręce i t. p. Istniejące już zniekształcenia leczyć wypada środkami fizycznymi. Środkiem takim jest przy zakłębnięciach klatki piersiowej wdychanie powietrza zgęszczonego (107). Działa zabieg ten nie tylko na kościec klatki, który pod ciśnieniem się rozprostowuje, lecz i na tkankę płucną, która się lepiej rozwija, lepiej przewietrza.

Oslabienie mięśni i stawów leczyć można mięsieniem (108), umiejętno wykonywanem. Działa ono i na przemianę materii dodatnio. Stosowano też w czasach ostatnich elektryczność w postaci galwanizacyi wzdłuż kręgosłupa i w postaci kąpieli elektrycznych (109).

Zniekształcenia, po ustąpieniu samej sprawy krzywicowej pozostałe, leczyć wypada drogą zabiegów chirurgicznych lub ortopedycznych. Naturalnie, zabiegi ortopedyczne wtedy tylko korzyść przynieść mogą, gdy leczyć możemy na pewną jeszcze podatność, miękkość kośćca. Zakończona bowiem sprawa krzywicowa daje kość nadzwyczaj zbitą (*eburnisatio* kości). Po szczegóły odnośnie, dotyczące się leczenia chirurgicznego i ortopedycznego, do dzieł specjalnych odesłać muszę (110).

(D. n.).

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

70. A. BAGINSKY. **Pierwsza serya przypadków błonicy, leczonych antytoksyną (Aronson'a).** Taki tytuł nosi przedmowa BAGINSKY'ego do sprawozdania ze 167-iu przypadków błonicy, leczonych antytoksyną w szpitalu imienia Fryderyka w Berlinie. Autor wypowiada w niej szereg uwag o wartości leczniczej omawianego środka i o swoistości lasecznika błoniczego, a zarazem zbija niektóre zarzuty HANSEMANN'a, GOTSTEIN'a i innych. Przedewszystkiem zaznacza, że z wielu środków, stosowanych przezeń zarówno w praktyce prywatnej jak i szpitalnej, żadnemu nie mógłby przypisać równie pomyślnego wpływu na przebieg błonicy. Nie może jednak powiedzieć, że środek ten nie pozostawia już nic do życzenia. Zaiste, i dziś dają się spostrzegać przypadki, w których życie chorych jest bardzo zagrożone, wszelako ilość ich jest bez porównania mniejsza, niż dawniej, i zdarzają się one bez porównania rzadziej u osobników zawczasu leczonych antytoksyną, niż u nieleczonych nią. Fakt ten stwierdzają spostrzeżenia, robione w Wiedniu, Tryeście, Budapeszcie, Pradze i t. d.

Jeżeli pomimo tego rodzą się pewne wątpliwości co do skuteczności nowego środka, składają się na to 2 czynniki. Pierwszym jest nawyknienie, skutkiem którego każda głębiej sięgająca nowość w dyagnostyce i lecznictwie niemile bywa odczuwana w praktyce lekarskiej; drugim czynnikiem jest polemika, spowodowana skrupułami rzekomo (?) teoretycznymi i powstrzymująca lekarzy od stosowania środka w praktyce. Dla praktyka przy łożu chorego jedyną wskazówką właściwą winno być doświadczenie, nabyte z praktyki. Zjawiska życiowe w ustroju zwierzęcym są tak złożone i tak niedostatecznie jeszcze zostały wyjaśnione, że tymczasem o naukowem, teoretycznem uzasadnieniu działania lekarstw nie może być mowy. Z tego względu dociekania teoretyczne są zawsze mniej lub więcej hypotetyczne; a spostrzeganie kliniczne przy łożu chorego rozstrzyga, czy dany środek pomaga, czy nie, czy jest pożyteczny, czy szkodliwy.

Przy obserwacji klinicznej przedewszystkiem chodzi o rozpoznanie. To ostatnie w wielu przypadkach już z samego wyglądu gardzieli i stanu ogólnego nie przedstawia żadnej trudności dla uważnego i doświadczonego lekarza. Pozostaje jednak, podobnie jak w innych chorobach, pewna ilość przypadków wątpliwych. Tu już potrzeba nowych wskazówek rozpoznawczych; w tych właśnie razach znajomość lasecznika błoniczego wkracza w dziedzinę praktyki. *A priori* rozpoznanie robi się na mocy bezpośredniego dostrzegalnych objawów klinicznych, badanie zaś bakteryologiczne jest pomocniczą metodą kliniczną, podobnie jak próby na białko w chorobie BRIGHT'a, badanie moczu na dyazoreakcję w tyfusie, badanie krwi w gorączce powrotnej i zimnicy i t. d.

Odkąd pojawiły się głosy, że lasecznik LOEFFLER'a stanowi przyczynę błonicy, w oddziale autora każdy przypadek bywa badany bakteryologicznie. W pierwszych 154 przypadkach znaleziono laseczniki LOEFFLER'a 18 razy przy śmiertelności 38,19%. Z 36-ciu przypadków, w których swoistego lasecznika nie znaleziono, 4 zakończyły się śmiercią (z nich 3 skutkiem powikłań niezależnych od błonicy). Na mocy tego wyniku przypadki z lasecznikiem LOEFFLER'a uważa BAGINSKY za groźniejsze. Dalsze badania wykazały na 376 przypadków obecność lasecznika LOEFFLER'a w 332-ch ze śmiertelnością 39,3%, z pozostałych w 31 była *angina* bez lasecznika LOEFFLER'a (kokki), bez zejść śmiertelnych; 13 było innej natury; w 1-ym tylko przypadku błonicy nie znaleziono lasecznika LOEFFLER'a.

B. oddziela chorych z wyraźnymi klinicznymi objawami błonicy od chorych podejrzanych. Pierwszych w r. z. przyjęto 529; z nich tylko u 10-ciu nie znaleziono lasecznika LOEFFLER'a. Badanie było tu dokonane tylko jeden raz, z powodu ogromnego napływu chorych, i prawdopodobnie nie dość dokładnie. Drugich (na oddziale kwarantanowym) przyjęto 260. Z nich znaleziono u 104 laseczniki LOEFFLER'a, u 156 tylko paciorkowce; ze 104 z lasecznikami LOEFFLER'a 84 przyjęto do oddziału błoniczego, pozostałe 20 przypadków odznaczały się przebiegiem łagodnym. Ze 156 przypadków (z paciorkowcami) śmiercią zakończyły się 2 (1 *pneumonia*, 1 *atrophia*).

W dalszym ciągu swej pracy autor zwraca się przeciw poglądom HANSEMANN'a. Wbrew zdaniu tego ostatniego — że lasecznika LOEFFLER'a brak więcej niż w 25%

przypadków błonicy—BAGINSKY twierdzi, że lasecznik LOEFFLER'a nie napotyka się tylko w większości przypadków wątpliwych, podejrzanych, które nazywa *diphtheroid*. We wszystkich zaś przypadkach z wyraźnymi objawami błonicy znaleźć go można. Następnie co do faktów, przytoczonych przez HANSEMANN'a, że w rodzinie, gdzie miał miejsce przypadek błonicy, u jednego z dzieci napotymano, u drugiego nie napotymano lasecznika LOEFFLER'a, autor utrzymuje, że dotychczas tego rodzaju spostrzeżenie zrobił tylko raz jeden u dwójga dzieci z lekkim zapaleniem gardzieli w oddziale kwarantanowym; w tym razie laseczniki u jednego z nich widocznie wcześniej znikły. Że zdarzają się laseczniki u dzieci zdrowych, niema w tem nic nadzwyczajnego; dowodzi to tylko, że jeden ustrój jest więcej odporny względem niektórych czynników chorobotwórczych, niż drugi. Bądźco bądź, osoby, u których napotyka się lasecznik LOEFFLER'a, stanowią niebezpieczeństwo dla innych, zwłaszcza dla tych, które nie odznaczają się taką odpornością. Dalej B. zwraca się ku wywodom GOTTSTEIN'a, który na mocy własnych nielicznych spostrzeżeń kwestyonuje możność zarażenia jednego dziecka przez drugie, i powołuje się na przypadki z własnej praktyki, w których zastąpienie jednego dziecka na błonicę spowodowało ciężką postać błonicy u wielu innych i nawet śmierć kilkorga dzieci. Słowem, lasecznik LOEFFLER'a jest przyczyną prawdziwej błonicy. Z tego stanowiska, racya bytu terapii surowiczej BEHRING'a nie może być kwestyonowana. Czy leczenie to jest z tego punktu widzenia uzasadnione, czy nie, nie jest to przedmiotem badań lekarza przy łóżu chorego. Sam B. nie podziela bynajmniej poglądów humoralno-patologicznych BEHRING'a, pomimo to środek jego uznaje i wysoko ceni.

71. O. KATZ. **Sprawozdanie ze 167 przypadków błonicy, leczonych antytoksyną Aronson'a.** W sprawozdaniu tem autor zestawia wszystkie przypadki błonicy, leczone dotychczas antytoksyną ARONSON'a w szpitalu dla dzieci imienia Fryderyka w Berlinie. Przypadki te podzielone są na 4 grupy: 1) lekkie, 2) średnio-ciężkie, 3) ciężkie i 4) posoczniczne. Według tego podziału chorzy oddzieleni są od chwili przybycia do szpitala i pod temi rubrykami się znajdują w czasie całego pobytu. Przy każdym przypadku podana jest mniej lub więcej obszerna i starannie opracowana historia choroby, z wynikiem badań bakteriologicznych i moczu. Do niektórych dołączone są linie z krzywą ciepłoty i ewentualnie rozpoznanie przy badaniu zwłok. Niepodana częstość tętna i ilość moczu w ciągu doby. Do wstrzykiwań używano surowicy ARONSON'a, z którą robiono też doświadczenia na zwierzętach w pracowni szpitalnej. Ostatnie doświadczenia wykazały, że surowica, którą posługiwano się na wiosnę, przewyższała pod względem siły przetwory z Höchst, oznaczone № II (gdyż  $\frac{1}{1200}$  ctm. sz. № II z Höchst nie była dostateczna do zubożenia toksyny, której 0,6 ctm. sz. udawało się zubożyć dawką  $\frac{1}{2000}$  antytoksyny ARONSON'a). Co się tyczy dawkowania, to zrazu posługiwano się małemi dawkami, przechodząc stopniowo do silniejszych; w końcu w lżejszych przypadkach stosowano około 10 ctm., w cięższych 20, 25 i więcej; w cięższych przypadkach zatrzymywano się też nieraz przy małych dawkach, przypadki te jednakże kończyły się pomyślnie.

Z ogólnej liczby 167 przypadków wyzdrowiało 143, zmarło 24; śmiertelność wynosiła około 14,3%. Wszystkie przypadki, zakończone śmiercią, były bardzo ciężkie; w przypadkach podobnych i przed stosowaniem antytoksyny przepowiadano zejście śmiertelne. 11 z nich było bez nadziei z powodu groźnych powikłań; w 2-ch przypadkach, zdaniem KATZ'a, antytoksyna nie pomogła. Żadnego chorego, przeniesionego z innych oddziałów, nie stracono.

Wysypki spostrzegano 22 razy; przypominały one *rubeolam*, odrę, plonicę, *erythema* lub pokrzywkę. Niektórym wysypkom towarzyszyły bóle w stawach i obrzmienia, ale przebieg był łagodny. Nie wszystkie jednak wysypki po zastrzykiwaniach należy kłaść na karb surowicy, gdyż BAGINSKY w swoim podręczniku wspomina o zaczerwienieniach skóry przy błonicy.

Zapalenia nerek nie przedstawiały nic osobliwego i nie były zbyt ciężkie. Zmiany w sercu (nieczyste tony, skurczowy szmer podmuchowy) przypisuje K. błonicy, nie antytoksynie. Co do działania na sprawę miejscową w gardzieli, nie spostrzega różnicy w porównaniu z tem, co było dawniej. Co do stanu ogólnego, w wielu historyach choroby zanotowano poprawę.

Według wieku najmniejsza śmiertelność przypada na 2-gi rok życia, dalej na 8-y i po wyżej 10 lat; najniekorzystniej przedstawia się rok 1-szy. Z leczonych pierwszego dnia choroby 27-ju zmarł 1, 2-go dnia z 45—1, 3-go z 30—0; 4-go z 17—3,

5-go z 17—7, 6-go z 10—3, 7-go z 1—1, 8-go z 9—4. Nieoznaczono dnia choroby w 11, z nich zmarło 4.

Zresztą do większej części tych danych, opartych na świadectwie otoczenia chorego, autor nie przywiązuje żadnej wagi<sup>1)</sup>. Co się tyczy tracheotomii i intubacji, to pierwszych było 10; z nich zakończonych śmiercią 12 (między nimi 2 tracheotomie wykonane były po intubacji); drugich 10, z tych 1 z zejściem śmiertelnem. Pewna ilość chorych ze zwężeniem krtani doznała poprawy po wzięwaniach wody wapiennej. Intubację stosowano tam, gdzie nie było zbyt wielkiego obrzmienia gardzieli; w przeciwnym razie robiona była *tracheotomia superior*. Oprócz surowicy stosowano często na miejsca dotknięte błonicą kilka razy dziennie masę o składzie następującym: *Ferr. sesquichl.* 30,00, *Aq. destill.* 5,00, *Lanolini* 60,00. Po tracheotomiach używano roztworu 10% papajotyliny (MERK'a) w  $\frac{3}{4}$ % roztworu kwasu karbolowego, który wstrzykiwano przez rurkę do tchawicy szprycą PRAVAZ'a.

O uodparnianiu zapomocą antytoksyny K. nie wydaje sądu na mocy rozpatrywanych spostrzeżeń. W 8-iu przypadkach pomimo szczepień ochronnych pojawiła się błonica, ale żaden z chorych nie umarł. W końcu K. zwraca uwagę na to, że dawniej umierało po dwoje i troje dzieci jednej rodziny, czego obecnie niema, gdyż po zasłabnięciu, a nawet śmierci jednego dziecka, gdy drugie dostaje błonicy, rodzice zawczasu oddają je do szpitala.

(*Archiv für Kinderh. B. XVIII. Z. V i VI. 1895, str. 331—421.*) B. Polikier.

72. MARFAN. **O zaparciu stolca u dzieci, ze szczególnem uwzględnieniem zaparcia pochodzenia wrodzonego.** U ssawców w pierwszych dwóch miesiącach życia ilość wypróżnień bywa od 2 do 4 na dobę; w następnych pięciu od 2 do 3; na resztę zaś miesiący 1-ego i w 2-im roku przypada po jednym lub dwa wypróżnienia dziennie. Nie należy jednak uważać za stan chorobowy wypróżnień rzadziej zdarzających się, konsystencji miękkiej, koloru prawidłowego; obok bowiem zmniejszonej ilości wypróżnień, tylko twarda tychże konsystencya wskazuje stan zaparcia.

Klasyfikację omawianej sprawy chorobowej autor rozpatruje z punktu widzenia klinicznego, dzieląc zaparcia na dwie grupy: przejściowe i trwałe. Do 1-ej grupy zalicza: wstrzymanie wydzielania *meconium*, zaparcie objawowe i zupełne zamknięcie światła kiszek; do 2-giej—zaparcie pochodzenia pokarmowego i zaparcie o charakterze wrodzonym. *Meconium* zazwyczaj wydzielane bywa w krótkim przeciągu czasu po urodzeniu; wydzielanie wstrzymane być może do 2 i 3 dni w razie gęstej konsystencyi tegoż; w tym razie samo przez się lub też po użyciu ławatywy łatwo się wydziela. Zdarza się jednak, że zamknięcie światła prostnicy lub silne zwężenie kanału кишки powoduje niemożność wydzielniczą; w tym wypadku należy się udać do pomocy chirurgicznej.

Zaparcie stolca objawowe może być gorączkowe i nerwowe (*obstipatio febrilis et nervosa*). *Obstipatio febrilis* zależne jest od zmniejszonej lub zgeszczzonej ponad miarę wydzieliny przewodu pokarmowego, albo też od osłabienia lub kurczu dróg wydzielniczych; najczęściej bywa w okresie zwiastunym chorób ostrych. Dłuższe przebywanie kału w kiszki prowadzi do wzmożenia sprawy fermentacyjnej, która powoduje następcze rozwolnienie.

*Obstipatio nervosa* przy zapaleniu opon mózgowych, wodogłowi i innych cierpieniach układu nerwowego, objaśnia się porażeniem błony mięśniowej kiszek.

Z przewlekłych stanów autor rozpatruje zaparcia pochodzenia pokarmowego, które szczególnie od czasu wprowadzenia w użycie mleka krowiego wyjąłowionego, coraz częściej dają się spostrzegać.

Jako przyczynę zbitości kału przy karmieniu mlekiem krowiem, różni autorowie podają różne zapatrywania. BOHN i MONTI przypisują winę zbyt wielkiej ilości sernika w mleku krowiem, JACOBI brakowi cukru, WIEDERHOFER brakowi tłuszczu, HENOCH wreszcie nadmiarowi soli wapiennych. Używanie pokarmów, obfitujących w ciała krochmalowe, wywołuje również przewlekłe zaparcia.

Najwięcej zajmuje autora t. z. przez niego wrodzone nawykowe zaparcie, którego pochodzenie widzi on w wydłużonem ponad miarę i zbyt pokreconem w swym biegu *S romanum*. Podług najnowszych badań HUGUIER'a, u ssawców *S romanum* jest znacznie dłuższe, niż u dorosłych, i kierunek jego jest, idąc od otworu

<sup>1)</sup> Żałować wypada, że autor nie zestawił śmiertelności według wieku każdej grupy oddzielnie, co byłoby, według naszego zdania, więcej przekonywające, niż różne inne zestawienia, których, jak słusznie dowodzi BAGINSKY, nie należy utożsamiać ze statystyką. (Przyp. spraw.).



stolcowego, zupełnie poprzeczny, z lewej strony przechodzi wprost na prawą, stąd powraca znów na lewą, tworząc tedy 2 zagięcia, których u dorosłych niema; zagięć podobnych u noworodków bywa więcej jeszcze.

Takie pokręcone położenie *S romani* wstrzymuje przesuwanie się zawartości dolnego odcinka kiszek, części płynne zbyttno są wchłaniane, co powoduje stwardnienie kału.

HIRSZPRUNG w pracy: *De dilatatione hypertrophica congenitali coli*, również też sprawę omawia. Jego *megacolon congenitale* ma podobne pochodzenie; wskutek zastojów kału w dolnym odcinku kiszka rozszerza się do niezwykłych rozmiarów i przerasta w całej grubości swej ściany.

Autor przytacza jako przykład nawykowego zaparcia trzyletnią dziewczynkę, u której trwa ono od pierwszych dni życia. Chora, przywieziona do szpitala, nie miała od dwóch tygodni wypróżnienia, pomimo używania wszelkich czyszczących środków; od 5 dni pojawiły się wymioty pokarmowe. Przy badaniu okazało się ciało twarde, jak kamień, umiejscowione w okolicy podbrzusnej lewej, wielkości pomarańczy. Po zastosowaniu prądu elektrycznego ciało to, będące stwardniałym kałem, wydzielone zostało; objawy chorobowe zupełnie ustąpiły.

Co się tyczy objawów i rozwoju zaparcia nawykowego, to zauważyć należy, że już od pierwszych dni życia noworodka zmuszeni jesteśmy uciekać się do środków czyszczących lub przemywań odbytnicy ze względu na towarzyszące objawy, jako to: silne wzdęcie kiszek, bolesne naprężenie ścian brzusznych, silne nalanie żył powierzchownych, brak łaknienia, pragnienie i t. d. Dziecko czyni nadmierne wysiłki, chcąc oddać stolec, co uwidoczni się przez zaczerwienienie i marszczenie twarzy; usiłowania jednak pozostają bez skutku. Takie zaparcia ustają zwykle z końcem 2-go roku, kiedy kierunek dolnego odcinka zbliża się do takiego, jaki ma miejsce u dorosłych. Zdarza się jednak, że w 5-tym roku dopiero wada ta się wyrównywa, a niekiedy pozostaje do końca życia.

Nawykowe zaparcie prowadzi pośrednio do wstrzymania moczu, do wypadnięcia prostaty i do przepuklin, z których pępkowa bywa najczęstsza.

W razie uporczywego zaparcia następuje powolne zatrucie ustroju, dzieci bledną i wpadają w stan charłactwa; noce bezsenne zazwyczaj towarzyszą temu stanowi. Zdarzają się również drgawki tudzież podrażnienia skóry w postaci pokrzywki, łuszczycy, *prurigo* i t. d. Podczas przechodzenia stwardniałego kału może nastąpić rozdarcie otworu stolcowego, tudzież błony śluzowej dolnego odcinka odbytnicy; kał wtedy bywa zabarwiony krwią.

Co do leczenia, autor radzi używać mleko krowie tylko po dodaniu doń wody dobrze ocukrzony, znanej mieszanki BIEDERT'a, lipaniny EPSTEIN'a. U dzieci w drugiej połowie 1-go roku zaleca się używanie kleiku owsianego, zamiast bulionu, chleba, biskoptów i przypraw z żółtkami, które wywołują zaparcia. W razie potrzeby energiczniejszej pomocy, zaleca się przemywanie odbytnicy po parę razy dziennie wodą z dodatkiem oliwy, gliceryny, lekkie środki przeczyszczające w czopkach, jakoto: czopki z 0,5 gliceryny z dodatkiem nieco mydła, aloesu (0,05), kalmelu (0,02); ze środków wewnętrznych zaleca się *magnesia calcinata*, *manna*, *senna*. Mięsień wzdłuż biegu *coli* oddaje znakomite usługi. Przy zjawianiu się objawów zupełnego zamknięcia kiszek należy spróbować przemywania i ręcznego lub zapomocą narzędzi zabiegu w celu wydobycia z odbytnicy stwardniałego kawałka kału. Jeżeli te środki zawodzą, stosuje się faradyzację. Jeden biegun umieszcza się w *rectum*, drugi zaś należy przesunąć po ścianie brzucha w kierunku kiszki grubej. Stosuje się też prąd stały, podług metody de BOUDER: odbytnica zapomocą zgłębnika metalowego, pozostającego w związku z elektrodą dodatnią, wypełnia się wodą słoną; zgłębnik wprowadza się do wejścia w *S romanum*; elektroda ujemna za pośrednictwem szerokiej blachy, zmaczanej wodą, działa na ściany brzuszne. Siła prądu wynosi od 15 do 20 miliamperów. Posiedzenie winno trwać 10 minut. Wypróżnienie obfite po tym zabiegu następuje zaraz albo w parę godzin. W razach rozpaczliwych JACOBI stosuje laparotomię lub tworzy *anum praeternaturalem*.

(*Revue mensuelle des maladies des enfants*. N. IV r. 1895). Stefan Gaszyński.

73. GANGHOFNER. O **pląsawicy przewlekłej**. Przypadek wymienionego w tytule cierpienia dotyczy 9-letniej dziewczynki, u której w obrębie całego prawie układu mięśniowego odbywają się mimowolne ruchy charakteru pląsawiczego, potęgujące się pod wpływem wzruszeń psychicznych i ruchów dowolnych. Trwają one od najmłodszego wieku; najbardziej dotknięte są mięśnie twarzy, najmniej

kończyn dolnych; podczas chodzenia zwłaszcza występuje niezmiernie żywa gra wszystkich prawie mięśni. Mowa nieco niewyraźna, oczywiście wskutek mimowolnych skurczów języka i warg. Czaszka prawidłowa. Inteligencya nieupośledzona. Właściwych przykurczeń niema, wszakże przemijająco występuje pewna sztywność kończyn dolnych. Odruchy ścięgniste i peristaltne na górnych kończynach nie wzmożone, na dolnych znacznie zwiększone, z wyraźnym odruchem stopowym. Z danych wywiadowych zaznaczyć się godzi, że matka chorej zmarła na chorobę umysłową, że poród był ciężki, że z trojga rodzeństwa jedno jest zdrowe, dwoje zaś bardzo wczesnie zmarło.

Jakkolwiek opisane ruchy posiadają wszelkie cechy płasawicznych, to jednakże różnią się one od ruchów właściwych zwykłej płasawicy tem, że nie posiadają tej szybkości i gietkości, jaką spostrzegamy w chorobie św. Wita; układ mięśniowy, zwłaszcza dolnych kończyn, przedstawia pewną sztywność; prócz tego mimowolne ruchy w obrębie rąk i palców tak górnych, jak dolnych kończyn przypominają swoim układem ruchy atetotyczne. Czy więc w danym przypadku mamy do czynienia z przewlekłą płasawicą dziecięcą, czy z atetozą, czy z postacią mieszaną? Pytanie to straciło rację bytu w nowszych czasach, gdy powszechnie zdobywa sobie uznanie pogląd, że oba powyższe zaburzenia ruchowe nie stanowią samodzielnych chorób, jeno są zbiorem objawów mniej więcej równego znaczenia, przytrafiającym się przy rozmaitych sprawach mózgowych. Badanie mózgowych porażań dziecięcych, przy których zdarzają się dość często zaburzenia ruchowe płasawiczego i atetotycznego charakteru, głównie przyczyniło się do wypracowania powyższego poglądu. Ze płasawica przewlekła i atetozą są sobie bliskie, dowodzą przypadki, w których zaburzenia ruchowe posiadają cechy po części atetozy, po części płasawicy, następnie przypadki, w których ruchy płasawicze po pewnym czasie zastąpione zostały przez atetozę i odwrotnie. FREUD w swej pracy o obustronnych porażeniach dziecięcych (*diplegiae cerebrales*) uważa wrodzoną płasawicę i obustronną atetozę za pewną szczególną postać tych porażań. Istotnie charakterystyczne objawy tych ostatnich, jakoto: kurczowe porażenie, przykurczenia, wzmożenie odruchów, są mniej lub więcej wyrażone i w przypadkach przewlekłej płasawicy lub obustronnej atetozy; dotyczy to również, choć już w mniejszym stopniu, i zaburzeń mowy i upośledzenia inteligencyi. Mieszane i przejściowe postacie między czystą atetozą i płasawicą z jednej strony, a spastycznym obustronnem porażeniem lub paraparezą z drugiej, są w tym względzie właśnie przekonywające. Autor podaje kilka takich przypadków. W jednym z nich istniało porażenie mięśni szyi i tułowia, płasawicze i atetotyczne ruchy w górnych i dolnych kończynach wraz z napięciem mięśni w dolnych kończynach przy ruchach dowolnych; w drugim płasawica twarzy, mięśni szyi i obu rąk obok spastycznego niedowładu dolnych kończyn, przykurczenia prawego ramienia z powstrzymaniem jego wzrostu i t. p.

I wyniki badania pośmiertnego, dotychczas nieliczne, przypadków wrodzonej atetozy i płasawicy okazują się identyczne ze zmianami, spostrzeganymi przy rozmaitych mózgowych porażeniach dziecięcych. Przynależności płasawicy przewlekłej do tych ostatnich dowodzą i wspólne momenty etyologiczne: i tu i tam spotykamy choroby matki podczas ciąży, ciężki, długotrwały poród asfiktyczny, choroby zakaźne lub uraz. Wpływ przymiotu nie został jeszcze dostatecznie w tym względzie określony. Co się tyczy warunków powstawania powyższych zaburzeń ruchowych, to jedni, stosując do nich analogię ze zwykłymi pohemiplegicznymi zaburzeniami ruchowymi, przyjmują, że wszelka sprawa mózgową, mająca swe siedlisko w pobliżu drogi piramidalnej lub w niej samej, bez naruszenia wszakże jej ciągłości, może dać powód do ruchów płasawicznych.

FREUD, biorąc pod uwagę fakt, że prawidłowe ruchy noworodków przypominają swoim charakterem płasawicze i atetotyczne, skłonny jest do mniemania, że wrodzona lub wczesnie nabyta płasawica jest wyrazem powrotu lub ostania się, wskutek zmian chorobowych w mózgu, pierwotnej postaci przejawów mózgowych.

Według ANTON'a omawiane zaburzenia ruchowe zależą od zakłócenia harmonijnego współdziałania dwóch układów, z których jeden pobudza ruchy, drugi zaś hamuje je i uporządkowuje; zerwanie tej równowagi może mieć miejsce wszędzie, gdzie te dwa systemy łączą się drogą szarej substancji, a więc na powierzchni mózgowia, w węzłach podstawowych i w rdzeniu.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== ARLOING przekonał się, że z paciorkowców o łańcuchach długich można wyhodować łańcuszki krótkie i nawet laseczki, należące do rodzaju *cladothrix*; odwrotne przejście również można spostrzegać. Co do chorobotwórczego działania paciorkowców, to rozmaite objawy chorobowe może wywoływać jeden i ten sam gatunek, o ile jadowitość jego ulega wahanom: począwszy od dobrotliwej róży, paciorkowce mogą, stosownie do stopnia jadowitości, wywoływać ropnie, zapalenia podskórne lub posocznicę. Według A. ropienia, które przypisywano pewnym lasecznikom (*cladothrix*, *b. Albarrani*), wywoływane są przez zmienne paciorkowce. (Lyon. Méd. 1894 № 20).

== K. PAULUS (z Davos) za przykładem Karola SPENGLER'a podaje nowy sposób homogenizacji i osadzania płwociny w celu poszukiwania w niej laseczników gruźliczych. Do zmieszanej z wodą przekroploną płwociny dodaje się nieco roztworu węglańu sodu i na koniec noża pankreatyny, miesza się dokładnie, wstawia do termostatu lub, w braku tegoż, w jakiegokolwiek miejsce (np. piec), gdzie ciepłota utrzymuje się mniej więcej stale pomiędzy 35°—40° C. Po 16—18 godzinach wszystkie białkowe części płwociny przechodzą w postaci peptonów do roztworu, na dno zaś naczyń opadają jądra komórek i drobnoustroje, które się bada zwykłymi sposobami. Zaletami tej metody w porównaniu z innymi są: łatwość wykonania, szybkość, możność zastosowania do każdej płwociny, łatwość wyszukania laseczników w płwocinach, zawierających ich niewiele. Można sądzić, że podczas pozostawiania płwociny w termostacie mogą się rozmnażać różne zawarte w niej drobnoustroje i maskować przez to laseczniki, co nie ma znaczenia wobec metody podwójnego barwienia, i że własności barwienia się laseczników gruźliczych mogą się zmieniać pod wpływem pankreatyny, co jednak nie ma miejsca, jeżeli czas działania tej ostatniej na płwocinę nie przenosi 24 godzin. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 8. 95).

== MENSİ spostrzegał w 3 przypadkach odry zgorzel skóry; zdarza się to tylko u osobników charłacznych. Przy badaniu bakteriologicznem wykrył M. trzy gatunki: gronkowca złocistego, *proteus vulgaris* i lasecznika bardzo podobnego do lasecznika błonicy. Ten ostatni nie wywiera na zwierzęta żadnego wpływu; szczepienie dwóch pierwszych wywoływało u królików zaczerwienie skóry, później wrzód, bardzo podobny do zgorzeli skóry przy odrze. (Gaz. med. di Torino 1894).

== CRIPPA spostrzegał w dwóch przypadkach rzeżączki ostrej w przedniej części cewki mo-

czowej wystąpienie piątego dnia choroby obrzęku okołocewkowej tkanki łącznej i skóry w okolicy wędzidelka. W obu przypadkach wykryto w płynie obrzękowym gonokoki. Stąd wniosek, że te ostatnie mogą bardzo szybko przedostać się przez nabłonek i zawędrować w tak krótkim przeciągu czasu do głębokich nawet warstw tkanki podśluzowej. (Wien. Méd. Pr. 1893 № 35 i 36).

== MELLINGER, (z Bazylei) poleca gallicynę (eter metylowy kwasu galusowego), zasypywaną *per se* do worka łącznicowego, jako dobry środek w leczeniu przewlekłego nieżytu łącznicy, połączonego z obrzmieniem tejże i przyszcycą skóry powiek, a także *keratitis phlyctenulosa* lub *superficialis*, nawet wtedy, kiedy tym ostatnim towarzyszy zwiększenie się ilości wydzieliny. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 8. 95).  
I. B.

== Z badań URY'ego wynika, że lasecznik kałowy BRIEGER'a, lasecznik EMMERICH'a, lasecznik ropotwórczy (przy zapaleniu pęcherza moczowego) i *b. pyogenes foetidus* są identyczne z lasecznikiem okrężnicy. Bardzo mało od tego ostatniego różnią się *b. endocarditidis*, *b. enteritidis*, *b. dysenteriae epidemicae* i *endocarditidis griseus*. Jediną różnicą lasecznika okrężnicy od lasecznika tyfusu jest zdolność ścinania mleka, której ostatni nie posiada. Są jednak odmiany lasecznika okrężnicy, które nie posiadają tej zdolności, nie można ich przeto odróżnić od lasecznika tyfusu. W takim razie pochodzenie może do pewnego stopnia rozstrzygnąć wątpliwość. (Centr. f. Bakt. u. Par. XVI № 14).

== W badaniach nad czynnikami, wywołującymi zapalenie otrzewny po przedziurawieniu, przyszedł SILBERSCHMIDT do następujących wniosków: 1) jama otrzewny prawidłowa posiada wysoką zdolność wchłaniania; 2) zastrzyknięcie znacznych nawet ilości bakterii znosi otrzewna bez szkody; 3) wytwory drobnoustrojów fermenty kiszkowe i stałe składniki kału nigdy nie wywołują zapalenia otrzewny czy to z osobna, czy w kombinacjach, ciała te jednak mogą wywołać śmierć przez zatrucie ogólne; 4) ciała powyższe wywołują śmiertelne zapalenie otrzewny przy obecności chorobotwórczych, zdolnych do rozwoju pasorzytów; najbardziej szkodliwe z pomiędzy nich są stałe składniki kału; 5) w każdym przypadku zapalenia otrzewny można wykryć pasorzyty, są one zatem niezbędnym czynnikiem sprawy. (Centr. f. Bakt. u. Paras. XVI. № 14).

== UNNA spostrzegał przypadek zarażenia się chorobą włosów, panującą w Kolumbii i znaną pod nazwą „piedra“, zapomocą marek

poctowych. Lekarz, który nigdy nie był w Kolumbii, lecz często otrzymywał stamtąd listy, odklejał z nich marki, maczając je wodą, i równocześnie często mokrymi palcami gładził swoją brodę. Po upływie pewnego czasu na włosach jego brody wyrosły twarde rozsiiane guzy, charakterystyczne dla „piedra“. (La med. mod. № 10. 1895). S. M.

— Przeciwno wypadaniu włosów już to samostnemu, już to w okresie zdrowienia po ciężkich chorobach, ROCHON radzi nacieranie skóry głowy następującą mieszanką: *ol. ricini*, *alcoholi absol. aa* 60,0; *acid. acet. crystal.* 5,0—10,0; *acid. salicyl.* 2,0 z dodaniem kilku kropek jakichkolwiek silnych perfum. (Gazette des Hôp. 46. 95). S. M.

## Wiadomości bieżące.

— Prof. L. RYDYGIER, przewodniczący zjazdów chirurgów polskich, w liście pisanym do naszej redakcyi, uprasza o rychłe zgłaszanie się z wykładami na VII zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

— W dniu 7 b. m. odbyło się w Warszawie doroczne zebranie ogólne uczestników Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, istniejącej od 1857 r. przy Towarzystwie lekarskiem Warszawskiem. W myśl § 13 ustawy Kasy, zarządzający tą instytucją, kol. Rogowicz zdał sprawę z czynności Komitetu za r. 1894. Ze sprawozdania tego między innymi dowiedzieliśmy się: 1) Że z początkiem r. 1894 Kassa wsparcia liczyła członków 714; z tej liczby w r. 1894 zmarło 16, wykreślono z powodu niemożności wnoszenia składek 5, z powodu zaprzestania wnoszenia składek bez usprawiedliwionych przyczyn 4, wreszcie wyjechało z kraju 5; wogóle ubyło uczestników 30; że zaś przybyło nowych członków 39, zatem z końcem 1894 r. instytucya ta liczyła 723 uczestników. 2) Że fundusz żelazny w roku sprawozdawczym powiększył się o 650 rs. i z końcem roku wynosił 35,011 rs. 3) Że fundusz ruchomy ze składek rocznych, odsetek od funduszu żelaznego i ofiar jednorazowych zebrany, wynosił wraz z remanentem 1893 r. 7,198 rs., z którego wydano na wsparcia 5,344 rs., a na administracyę 467 rs.; wogóle 5,811 rs. 4) Że nadto udzielono wsparcia z odsetek od funduszy na specjalne wsparcia przeznaczonych, a zostających w zawiadywaniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w kwocie 1,111 rs. Wogóle wyznaczono wsparcie dla 108 osób i rodzin w ogólnej kwocie 6,455 rs. 5). Że Kasa wsparcia otrzymała w roku ubiegłym dwa zapisy, a mianowicie: a) od pani Bronisławy z Markowskich BUĆKIEWI-

CZOWEJ, wdowy po niedawno zmarłym w Płocku d-rze Adamie BUĆKIEWICZU, hypotecznie zabezpieczoną kwotę 600 rs. na fundusz żelazny Kasy, wypłacalną po śmierci zapisodawczyni. b) Od s. p. Emilii z Grabowskich FUKIER, wdowy po d-rze FUKIERZE, zmarłym przed laty kilkunastu w Warszawie, kapitał 7,500 rs. w listach zastaw. Tow. kredyt. ziemsk., w depozycie wyczystym tegoż Towarzystwa kredytowego pozostawać mający, od którego odsetki według woli testatorki mają być corocznie wydawane jednej najstarszej wdowie po lekarzu pozostałej. 6) Że wreszcie zaległości w nieopłaconych składekach rocznych, przez członków Kasy Wsparcia wnoszonych, z końcem 1894 r. wynoszą 880 rs.

— Towarzystwo ginekologiczno-akuszerskie w Bordeaux z powodu wystawy urządza w d. 8 sierpnia r. b. zjazd ginekologów, akuszerów i pediatrów. Na jednego z prezesów honorowych tego zjazdu zaproszony został kol. Fr. NEUGEBAUER z Warszawy.

— **Zmarli.** Dnia 3 b. m. zmarł w Łodzi d-r Wiktor MICEWICZ w wieku lat 38, wychowaniec Uniwersytetu Dorpackiego. Zmarły cieszył się uznaniem i sympatją chorych jako człowiek i lekarz.

— W dniu 3 b. m. zmarł w Tworkach po długich cierpieniach d-r Adam PODOLSKI, wychowaniec Uniwersytetu Warszawskiego. Zmarły po uzyskaniu stopnia lekarza w r. 1879, przez kilka lat praktykował w Piotrkowie, następnie, przeniósłszy się do Warszawy, jako zdolny i zręczny lekarz chorób zębów cieszył się dużym powodzeniem.

**Sprostowanie.** Na str. 494 w wierszu 21 od dołu zamiast „mięsakami“ winno być „mięśniakami“, zamiast „mięsakiem“ — „mięśniakiem“ i w wierszu 23 również od dołu zamiast „sromu“ winno być „trzonu“.