

# MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 43.

Warszawa d. II (24) Października 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Hipotonia i hipertonia u jednej i tej samej chorej. Podał d-r Z. Bychowski. — WYKŁADY KLINICZNE. Wegetaryanizm jako dyeta lecznicza. Streścił J. Sunderland. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 126. Przyczynek do nauki o chorobie Banti'ego. 127. W sprawie achyliae gastricae i anaemiae perniciosae. 128. Adrenalina przeciw krwotokom kiszkowym w przebiegu tyfusu brzuszego. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 19 września r. b. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

## „MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Z. Bychowski —  
L'hypotonie et l'hypertonie chez la même malade.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmiescie 7.

## „MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r Z. Bychowski —  
Ein Fall von Hypotonie und von Hypertonie bei derselben  
Kranken.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmiescie 7.

## PRACE ORYGINALNE.

### HYPOTONIA I HYPERTONIA

u jednej i tej samej chorej.

Podał

D-r Z. BYCHOWSKI.

Lekarz ambulatoryum szpitala na Pradze.

Spostrzeżenia kliniczne lat ostatnich do-  
statecznie dowiodły, że sztywność mięśniowa  
(ogólna czy częściowa) jest jednym z naj-  
stałszych i najwcześniejszych objawów choroby  
PARKINSON'a (*Paralysis agitans*).

Między innymi i ja<sup>1)</sup>, na zasadzie 21 przy-  
padków, spostrzeganych w poliklinice d-ra GOLD-  
FLAMA, przyszedłem do przekonania, że zdarza-  
ją się niewątpliwie przypadki choroby PARKIN-  
SON'a, w których albo wcale niema drżenia, albo  
zjawia się ono i to w słabym stopniu dopiero po  
długoletniem istnieniu cierpienia. Od tego cza-  
su miałem sposobność badania przynajmniej ty-  
lu jeszcze chorych, tem cierpieniem dotkniętych,  
i przekonałem się o słuszności już przed 9 laty

<sup>1)</sup> O chorobie PARKINSON'a. Medycyna. 1894.

wypowiedzianego przezemnie zdania, t. j., że sztywność mięśniowa panuje nad całym obrazem klinicznym choroby PARKINSON'a, i że wszystkie prawie objawy tej choroby do sztywności mięśniowej, jako do ogólnego mianownika, sprowadzić się dają.

Wielu autorów wypowiedziało nawet przypuszczenie, że całej patogenetycznej choroby PARKINSON'a należy może szukać w układzie mięśniowym (SASS<sup>2)</sup>, STRÜMPPEL<sup>3)</sup>, LEYDEN et GOLDSCHIEDER<sup>4)</sup>, SCHWENN<sup>5)</sup>. Niedawno<sup>6)</sup> tę kwestyę jeszcze raz pobieżnie poruszyłem i tak samo wypowiedziałem się na korzyść mięśniowego pochodzenia choroby PARKINSON'a i zaliczyłem ją do grupy cierpień czynnościowych mięśniowych, czyli t. zw. przeze mnie *myos*.

Jeżeli więc na chwilę odwrócimy naszą uwagę od innych objawów choroby PARKINSON'a i zostaniemy tylko przy sztywności mięśniowej, to prawdziwym jej przeciwstawieniem pod tym względem jest wiać rdzenia. Nie mówię oczywiście tu o całym złożonym zbiorze objawów wiać rdzenia, lecz o spotykanej w tem cierpieniu hipotonii mięśniowej, która, jak dowiódł FRENKEL, tak samo należy do wczesnych i nigdy nie brakujących objawów tego cierpienia. Jeszcze raz dla uniknięcia nieporozumień zaznaczam, że nie mam bynajmniej na myśli przeprowadzenia tu paraleli między temi dwoma cierpieniami. Mówię tu wyłącznie o stanie pewnych gromad mięśniowych w obydwóch tych cierpieniach. A jeżeli spojrzeć na nie z tego właśnie punktu widzenia, to w chorobie PARKINSON'a mamy ogromne wzmocnienie napięcia mięśniowego (Mu-

skeltonus), hipertonię, w przeciwieństwie do hipotonii, którą spotykamy u dotkniętych wiać rdzenia. Trzeba jednakże zaznaczyć, że hipotonia nie zawsze, że tak powiem, rzuca się w oczy. Często trzeba jej, jak przyznaje FRENKEL<sup>7)</sup> i FOERSTER<sup>8)</sup> dopiero szukać. Przypadki wiać rdzenia z taką wybitną hipotonią, jak to opisał FRENKEL w pierwszych swoich pracach, należą do wielkiej rzadkości pomimo to, że w tym właśnie kierunku badamy zwykle odpowiednich chorych.

Już z tego powodu niżej opisany przypadek budzi pewne zaciekawienie. Mieliśmy tu w kończynach górnych, jak zaraz zobaczymy, bardzo wybitną, prawdziwie parkinsonowską sztywność mięśniową, podczas gdy dolne kończyny były dotknięte hipotonią w bardzo wysokim stopniu. Przypadek ten zresztą posiada nie tylko wartość kazuistyczną, lecz, jak zobaczymy, i ogólnie teorytyczną.

Chodzi o 65 letnią P. F. Zebranie dokładnych wywiadów jest bardzo utrudnione. Opowieść chorej co do niektórych szczegółów i dat różni się od opowieści jej mało inteligentnego małżonka. Następujące szczegóły można uważać za mniej więcej ustalone. Chora jeszcze przed 30 laty zaczęła się uskarżać na silne „reumatyczne“ bóle w nogach. Bóle czasami były bardzo dotkliwe, nie pozostawiały jednakże nigdy śladów w postaci „spuchnięcia“ lub „skrzywienia“ stawów. Chora leczyła się w Ciechocinku, ale bez skutku. Bóle się wciąż wzmagały, i chodzenie stawało się coraz więcej utrudnione. Wskutek tego chora zmuszona była (przed 20 mniej więcej laty) używać przy chodzeniu kija. Powtórny pobyt w Ciechocinku tak samo nie przyniósł żadnej ulgi. W tym samym czasie otoczenie chorej zauważyło, że kolana „zaginają się w tył“. Zaleconego przez le-

<sup>2)</sup> Zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans. St. Petersburger med. Wochenschrift. 1891.

<sup>3)</sup> Odpowiedni rozdział w podręczniku szczegół. patol. i terap.

<sup>4)</sup> Krankheiten des Rückenmarks w Handbuch der spec. Pathol. und Therapie Nothnagla. Str. 118.

<sup>5)</sup> Beitrag zur Pathogenese der Paralysis agitans. Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. 70.

<sup>6)</sup> BYCHOWSKI. Ein Fall von recidivirender doppelseitiger Ptose mit myasthenischen Erscheinungen in den oberen Extremitäten. D. Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 22.

<sup>7)</sup> Die Behandlung der tabischen Ataxie, 1900 Lipsk.

<sup>8)</sup> Die Physiologie u. Pathologie der Coordination. 1902. Jena.

karza przyrządu ortopedycznego chora nie mogła używać.

Chodzenie stało się coraz więcej utrudnionem. Od 15 lat chora już wcale chodzić nie może. Pomimo tego jednakże bardzo skwapli-

stępnie, opierając się rękami o to krzesło, przenosiła na nie i tułów. Do zeszłego roku chora sama gotowała, prała nawet bieliznę, siedząc na krześle; obierała kartofle, szyła i t. d., słowem władała rękami zupełnie należycie.

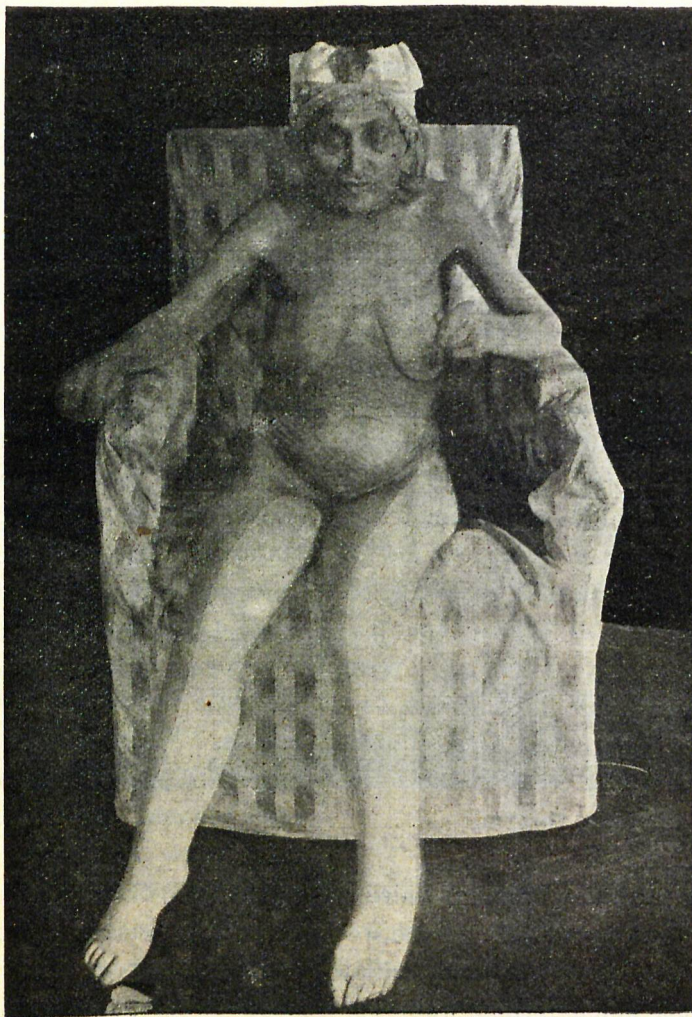


Fig. I.

wie zajmowała się do przeszłego roku gospodarstwem. Przesuwała się bardzo dowcipnie za pomocą 2 krzeseł. Na jednym siedziała, a drugie miała przy sobie; jeżeli chciała zmienić miejsce, przesunęła nieco drugie krzesło, a na-

Dopiero przed rokiem chora zaczęła się skarżyć na drętwienie i sztywność w rękach, które zaczęły się kureczyć. Coraz trudniej jej było wykonywać z taką samą zręcznością poprzednie czynności. Po kilku miesiącach wy-

stąpiło i drżenie w rękach. Obecnie i rękoma nie robić nie może. Przyłączyło się także bardzo męczące palenie w palcach. Chora dłużej nad 15 — 30 minut nie może pozostać w jednej pozycji i ciągle prosi, aby ją przewracano. Wskutek tego wszystkiego cierpi na bezsenność, brak apetytu, a nastrój ducha jest przygnębiony.

Rodziców chora straciła w dzieciństwie, nie więc o nich nie wie. Rodziła 6 razy, ostatni raz przed 25 laty; dwoje dzieci umarło w pierwszych latach życia, reszta zaś cieszy się dobrem zdrowiem. Roniła 2 razy.

Zmarła przed kilkoma laty siostra chorej miała podobną (?) chorobę (tak samo leżała wiele lat w łóżku).

Badanie przedmiotowe wykazuje złe odżywianie bez jakichkolwiek widocznych zбоcezeń w budowie. Chora jest wogóle przygnębiona, na pytania odpowiada niechętnie i powoli. Zaburzeń psychicznych niema. Inteligeneya odpowiada mniej więcej społecznemu stanowisku chorej (mąż jest tragarzem). Zwłaszcza niema żadnych danych na *dementia senilis* lub *paralytica*. Przy pierwszym rzucie oka na chorą zaraz nasuwa się myśl o chorobie PARKINSON'a. Twarz, jak maska, nieruchoma. Przednie mięśnie szyjowe napięte. Ramiona są nieco odprowadzone od klatki piersiowej i zgięte w stawach łokciowych prawie pod kątem prostym.

(Por. rysunek I i II).

Dłonie zgięte, a tak samo i falangi palców, duże zaś palce są przeciwstawione. Ręce wogóle, a zwłaszcza dłonie, mają klasyczny układ parkinsonowski. Duże palce wykonywają rytmiczne drobne ruchy rotacyjne, a w dłoniach daje się spostrzedz rytmiczne nie wielkie i nie szybkie drżenie, zmniejszające się na chwilę przy ruchach celowych. Mięśnie w górnych kończynach są wogóle napięte i na dotyk jakby twarde. Przy ruchach biernych napotyka się duży opór, który przy pewnym wysiłku można jednakże prawie usunąć. Ze strony stawów

żadnych zmian niema. Wskutek sztywności mięśniowej ruchy dowolne są bardzo ograniczone. Chora jednakże przy pewnym wysiłku może podnieść ręce do głowy. Bezładu przytem nie widać. Zmian uczucia w górnych kończynach niema. Odruchów ścięgniastych ani ze strony *m. biceps*, ani *m. triceps* otrzymać nie można. W mięśniach wybitna pobudliwość mechaniczna. Żrenice wąskie. Prawa większa od lewej. Na światło oddziałują, aczkolwiek bardzo leniwie. Ze strony pozostałych nerwów czaszkowych żadnych zmian niema.

Zupełnie inny obraz dają kończyny dolne. Z dołączonych fotografii (Rysunek II i III), przy zdejmowaniu których nie uciekano się oczywiście do żadnych wysiłków i t. p., widać, z jaką wybitną hipotonią mamy tu do czynienia. Ogarnia ona wszystkie prawie mięśnie dolnych kończyn, dzięki czemu można im nadawać najrozmaitsze, wprost dziwaczne pozycye.

Kości i stawy są bez widocznych zmian. (Zdjęcie roentgenowskie kolana, niestety, nie udało się w szczegółach. Klisza jednakże wykazała prawidłowe kontury kości). Stopy mają wygląd zupełnie stopy końskiej (*pes equinus*). Wyprostowanej w kolanie nogi chora absolutnie nie może podnieść, zgiętą zaś nieco porusza dowolnie. Nieznaczne ruchy dowolne w palcach stóp. Odruchów kolanowych i ze ścięgna ACHILLES'a nie ma. Uczucie, zaczynając mniej więcej niżej *linea hypogastrica*, przytępione i bardzo wyraźnie spóźnione. Najlepiej i najprędzej chora poznaje bodźce cieplikowe. Bardzo wybitna zmiany ze strony uczucia stawowego. Niedużego zginania i wyprostowania w stawach kolanowych i stawach stopy czasami zupełnie zostają nie rozpoznane, jakkolwiek muszę dodać, że czasami chora daje odpowiedzi dokładniejsze. Przypominam, że w górnych kończynach i uczucie stawowe jest zupełnie dobrze zachowane. Czasami rznięcie przy oddawaniu moczu.

Streszczając przytoczoną wyżej historię choroby, widzimy 65 letnią kobietę, u której

przed 30 laty wystąpiły pierwsze objawy wiażdżenia (ból). Stopniowo wystąpił bezład ruchów i wybitna hipotonia w dolnych kończynach, co nareszcie uniemożliwiło chorej chodzenie. Górne zaś kończyny przeżyły ten długi okres czasu nie pozostawiały nic do życzenia. Dopiero przed rokiem w górnych kończynach wystąpiły pewne zmiany, które tak samo uczy-

2) sztywność mięśniową, twarz nieruchomą, typowe drżenie i typowe parestezie.

Pierwszy zbiór objawów wskazuje na wiażdżenie, drugi na chorobę PARKINSON'a.

Najłatwiej byłoby oczywiście przypuścić u naszej chorej przypadkową kombinację obydwóch tych cierpień. I rzeczywiście w literaturze istnieje kilka przypadków, ogłoszonych pod

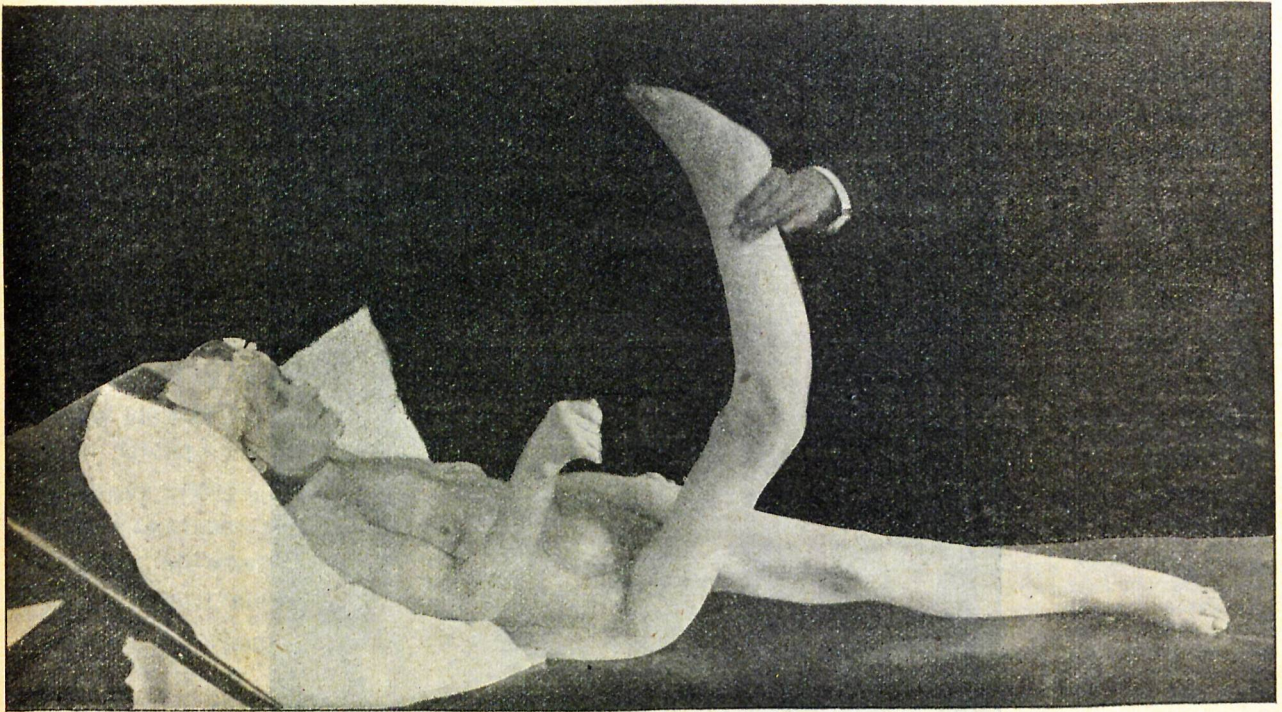


Fig. II.

niły je niezdolnemi do wszelkich czynności. Lecz stan patologiczny w górnych kończynach nie tylko że się różni od stanu w dolnych kończynach, lecz wprost jest biegunowo jemu przeciwny; polega bowiem na bardzo daleko posuniętej hipertonii.

Mamy więc u jednego i tego samego osobnika dwa odmienne zbiory objawów: 1) bóle neuralgiczne, zaburzenia koordynacji, zaburzenia czucia, brak odruchów ścięgniastych i hipotonię;

taką etykietą (HEIMAN<sup>9)</sup>, PLACZEK<sup>10)</sup>, WEIL<sup>11)</sup>, HEP<sup>12)</sup>, WERTHEIM-SALOMONSOHN<sup>13)</sup>.

<sup>9)</sup> Ueber Paralysis agitans [Berlin. 1888. przyp. 8-21.

<sup>10)</sup> Combination von Tabes dorsalis und Paralysis agitans. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1892.

<sup>11)</sup> Verhandlung der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie. 1898.

<sup>12)</sup> Sprawozdanie z Aertzlicher Verein zu Hamburg w 1900 r. w Neurol Cblatt Bd. XIX.

<sup>13)</sup> Tremoparalysis tabiformis. Neurologisches Cblatt. Bd. XIX.

Przypadki PLACZEK'a i WEIL'a były w 1900 r. jeszcze przez SEIFERT'a demonstrowane w berlińskim towarzystwie psychiatrycznym<sup>14)</sup>. Cytują jeszcze przypadki KARPLUS'a i STINZING'a, które mi w oryginale są niedostępne. Nie-

go związku między objawami wiażdru rdzenia i choroby PARKINSON'a. W. SALOMONSOHN wprost powiada, że mamy tu „cierpienie tylnych pęczków z odmienną patogenezą wskutek rozsianego stwardnienia naokoło naczyń, co wywołuje i



Fig. III.

którzy z autorów (HEIMAN, HEP, SEIFERT) rzeczywiście zapatrują się na swoje przypadki jako na „przypadkową kombinację“; inni zaś, zwłaszcza WERTHEIM, SALOMONSOHN, przypuszczają u swoich chorych istnienie jakiegoś głębsze-

anatomiczną podstawę dla *paralysis agitans*<sup>4)</sup>. W. SALOMONSOHN idzie jeszcze dalej i twierdzi, że mamy tu do czynienia z oddzielną jednostką kliniczną, dla której proponuje nazwę *Tremoparalysis tabiformis (cum Dementia)*.

Nie tu miejsce na obszerne omówienie kwestyi anatomicznych zmian w narządzie ner-

<sup>14)</sup> Neurologisches Cblatt. Bd. XIX.

wowym w chorobie PARKINSON'a i o ile tym zmianom znaczenie patogenetyczne przypisywać można. W wyżej wspomnianej pracy mojej o chorobie PARKINSON'a dowiodłem, z jak wielką ostrożnością należy przyjmować wszystkie te dane. Pochodzą one przeważnie z pośmiertnych badań ludzi starych, w których narządzie nerwowym i bez choroby PARKINSON'a są analogiczne zmiany, jakie w chorobie PARKINSON'a opisują. Niedawno SANDER<sup>15)</sup>, badając narządy nerwowe ludzi starych i dotkniętych chorobą PARKINSON'a, przyszedł do takich samych mniej więcej wniosków. Hipotezy więc W. SALOMONSOHN'a można, zdaje się, zupełnie nie uwzględniać.

Co mnie szczególnie w danym razie zajmuje, i czemu przypisuję nie małe znaczenie teoretyczne, to jest, jak już powiedziałem, fakt istnienia dwóch różnych i, zdawało by się, wzajemnie się wyłączających stanów mięśni u jednej i tej samej chorej. Niestety, poprzedni autorowie nie zwracali żadnej uwagi na ten szczegół. Główny nacisk kładli na drżenie. PLACZEK, co prawda, wspomina o typowym dla choroby PARKINSON'a „*Rigor musculorum*“ u jego chorego, ale wtedy, kiedy PLACZEK swój przypadek ogłosił, nie interesowano się jeszcze hipotonią, nie wiemy więc, czy istniała u tego chorego. Tylko W. SALOMONSOHN wzmiankuje, że prawe ramię było nieco „sztywne“ (etwas rigid), nogi zaś „robiły nawet wrażenie hipotonii“. Zasadniczej zaś różnicy, która tkwi w tych 2 stanach mięśni i on nie zauważył<sup>16)</sup>. Zastanawia-

<sup>15)</sup> Paralysis agitans und Senilität. Monatschrift f. Psychiatrie. 1898

<sup>16)</sup> Dla uniknięcia nieporozumień trzeba dodać, że sztywności mięśniowej, którą spostrzegamy w chorobie PARKINSON'a, nie należy utożsamiać z wtórnymi kontrak-

jąc się bliżej nad moimi i analogicznymi przypadkami, przychodzi się do przekonania, że znajdujemy się tu wobec bardzo złożonych warunków, których weale nie można porównywać z innymi kombinacjami nozograficznymi, jak wiał rdzenia + choroba BASEDOW'a, lub wiał rdzenia + akromegalia i t. p.

Przyznaję, że, chcąc sobie wytłumaczyć istotę naszego i kilku analogicznych przypadków, wchodzi się mimowoli w krainę bardzo niebezpiecznych rozumowań teoretycznych. Jest to tem trudniejsze, że patologia ogólna mięśni wogóle jeszcze bardzo mało jest zbadana, nawet istota napięcia mięśniowego nie jest rozjaśniona. O pochodzeniu hipotonii i FRENKEL wyraża się bardzo powściągliwie.

Jeden tylko wniosek, zdaje mi się, można i teraz wyprowadzić, a mianowicie ten, że hipotonia nie ogarnia w wiałdzie rdzenia całego układu mięśniowego, i, że nie zaprzeczając oczywiście istnienia głębokiego związku między nerwami i mięśniami, należy jednakże przyznać ostatnim pewną autonomię w ich czynnościach skurezowych.

turami, które występują w pewnych określonych grupach mięśniowych po rozmaitych cierpieniach narządu nerwowego ośrodkowego, jak np. po połowicznych porażeniach i t. p., i które są tylko wynikiem poprzedzającego porażenia, jak to wyjaśniły badania HERING'a, MANN'a i inn. Sztywność zaś, z którą się spotykamy już w pierwszych okresach choroby PARKINSON'a, jest pierwotna, rozwija się stopniowo i obejmuje coraz większą liczbę gromad mięśniowych. Nie można też, ma się rozumieć, podprowadzić tego i analogicznych przypadków pod rubrykę t. zw. skombinowanych układowych cierpień rdzenia (combinirte Systemerkrankungen STRUEPPEL'a, KOLBMANN'a i inn., gdzie przy zajęciu tylnych i bocznych ęzeków obok zaburzeń czucia, braku odruchów i t. p. występują jeszcze objawy spastyczne. Zajęcie wyłącznie górnych kończyn, twarzy (mowa), mięśni szyjowych, typowy układ dłoni i drżenie w nich, a nareszcie i brak odruchów ścięgniętych w górnych kończynach, wszystko to weale nie licuje z zajęciem bocznych ęzeków.

## WYKŁADY KLINICZNE.

Albert ALBU.

### WEGETARYANIZM

jako dyeta lecznicza.

Streścił

J. Sunderland.

Gorliwi zwolennicy wegetaryanizmu głoszą, że należy wżyć się w ich ideę, aby ją dokładnie zrozumieć, że odczuwać trzeba chęć tego sposobu życia, aby go należycie ocenić. Jestto ponieważ charakterystyczne dla doktryny, która żąda, aby ją oceniać uczuciowo, a nie rozumowo. Dedukcyje wegetaryanów twierdzą, że instynkt prowadzi człowieka do użycia roślin. Nauka od razu ocenia twierdzenie, które opiera się na uczuciu i instynkcie, a nie na faktach. Gdyby szukać określeń dla wegetaryanizmu w sensie bezwzględnych zwolenników — staje się niemożliwe określenie ścisłe. Jeżeli zaś zechcemy ograniczyć się do określenia rzeczowego — przyznać musimy, że wegetaryanizm obejmuje li tylko kwestyę żywienia się. Ponieważ jednak wyłączny pokarm roślinny, jako pokarm dla zdrowych, nie wytrzymuje krytyki fizyologicznej, to można mówić o wegetaryanizmie li tylko jako o środku dyetetycznym, leczniczym, jako o pokarmie dla chorych. Ztąd wniosek, że znaczenie wegetaryanizmu w pojęciu jego zwolenników bywa nad miarę wywyższane i przeceniane. Wegetaryanizm zawiera, jako motyw podstawowy — żywienie organizmu i to takie, jakie zasługuje na uwzględnienie tylko w przypadkach poszczególnych, a tymczasem wegetaryanie dołączają motywy ideowe, nie będące w żadnym związku z motywem pokarmowym. Wpływ na rozwój etyczny i estetyczny nie może pozostawać w żadnej łączności z gołym faktem używania roślin, jako pokarmu. Ten związek ideowy jest sztu-

ecznie zestawiony przez wybujałych filozofów i reformatorów świata.

Jeżeli jednak ruch wegetaryanizmu, jako dążność socjalno-etyczna, jest chybiony, zaprzeczyć mu nie można dodatnich dążeń obyczajowych w znaczeniu wychowawczego wpływu obyczajowego i higienicznego na masy ludowe. Znaczenie to nie leży w postaci odżywiania, lecz w związanym z nią rozumem ukształtowaniu ogólnego trybu życia. Po wsze czasy przejawiania się doktryny wegetaryanizmu — dążenia jej kierowane były do celów uproszczenia życia, do osiągnięcia zadowolenia w możliwie skromnych warunkach. Wyrażało się to dążenie w usuwaniu jednoczesnem przyzwyczajeni dla zdrowia szkodliwych. I dla tego może znajdował ruch ten zwolenników przeważnie w niższych klasach ludności, które skłonne były w położeniu swem ekonomicznem więcej doń się stosować. Doktryna wegetaryanów propagowała reakcyę przeciwko zwyrodnieniom obyczajowym i wydeklinaconym przyzwyczajeniom życiowym. Lecz tego rodzaju dążenia mogą być osiągnane i na innej drodze, choćby na drodze rozumnej higieny bez akcentowania pokarmu roślinnego. Do uszczęśliwiania ludzkości dążą i tysiące zwolenników innych idei. Socjalni politycy, prawodawcy, filozofowie także w swem przekonaniu służą tejże sprawie. Wiele dróg do Rzymu prowadzi — a tak samo i do szczęśliwego i zadowolonego życia. Droga jednak, przez wegetaryanizm wybrana, wydaje się jedną z trudniejszych, niewygodnych, niepotrzebnie uciążliwych. Wegetaryanin podobny jest do tego, który codziennie ma przed sobą uciążliwą drogę i odbywa ją pieszo, zamiast użycia koni, które ma do dyspozycji. Warunkuje wegetaryanizm niepotrzebne zużycie sił organizmu i materji, które na innej drodze znalazłyby zużycie więcej celowe. Wegetaryanin musi ciągle brać na drogę nadmiar ma-



teryału opałowego, ażeby wynagrodzić nienormalnie wielkie zużycie materji.

Dla przeciętnego człowieka podobne nieprawidłowe żywienie się może być pożyteczne w potrzebie wyrozumowanej—w chorobie.

Należy zresztą zwrócić uwagę, że umiarkowanie w żywieniu się nie związane jest wyłącznie z pożywieniem roślinnym. I bez związania się z doktryną wegetaryanizmu, przy pożywieniu mięsnym i mieszanym dają się również osiągnąć prostota i skromność życiowa. Prawda, że każde dążenie do poprawy obyczajów wymaga odpowiedniego bodźca, aby przyciągnąć zwolenników. Filozofia życiowa, która propaguje wegetaryanizm, może nie miałaby bodźca wpływowego, gdyby za podstawę jej nie służył odrębny sposób odżywiania. Gdyby jednak ta etyczna tendencya dominowała w propagatorstwie wegetaryanów — nieby jej zarzucić nie można było. Lecz w rzeczywistości te wyższe dążenia—to frazes tylko. Nie dowiedli wegetaryanie, aby osiągnęli lepszą poprawę obyczajów lub lepsze warunki życiowe, niż inni, dążący do tego celu na innej drodze.

W dążeniach do poprawy życia higienicznej i obyczajowej ze strony wegetaryanów włącza się i zakaz alkoholowy. Lecz abstynencya ta, ściśle biorąc, nie ma nic wspólnego z wegetaryanizmem. I dla tego jeszcze, trzymając się w pochodzie swym za pojęcie abstynentów alkoholowych, wykazują logiczną niekonsekwencyę, która świadczy o świadomej słabej ich pozycyi. Ze strony antyalkoholistów są jednak energicznie odpierani i słusznie, gdyż zwalczanie nadużycia alkoholu nie ma nic wspólnego z pokarmem mięsnym. Że nadmiar spożytego mięsa usposabia do użycia piwa lub wina nikt nie przeczy, lecz alkoholizm zwalczać można bez przyjęcia pozycyi, dla mięsnego pokarmu wrogiej. Propagatorzy wstrzeźliwości od alkoholu wykazaliby błąd taktyczny, gdyby w swej propagandzie łączyli się z wegetaryanami. Dążenie swe uczyniliby bezowocnem, tak jak wegetaryanizm w propagowaniu wyłącznie pokarmu roślinnego. O ile jaraższe w swoich sferach podtrzymują wstrzeźliwość alkoholową, służą tylko dobrze sprawie abstynencyi alkoholowej samej w sobie.

W ostatnich latach konstatować należy, że nauka lekarska odnosi się do doktryny wegeta-

ryanizmu przychylniej. Krytyczne rozpatrzenie sprawy doprowadza do wniosku, że wyłączenie żywienia pokarmami roślinnymi, fizjologicznie rzecz biorąc, może być wystarczające i o tyle jest uprawomocnione, że w zasadzie i przy nim sprawność fizjologiczna osiągnięta być może. Lecz wniosek z tego taki, że w najlepszym razie pokarm wyłącznie roślinny identyczny być może z pokarmem mieszanym — ale dalekie od prawdy będzie twierdzenie o przewadze pokarmu roślinnego nad innym, jak utrzymują wegetaryanie. Przeciwnie, pokarm roślinny posiada ważne niedogodności i na poparcie nie zasługuje dla człowieka zdrowego. W zdrowiu jedyne prawidłowe żywienie się stanowi pokarm mieszany. Pokarm wyłącznie roślinny może być zastosowany tylko w chorobie, jako środek dyetyczno-leczniczy.

Wychodząc z tego założenia, nauka lecznicza uznaje pokarm wyłącznie roślinny, jako jedno ogniwo więcej w łańcuchu środków fizyczno-dyetycznych. Zastosowanie diety roślinnej, ściśle krytyczne, w ograniczonej liczbie chorób usunie przekonanie, przez laików wkorzenione, że dyeta ta stanowi swego rodzaju panaceum.

W zastosowaniu praktycznem w stanach chorobowych pod mianem diety roślinnej nie będziemy pojmowali przyjętej wogóle jako pożytecznej diety płynnej (kleików, zup mlecznych i t. d.). Pod dyetą wegetaryaniską należy pojmować wyłączenie lub przeważne zastosowanie nasion, strąków, ziarn, owoców, jarzyn, dostosowanych do użycia w starannem kulinarnem przygotowaniu. I chociaż przyjęte one będą nie na surowo, jak chcą skrajni wyznawcy doktryny — pozostaną dyetą ściśle roślinną.

Gotowanie i odpowiednia postać kulinarna (zupy, miazgi i t. d.) ułatwiają przyswajalność, nie każą wprowadzać naraz zbyt wielkiej ilości dla żądanego wyrównania ciepłikowego, oswabdzają od drzewnika. Przy tego rodzaju sprawności kulinarnej białko roślinne, a nawet tłuszcz (np. orzechy bez wierzchniej skórki w miazdze przyjętej) przyswajają się nie gorzej od zwierzęcych. Jeżeli zaś ustępują nieco w tym względzie, należy przyjąć pod uwagę, że idzie tu o chorych, którzy pozostają w spokoju, więc względnie mniej pokarmów zużywają. Wprawa w technikę przygotowania nie zawsze bywa po-

trzebna. W pewnych stanach chorobowych stosujemy dietę roślinną w postaci grubej i surowej. Mniejszy stopień pożywności w danym razie daje się zrównoważyć dodatkami.

Dyeta roślinna stosuje się przez czas ograniczony, w terminie trwania choroby lub do chwili polepszenia się danego stanu chorobowego. W znaczeniu lecznictwa naukowego stanowi ona postać kuracji dyetetycznej na wzór diety mlecznej, mięsno-tłuszczowej w cukromoczu, bezalkoholowej w podagrze, ubogiej w węglowodany w otyłości. Zwykły czas stosowania 4-6-8 tygodni lub dłużej, względnie do potrzeby. W ostatnim razie baczniejszą uwagę zwracać należy na wagę ciała, aby w ten sposób kontrolować ewentualność odżywiania niedostatecznego. Przy kuracjach krótkotrwałych odżywianie niedostateczne daje się łatwiej wyrównać w okresie zdrowienia. Nie zawsze dany stan chorobowy wskazuje użycie diety wyłącznie roślinnej. Niektóre cierpienia, a jeszcze więcej niektórzy chorzy lepiej znoszą dietę roślinną z dodatkiem mleka — tak zwaną *dieta lacto-vegetabilis*, t. j. dietę, złożoną przeważnie z pokarmów roślinnych na surowo lub gotowanych z uzupełniającym dodatkiem mleka. Ilość mleka wynosić może od  $\frac{1}{4}$  litra do jednego w zależności od indywidualnych wskazań. Zamiast mleka dodawać można śmietankę lub masło, jako tłuszcz. Dodatek jaj i sera już przechodzi miarę diety mleczno-roślinnej. Czasami odpowiednim okazuje się dodatek twarogu.

Dodatek masła, mleka lub śmietanki zapobiega niedostatecznemu odżywianiu, jakie warunkuje, bądź co bądź, dieta wyłącznie roślinna. Szczególniej ma to znaczenie w tych stanach chorobowych, które powodują z natury swojej odżywianie niedostateczne, a w których dieta roślinna bywa jednak pomocna, np. nerwowe zaburzenia trawienia ze zmniejszonym łaknieniem. W podobnych przypadkach dodatek mleka stanowi poniekąd czynnik tuczący. Nie należy jednak diety mleczno-roślinnej stawiać na równi z dietą mieszaną, gdyż charakterystykę pierwszej stanowi właśnie brak mięsa, a mięso, spożywane w większych ilościach, w niektórych chorobach (zapalenie nerek, neurastenia, neurozy funkcyjne) stanowi bodziec drażniący dla organizmu chorego. Wyłączenie więc tego bodź-

ca wywrzeć może wpływ dodatni na układ nerwowy i czynności tkanek i narządów.

Wogóle jednak zaznaczyć należy, że pokarm wyłącznie roślinny przyjęty został do szeregu środków dyetetyczno-leczniczych na zasadach empirji. Brakuje dotąd dowodów ściśle naukowych dla wytłumaczenia działania ogólnego, jakie wywiera w pewnych razach dieta wegetaryjańska. Jak dotąd, działanie to można sobie wyjaśnić mniej lub więcej na drodze hipotetycznej, biorąc pod uwagę momenty następujące:

1) Wyłączenie z pożywienia mięsa, a więc połączeń zasadowych, w niem zawartych, i pokrewnych ciał ksantynowych, być może, uspokaja pobudzone nerwy, wzmacnia przeto i reguluje ich czynność, oszczędza narządy osłabione i wpływa tą drogą na chemizm komórek, na przeróbkę materji w ustroju. Zależność albowiem nie tylko anatomicznej ciągłości komórek, lecz i funkcji ich od rodzaju pożywienia dowiedziona jest przy pomocy badań chemii fizjologicznej i patologicznej w nieprawidłowej przeróbce materji. Nie znamy jeszcze dokładnie całego procesu przemiany przy prawidłowej przeróbce, nie możemy więc szczegółowo kontrolować wpływu na chemizm ustrojowy przy zmianach odżywiania. Lecz przypuścić należy, że zmiana pokarmu może wywołać istotne zmiany w chemizmie komórek. Liczne doświadczenia terapii dyetetycznej świadczą o tem.

2) Pokarm roślinny, powodując przypuszczalnie zmiany w chemizmie komórek — działa odtruwająco, szczególnie w chorobach, w których istnieje tak zwane samozatrucie produktami przeróbki, pochodzącymi z sekrecji wewnętrznej niektórych narządów. Pewne pośrednie produkty przeróbki, które w warunkach normalnych ulegają przemianom, związkom i przez to stają się nieszkodliwymi. W warunkach patologicznych przechodzą do krwi niezmienione i działają jako trucizna na krew, komórki nerwowe i liczne inne organy, wpływają na ich ciągłość anatomiczną i funkcjonalną. W leczeniu autointoksykacji dieta roślinna zaczyna grać coraz poważniejszą rolę np. w rwie kulszowej pochodzenia toksycznego (*diabetes*) lub wogóle w neurastenii którą traktują obecnie również, jako ob-

jaw wtórny, zależny od nieprawidłowych przeróbek, od jakościowo zmienionej mieszaniny krwi.

3) Nasuwa się również przypuszczenie, że działanie pokarmu roślinnego zależy od obfitej zawartości w nim soli mineralnych, którym nadano miano soli pożywnych (Nährsalze). Nazwa ta, wprowadzona przez LIEBIG'a, nadużywana bywa w swem znaczeniu przez niektórych lekarzy (LAHMAN) i przez przemysł fabryczno-lekarski. W znaczeniu jednostek cieplikowych sole mineralne są bez wartości. Badania w zakresie chemii fizycznej w stosunku wyników tych badań do fizjologii czynią prawdopodobnym wpływ soli mineralnych na wchłanianie pokarmów. Sole mineralne zmieniają ciśnienie osmotyczne soków tkankowych w większym lub mniejszym stopniu i w ten sposób pobudzają lub hamują zasymilowanie materii pokarmowych. I pokarmy zwierzęce zasobne są w sole mineralne, lecz z drugiej strony wiemy, iż działanie pewnych procesów chemicznych w ustroju polega na występowaniu wolnych jonów (H, Cl, J). Wyswobodzenie się zaś tych jonów po większej części zależy od rodzaju połączeń, w których sole mineralne znajdują się w pokarmach. Według KÖPPE'go połączenia te inne bywają w pokarmach zwierzęcych, a inne w pokarmach roślinnych, tak że różnica ta i różny wpływ posiadać może. Zresztą badania w tym kierunku dopiero są zapoczątkowane. Pewnikiem tylko jest dotąd, że dla celów leczniczych niektóre sole mineralne łatwiej wydobywać możemy z pokarmów roślinnych, niż ze

zwierzęcych np. żelazo ze szpinaku. Roślinne pokarmy również bogatsze są w sole kwasów organicznych, które niweczyć mogą wzmocnienie kwasów w ustroju. Z drugiej strony pozostają one ubogie w chlor i przez to wpływać mogą na skład chemiczny krwi i soków ustrojowych. Zużytkowanie soli mineralnych, zawartych w pokarmach roślinnych, szczególnie łatwiej się staje przy użyciu świeżych jarzyn zielonych i owoców, i na to nacisk kładą ci, którzy w kwestyi tej doświadczenie posiadają.

4) Działanie ogólne uznane konstatawane bywa w przewlekłym zaparciu, a oparte na wpływie mechanicznym nie przyswojonych resztek drzewnika i na wytwarzaniu kwasów i gazów, które pobudzają perystaltykę.

5) Nie należy przeoczać w końcu działania suggestyjnego, jakie sprowadza zmiana pokarmu w neurastenii, neurozach, w szczególności w nerwowych zaburzeniach trawienia. Dołączyć tutaj trzeba sam rygor dyetetyczny, połączony z dyetą roślinną, mianowicie usuwanie alkoholu i alkaloidów pożywkowych, co dla chorego układu nerwowego posiada znaczenie doniosłe. Może to nasuwać uwagę krytyczną, że mówimy o wpływach leczniczych diety roślinnej, usuwając jednocześnie alkohol, lecz w odpowiedzi na to praktyka przytacza inne wyniki leczenia, mniej skuteczne od usuwania li tylko alkoholu bez zastosowania diety roślinnej.

(D. n.).

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

### 126. FICHTNER. Przyczynę do nauki o chorobie Banti'ego.

Opisana w r. 1894 przez BANTI'ego choroba, której głównymi objawami są powiększenie śledziony, małokrwistość oraz marskość wątroby, dotychczas jeszcze nie posiada ani jasnej etiologii, ani ściśle określonego obrazu klinicznego, tak, że rozpoznanie w niektórych przypadkach waha się między chorobą BANTI'ego z jed-

nej strony a zwykłą marskością wątroby, małokrwistością śledzionową albo t. zw. śledzionową białaczką wrzekomą — z drugiej.

Przypadek FICHTNER'a, bardzo szczegółowo przez długi czas spostrzegany, ciekawy jest przede wszystkim pod tym względem, że w nim wyraźnie występuje związek między chorobą BANTI'ego a urazem. Dalszą osobliwość tego przypadku stanowią wahania w wielkości puchli-

ny brzusznej, która pod koniec obserwacji zmniejszyła się do minimum lub nawet prawie zupełnie znikła. Dalej znajdujemy zmiany w natężeniu małopokrwistości, a co się tyczy stosunku składników morfologicznych krwi, wyraźne zmniejszenie liczby leukocytów (leukopenia), z oddzielnych zaś gatunków białych ciałek leukocyty jednojądrowe były licznie zwiększone. Z powikłań istniało kilka razy operowane cierpienie ropne ucha środkowego z zajęciem wyrostka sutkowego oraz kamica żółciowa.

BANTI podzielił przebieg opisanego przez się cierpienia na 3 okresy: okres powiększenia śledziony i małopokrwistości, okres przejściowy z zaburzeniami trawienia, wydzielaniem moczu bardzo skąpego, zawierającego dużo moczanów, urobiliny, a niekiedy także barwniki żółciowe, wreszcie okres marskości wątroby z puchliną brzuszną, zwiększeniem małopokrwistości, lekkim zwiększeniem liczby białych ciałek krwi. Okres pierwszy ma trwać zwykle 5 — 6 lat, niekiedy nawet 10 — 11 lat, drugi — kilka miesięcy, trzeci — 5 — 12 miesięcy. Po 6 — 12 latach następuje zejście śmiertelne, jeśli śledziona nie została wycięta. Opisy szczególnie lekarzy włoskich potwierdzają te dane BANTI'ego. W Niemczech głównie SENATOR zajmował się omawianą chorobą. W kilku przypadkach SENATOR zauważył, że puchlina brzuszna może zniknąć zupełnie albo na czas dłuższy (jak w przypadku FICHTNER'a). Z badań hematologicznych SENATOR'a okazuje się, że liczba czerwonych krążków krwi może być w rozmaitym stopniu zmniejszona, niekiedy występuje znaczne zmniejszenie ilości barwnika krwi i to w większym stopniu, niż zmniejszenie liczby erytrocytów, wreszcie liczba leukocytów bywa zmniejszona bądź to bez zmiany stosunku poszczególnych postaci białych ciałek, bądź też ze zmniejszeniem ilości wielojądrowych leukocytów neutrofilowych. A zatem w przebiegu choroby BANTI'ego występują: oligocytaemia, oligochromiaemia, leukopenia. Poikilocytoza i eozynofilia nie są stałe. Wreszcie SENATOR zwrócił uwagę na częstość dyatezy krwotocznej w ostatnim okresie choroby (krwotoki żołądkowo-kiszczkowe, nosowe, płucne, krwiomocz, purpura i t. d.). Te dane SENATOR'a potwierdzone zostały przez kilku autorów (PRIBRAM, KAST, MARCHAND).

Co się tyczy etiologii, to BANTI jest zdania, że pierwotnie tu cierpi śledziona, cierpienie zaś wątroby i krwi następuje wtórnie wskutek przejścia jakiegoś jadu do krwi. Pogląd ten podziela SENATOR, który cierpienie śledziony przypisuje jakiemś zakażeniu ze strony przewodu pokarmowego. Na to wskazywać się zdaje częstość występowania w początku choroby zaburzeń trawienia. Niedawno CHIARI zwrócił uwagę na to, że zbiór objawów BANTI'ego nierzadko zależny jest od pewnych postaci późnego przymiotu dziedzicznego. Zdanie to do pewnego stopnia potwierdzają 4 ogłoszone przez CHIARI'ego przypadki oraz jedno spostrzeżenie MARCHAND'a. O innych przyczynach choroby wiemy niewiele. Nadużywanie wysokości i nabyty przymiot nie grają widocznie żadnej roli. Zimnicę niekiedy znajdujemy w wywiadach, lecz znaczenie jej przyczynowe jest wątpliwe. Uraz dotychczas nie był notowany.

Rozpoznanie przedstawia niekiedy znaczne trudności. Powiększenie śledziony oraz małopokrwistość pochodzenia zimniczego, jak również zwykłą marskość wątroby łatwo wyłączyć w typowych przypadkach, gdy wiadomy jest przebieg danego przypadku. We wczesnych okresach choroby, gdy nie ma jeszcze puchliny, lub gdy wywiady są niejasne, rozpoznanie jest bardzo trudne. Niepewne i często zupełnie niemożliwe jest odgraniczenie choroby od białaczki wrzekomej śledzionowej i małopokrwistości śledzionowej. Jeśli jednak, idąc za radą MARCHAND'a, uważać będziemy za *pseudoleukaemia lienalis* tylko te przypadki, w których obok powiększenia śledziony istnieje jednocześnie powiększenie gruczołów chłonnych, przypadki, w których występują określone zmiany anatomiczne w śledzionie (*lymphomata*), to odróżnienie będzie łatwe. Pozostaje zatem zwykła małopokrwistość z powiększeniem śledziony. Lecz i w tej chorobie występują, według CHIARI'ego, lekkie zmiany cyrotyczne w wątrobie. Możliwe jest, że choroba BANTI'ego przedstawia tylko wyższe stopnie tych zmian, i że obie choroby w istocie nie różnią się od siebie. Kwestya ta obecnie jeszcze nie może być rozstrzygnięta. Trudności dyagnostyczne zwiększają się jeszcze przez to, że przymiot dziedziczny, który w każdym przypadku na uwadze mieć należy, klinicznie zazwyczaj weale ustalony być nie może.

Co się tyczy leczenia, to lekarze włoscy zalecają wycięcie śledziony, które już niejednokrotnie wykonane zostało z wynikiem dość pomyślnym. Wskazanie do operacji wynika z poglądu, że cierpienie śledziony jest w tej chorobie pierwotne. Co do leczenia wewnętrznego, to stosować można albo arsen, albo także ostrożne leczenie przeciwpriymiotowe.

(München. med. Wochenschrift. Nr. 32. 1903 r.).

Pechkranc.

#### 127. M. EINHORN. W sprawie achyliae gastricae i anaemiae perniciosae.

W niniejszej pracy autor porusza kilka ciemnych lub spornych punktów z patologii *achyliae gastricae*, dawniej zwanej *gastritis atrophica*, i małokrwistości złośliwej oraz rozpatruje wzajemny stosunek tych 2 cierpień. Praca autora dzieli się na 2 części: w pierwszej zajmuje się on *achylia gastrica*, w drugiej — małokrwistością złośliwą oraz związkami tejże z pierwszym cierpieniem.

*Achylia gastrica* jest chorobą bardzo uporczywą. Do niedawna niewiadomo było, czy możliwy jest powrót do normalnego wydzielania soku żołądkowego. W roku 1896 EINHORN ogłosił przypadek, w którym powróciła prawidłowa sekrecja żołądka. Pojedyncze przypadki takie opisali także inni autorowie. Wobec rzadkości takiego zejścia choroby EINHORN przytacza jeszcze 3 spostrzeżenia tego rodzaju.

Etiologia *achyliae gastricae* nie jest jeszcze ustalona. BIEDER i MARTIUS przypuszczają, że jest to wada wrodzona. EINHORN jest zdania, że chodzi tu o zaburzenia czysto nerwowe, na co MARTIUS nie chce się zgodzić, mówiąc, że trwałe, przez miesiące i lata ciągnące się zahamowanie prawidłowej czynności organizmu na tle neurastenicznym jest bez analogii. Na poparcie swego poglądu EINHORN przytacza 3 spostrzeżenia, które dowodzą, że zupełne zahamowanie czynności wydzielniczej żołądka u osób neurastenicznych może trwać lata całe. *Achylia* w tych przypadkach rozwinęła się u osób, które poprzednio cierpiały na nadkwaśność, a po kilkoletnim trwaniu ustąpiła miejsca prawidłowej wydzielinie żołądka. Przypadki te nie mogą być porównane z niestrawnością nerwową lub *neurasthenia gastrica*, w których wprawdzie zachodzi zmienne zachowanie się sekrecji żołądka, lecz wahania te są krótkotrwałe.

EINHORN ochrzcił mianem *achylia gastrica* wszystkie te stany, w których stwierdzić się daje brak wydzielania soku żołądkowego przez czas dłuższy. Za życia trudno przekonać się, czy temu brakowi soku odpowiada zanik błony śluzowej żołądka, a zresztą klinicznie jest to kwestya podrzędnego znaczenia. Odróżnianie *achyliae idiopathicae s. simplicis* od *achyliae secundariae* zależnej od zaniku gruczołów żołądka (MARTIUS) nie ma wielkiego znaczenia, gdyż samoistna *achylia* może wywołać zanik gruczołów żołądkowych, z drugiej zaś strony i t. zw. wtórna *achylia* z ciężkim przebiegiem i ciężkimi objawami małokrwistości zdolna jest do polepszenia. Najwygodniej jest rozróżniać poprostu przypadki ciężkie i lekkie.

Niekiedy spostrzega się przypadki raka żołądka z *achylia*. Trudno w takich razach rozstrzygnąć, czy rak wywołał *achylię*, czy też rak rozwinął się u osobnika z *achylią*. Odróżnienie czystej *achyliae gastricae* od powikłanej przez nowotwór bywa niekiedy bardzo trudne. Najważniejszą rzeczą jest tu zachowanie się żołądka naczo: w *achylia gastrica* żołądek jest zupełnie pusty, w raku, przeciwnie, zawiera często resztki pokarmowe. Kwaśność zawartości żołądka w godzinę po próbnym śniadaniu jest przy raku zwykle wyższa, jakkolwiek zdarzają się wyjątki. Nieznaczne krwawienia przy przemywaniu żołądka zdarzają się również częściej przy raku, niż w czystej *achylia gastrica*. Obecność guza rozstrzyga, rozumie się, rozpoznanie, choć i bez obecności guza na złośliwość cierpienia wskazuje bezskuteczność wszelkich zabiegów dyetetycznych i terapeutycznych.

MARTIUS uważa częste występowanie kałków błony śluzowej w zawartości żołądka lub przepłuczynach za szczególnie charakterystyczne dla chorych z *achylia*. EINHORN zgadza się, że objaw ten jest dość częsty, jakkolwiek spostrzegał wiele przypadków *achyliae* bez tego objawu.

W znacznej liczbie przypadków *achyliae gastricae*, spostrzeganych przez EINHORN'a, krew poddana została badaniu. W 11 przypadkach zmian we krwi nie znaleziono, a tylko w 4 z pomiędzy 15 badanych przypadków liczba czerwonych krążków krwi była zmniejszona. W jednym tylko przypadku zmiany we krwi były cha-

rakterystyczne dla małokrwistości złośliwej, w pozostałych zaś 3 przypadkach miało się do czynienia poprostu z mniej lub więcej silnie wyrażoną małokrwistością.

Co się tyczy związku *achyliae gastricae* z małokrwistością złośliwą, to FLINT był pierwszy, który zauważył ten stosunek, FENWICK zaś pierwszy ustalił fakt, że u chorych, zmarłych z małokrwistości złośliwej, znaleźć można zanik błony śluzowej żołądka. Na mocy swych badań FENWICK doszedł do wniosku, że zanik ten stanowi główną przyczynę małokrwistości złośliwej. Zdanie to podzielało wielu autorów (HENRY, OSLER, NOTHAGEL, KAHLDEN i inni). Atoli nowsi autorowie nie podzielają tego poglądu. NEUSSER, badając przemianę materii w jednym przypadku zaniku żołądka z małokrwistością złośliwą, stwierdził zupełnie dobre przyswajanie substancji białkowych i na tej zasadzie kwestyonuje związek przyczynowy między *achylia gastrica* i *anaemia perniciosa*. Do tegoż zdania przyłącza się STRAUSS, który upatruje w zmianach czynnościowych i anatomicznych przewodu trawienia tylko objaw towarzyszący, cierpienie współrzędne, a być może, nawet wtórne. Materiał kliniczny autora przemawia również przeciw zależności małokrwistości złośliwej od zaniku żołądka. Przedewszystkiem, jak to widać z powyższego, w większości przypadków *achyliae gastricae* stan krwi jest zupełnie prawidłowy. W jednym przypadku, w którym oględziny pośmiertne okazały zupełny zanik błony śluzowej żołądka, również nie było za życia małokrwistości złośliwej. Powtóre, spostrzega się przypadki *anaemiae perniciosae* z prawidłowym, a nawet nadmiernym wydzielaniem soku żołądkowego, jak to widać z 3 przytoczonych przez EINHORN'a przypadków. Nie da się zaprzeczyć, że *achylia gastrica* i *anaemia perniciosa* mogą razem występować, lecz podobne przypadki stanowią mniejszość i dowodzą najwyżej, że

obydwa cierpienia mają wspólną przyczynę, albo też że grunt jest pomyślny dla rozwoju obu cierpień. Niepodobna także zaprzeczyć, że w ciężkich przypadkach małokrwistości mogą w ostatnim okresie choroby powstać zmiany gruczołów żołądka i kiszek (zanik), analogicznie do zmian, rozwijających się w tej chorobie w rdzeniu kręgowym.

(*Archiv f. Verdauungs-Krankheiten Boas'a Tom IX. Zeszyt 2. 1903 r.*)

Pechkranc.

#### 128. GRAESER. Adrenalina przeciw krwotokom kiszkiowym w przebiegu tyfusu brzuszno-

Obfite krwotoki kiszkiowe w tyfusie brzuszno- należą do rzędu tych groźnych objawów, wobec których lekarz często jest zupełnie bezsilny. Zwykle stosowane środki, jak: lód, mawkowiec, bismut, chlornik żelaza, wstrzykiwania podskórne ergotyny, pozostają nieraz bez skutku, i chory pomimo wszelkich zabiegów ginie z upływu krwi. W tak ciężkich przypadkach pamiętać należy o adrenalinie, która niejednokrotnie już okazała zbawienny wpływ na rozmaite krwotoki (*pneumorrhagia, metrorrhagia etc.*) Autor miał w leczeniu przypadek ciężkiego tyfusu brzuszno, powikłanego groźnemi krwawieniami z jelit. Chora do najwyższego stopnia małokrwista była bliska śmierci. Wszystkie zazwyczaj stosowane w takich razach środki zawiodły. Wówczas autor przypomniał sobie adrenalinę (roztwór 1:1000, Parke, Davis et Co.) i zastosował *per os* po 30 kropeł co 3 godziny w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. Krwotok ustąpił i więcej się nie powtórzył. Chora po dłuższej rekonwalescencji wyzdrowiała. Żadnych nieprzyjemnych objawów ubocznych od zastosowania adrenaliny we wzmiankowanych dawkach nie zauważono.

(*Münchener med. Wochenschr. N. 30. 1903 r.*)

Pechkranc.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 15 września.

TREŚĆ: 1) A. KOZERSKI — przedstawienie przypadku sklerodermy. 2) LUBELSKI — przedstawienie chorych po operacji guzów krwawnicowych metodą VERRESKO. 3) RZĘTKOWSKI — przedstawienie wątroby z bąblowcem po operacji TALMA'Y. 4) NEUGEBAUER — przedstawienie przyrządów elektrycznych do oświetlania gardła i nosa. 5) BORZYMOWSKI — a) przedstawienie przyrządu do podawania ligatur i zamykadła do irygatorów; b) przedstawienie dwóch chorych, jednego po uransplastyce, drugiego po zeszyciu rany serca; c) „Trzy przypadki zeszycia ran serca i teoria zszywiania ran serca“.

1) Kol. A. KOZERSKI przedstawił przypadek sklerodermy u 7-letniej dziewczynki, w którym podkreślił: a) wiek chorej; b) kierunek smug sklerodermicznych, przebiegających, jak w półpaścu, mogących odpowiadać tak dobrze przebiegowi nerwów, jak i naczyń krwionośnych lub chłonnych, ściśle jednak smugi te żadnemu naczyniu nie odpowiadają, c) rzadko jednocześnie ze sklerodermią spostrzegana pokrywka przemawia za współdziałaniem nerwów naczynioruchowych; d) przykurczenia w stawach, naokoło których skóra jest prawidłowa, przemawiają za zmianami w ośrodkach nerwowych.

2) Kol. LUBELSKI przedstawił dwóch chorych, jednego w 16 dni, drugiego w 3 miesiące po operacji guzów krwawnicowych, dokonanej metodą lekarza rumuńskiego VERRESKO. Sposobem tym L. operował 25 chorych i wyniki operacji wkrótce szczegółowo ogłosi drukiem. Zdaniem L. metoda VERRESKO o tyle jest wyższa od metody WHIEAD'A, że, dając na 9 lub 10 dzień rychłozrost, w wykonaniu jest daleko łatwiejsza i połączona ze znacznie mniejszym krwawieniem. W porównaniu z nakładaniem ligatury i odżeganiem sposób ten jest o tyle lepszy, że nie daje następujących pooperacyjnych bólów, następujących zwężeń i krwotoków, czasami śmiertelnych. L. przedstawił technikę operacyjną, korek gumowy swego pomysłu, używany przy tym rękoczynie, otografie, zdjęte w różnych momentach ope-

racyi, i preparaty guzów krwawnicowych, wyciętych pod postacią wianka.

3) Kol. RZĘTKOWSKI przedstawił wątrobę z bąblowcem, operowaną metodą TALMA'Y. U chorego za życia wobec często zbierającego się w dużej ilości w jamie brzusznej płynu i wobec wyników badania chemicznego płynu rozpoznano marskość wątroby i zakwalifikowano do operacji TALMA'Y. W 4 dni po operacji chory zmarł. Badanie zwłok wykazało bąblowca i t. zw. *hepar muscatum*.

4) Kol. NEUGEBAUER przedstawił kilka tanich i praktycznych przyrządów elektrycznych do oświetlania gardła i nosa.

5) Kol. BORZYMOWSKI: a) przedstawił przyrząd do podawania ligatur, składający się z gumowej przepaski i nikłowanej szpulki i automatyczne zamykadło do irygatorów.

b) Kol. B. przedstawił chorego po uransplastyce. Dobry wynik po operacji B. przypisuje po raz pierwszy zastosowanej przez niego modyfikacji, polegającej na obszyciu gazą jodoformową odluszczonej od podniebienia i zeszytych ze sobą płatów.

c) Kol. B. przedstawił chorego, któremu przed 6 miesiącami zeszył serce z powodu drążącej rany prawej komory. B. zwraca uwagę na różnicę tętna u tego chorego na obu rękach.

d) Kol. B. odczytał pracę p. t. „Trzy przypadki zeszycia ran serca i teoria zszywiania ran serca“. Wnioski mówcy są następujące: 1) Przy cięciu skórnem nie należy dotykać rany pierwotnej ani narzędziem, ani palcami, 2) przed wycięciem kostnego płatu trzeba wyciąć część 5-ej lewej chrząstki, wejść palcem przez ten otwór do śródpiersia i odluszczyć osierdzie i opłucnę od okolicy projektowanego płatu, aby cała operacja odbywała się po za granicami opłucny; 3) po wycięciu płatu kostnego sposobem, poda-

nym wyżej, należy odluszczyć osierdzie od tylnej powierzchni mostka, 4) obszyć zeszytą ranę serca osierdziem, aby pozostała po za jamą osierdzia, 5) połączyć tylną jamę osierdzia z lewą opłucną.

W dyskusji kol. SZTEYNER opisuje własny przypadek zeszywania rany prawego serca, zakończony wyzdrowieniem, i przychodzi do wniosku, że nie ma potrzeby omijania pierwotnej rany serca, unikania otwierania opłucny, która w przeważnej liczbie przypadków ran serca jest otwarta, i że, jak go poucza własny przypadek, nie należy zeszywać osierdzia.

Kol. ODERFELD zaznaczył, że, choć dotąd nigdy nie miał sposobności robienia podobnej operacji, to jednak twierdzi, że B. niewłaściwie szukał rany w sercu palcem, że najlepiej wyciąć kawałek żebra z tyłu klatki piersiowej, i że B. niepotrzebnie nawet drobny ruch operacyjny nazywa „swoją metodą“.

Kol. PRZYBOROWSKI sądzi, że przez odluszczenie osierdzia od mostka nie uniknie się tarcia tegoż o serce.

Kol. SŁAWIŃSKI twierdzi, że tarcie nie jest szkodliwe, i przytacza przypadek, w którym igła, tkwiąca przez czas dłuższy w osierdziu, nie wywołała w niem zmian zapalnych.

Kol. BORZYMOWSKI odpowiada kol. SZTEYNEROWI, że należy omijać ranę pierwotną, gdyż zakażenie skóry jest sprawą bardzo poważną, że opłucna bardzo często bywa niezraniona, a w 3 przypadkach mowy ani razu nie była zraniona, że operowanie serca bez otwierania opłucny chroni od następczego zakażenia, zwłaszcza przy dostępie powietrza, że zeszywanie osierdzia nie jest proponowane przez mowę, jako rękoczyn niezbędny.

Kol. ODERFELDOWI mowiec odpowiada, że pole operacyjne w przypadkach rozbieranych zwykle bywa wypełnione masą krwi, więc okiem znaleźć rany nie można, że wycięcie kawałka żebra z tyłu uważa za rękoczyn niepotrzebny, i że każdy chirurg ma prawo nowe proponowane przez siebie metody w postępowaniu chirurgicznym nazywać „swojami metodami“, zwłaszcza gdy one nie są „nieznaczące“.

Kol. PRZYBOROWSKIEMU B. odpowiada, że dla uniknięcia przyrostu osierdzia do mostka proponuje tamponowanie przestrzeni pomiędzy osierdziem odluszczone a mostkiem.

Kol. SŁAWIŃSKIEMU B. odpowiada, że ropienie wywołują czynniki chemiczne, a nie mechaniczne.

St. Kopczyński.

## Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Posiedzenie towarzystwa lekarskiego w Kolonii wypełnił odczyt d-ra WARBURG'a o zaniku kości, opisanym po raz pierwszy przez SUDECK'a. W danym razie chodziło o chorego, który zwichnęła dośrodkowe końce 2 i 3-ej kości pięści. Nastawienie wykonano za pomocą operacji; rana zagoiła się przez rychłozrost. Gdy po 5 tygodniach poddano kończynę prześwietlaniu, okazało się, że końce wszystkich kości pięści, nadgarstka, a nawet kości promieniowej, łokciowej i palców były jaśniejsze, zwłaszcza tkanka gąbczasta kości dawała cień znacznie słabszy, aniżeli u ręki drugiej, zdrowej; cień zaś był jakiś

plamisty i niejednostajny. Po 5-tygodniowym leczeniu obraz kości ręki był prawie taki sam; widocznych zaników mięśni nie było, natomiast skóra na ręce była chłodna, pokryta potem, a siła mięśniowa równała się zeru. Tego rodzaju cierpienie kości należy do zaników ostrych, zależnych od zaburzeń czynności nerwów odżywczych (*atrophia ossium tropho neurotica*), opisanych naprzód przez SUDECK'a, następnie bardziej wyczerpująco przez KIENBÖCK'a, NONNE'go, EXNER'a i in. SUDECK zauważył, że wkrótce po zapaleniu większych stawów, zwłaszcza stawów ręki, za pomocą prześwietlania można stwier-



dzie zanik kości nie tylko w miejscu, które uległo cierpieniu, lecz i w sąsiednich kościach; sprawę tę SUDECK nazwał ostrym zanikiem kości pochodzenia zapalnego. Następnie KIENBÖCK dowiódł, że sprawa ta miewa miejsce i bez poprzedniego zapalenia i nazwał ją wprost ostrym zanikiem kości. Zanik ten spostrzegano również po zapaleniu części miękkich bez udziału stawów i kości i po urazach: distorsyi i stłuczeniu stawu bez przenikania drobnoustrojów. Badania dalsze dowiodły, że jednak najczęstszą przyczynę stanowią cierpienia stawów, i że po zapaleniu występuje ono łatwiej, niż po urazie. Ponieważ jednak zjawisko to nie występuje w każdym przypadku, przeto istotna jego przyczyna nie została wyjaśniona. Wiadomo tylko, że zwykle trzyma się ono kierunku zstępującego; występuje często po urazach nerwów, ze względu jednak na to, że jednocześnie ulegają urazowi i części miękkie lub kości, różniczkowanie ścisłe jest bardzo trudne. Pomimo to jednak udział układu nerwowego w powstawaniu pewnej liczby przypadków tego cierpienia jest niewątpliwy, bez względu na to, czy sprawa dotyczy części obwodowej układu nerwowego, czy ośrodków zarówno mózgowych, jak rdzeniowych. Jeżeli sprawa chorobowa jest dosyć daleko posunięta, to prześwietlenie najzupełniej wystarcza do zrobienia rozpoznania, w początkach zaś cierpienia dla należytego zorientowania się należy zdjąć fotografię (Röntgenogram). Co właściwie wywołuje tę sprawę chorobową, i dlaczego kość daje obraz nie jednorodnie ciemny, lecz jakby pstrokaty? W przypadkach zwyrodnień kości w większości przypadków chodzi o rozplywanie się kości ogniskowe, wskutek czego na beleczkach istoty gąbczastej i w kanałach HAVERS'a powstają małe wydrążenia t. zw. *lacunae Howshipi*, zawierające komórki, niszczące kość — osteoblasty. Wskutek wsysania się beleczek kostnych dochodzi do rozrzedzenia kości (*osteoporosis*). Bywa czasem i tak (zwłaszcza w przebiegu *osteomalacia*), że beleczki kostne naprzód ulegają odwapnieniu (t. zw. *Halisteresis*), co zapewne i w omawianem cierpieniu się dzieje. Przynajmniej badania EXNER'a pouczają, że w zaniku ostrym kości są bardzo ubogie w wapno, miękkie i znacznie (często o  $\frac{1}{3}$ ) lżejsze, szpik zaś jest przekrwiony. Najprawdopodobniej sprawa odbywa się w ten sposób, że obok odwapnienia

starszych blaszek kostnych odkładają się nowe które przez czas długi nie ulegają zwapnieniu. Do sprawy kostnej często przyłącza się zanik mięśni z upośledzeniem ilościowym pobudliwości elektrycznej, a dalej zaburzenia skóry naczyńnorruchowe i odżywcze. Jeżeli jednak znane nam są pewne czynniki przyczynowe ostrego zaniku kości, to wpływ ich na samą sprawę chorobową jest zupełnie nieznaczny. Mówiono dużo o skutkach beczynności. Przeciw takiemu pogładowi przemawia sporo względów; trudno byłoby wytłumaczyć naprzód szybki rozwój sprawy chorobowej, powtóre — dla czego ulegają jej kości, położone dosyć daleko od pierwotnego ogniska, a nareszcie — z jakiego powodu spotyka się to cierpienie względnie rzadko po unieruchomieniach kończyn. Być może, iż i w rozwoju danego cierpienia zachodzą takie same stosunki, jakie WOLFF opisał w swej pracy: „O zaburzeniach odżywczych w pierwotnych cierpieniach stawów“. WOLFF przekonał się za pomocą dokładnych pomiarów, że w cierpieniach stawów zarówno u osobników niedojrzałych, jak i dojrzałych, oddzielne kości ulegają wydłużeniu lub skróceniu bez względu na znaczną nieraz ich odległość od miejsca cierpienia. Te zmiany długości nie dadzą się objaśnić ani za pomocą czynności lub nieczynności członka, ani za pomocą zmian w chrząstkowych częściach nasady, WOLFF więc przypuszcza, że cierpienie pierwotne stawu wywołuje wtórne cierpienie nerwów danej kończyny; skrócenie kości będzie stanowiło wyraz zaniku, a wydłużenie przerostu na tle nerwowem. To też i SUDECK spostrzegane przez siebie zaniki kości kładzie na karb zaburzeń odruchowych i czynności nerwów odżywczych. Być może, iż mechanizm tych zaburzeń pojmować należy w sposób następujący. Zapalenia albo urazy kończyn mogą stać się przyczyną stanów podrażnienia w nerwach obwodowych; podrażnienia te zostają przeniesione na ośrodki odżywcze, zakłócają ich czynność w ten sposób, że w zakresie danego nerwu dochodzi do zaburzeń odżywczych. Taki pogląd tłumaczy nam dobrze, jak sprawy zanikowe, tak i przerostowe, spostrzegane w przebiegu ostrego zaniku kości, a być bardzo może, że tylko od stanu układu nerwowego zależy ta okoliczność, że w jednym przypadku mamy do czynienia z zanikiem, w drugim zaś z przerostem. Co się tyczy rozpoznania, to jest ono mo-

zliwe zaledwo wtedy, kiedy istnieją zmiany odżywcze w skórze i mięśniach, albo, kiedy po wyleczeniu urazu lub zapalenia poniżej pierwotnego ogniska chorobowego istnieją zaburzenia, które trudno pogodzić z cierpieniem przebytem. Jeżeli w tych przypadkach nie uwzględnimy możliwości choroby kości, to chorego łatwo posądzić o udawanie, i, istotnie zdarzało się już coś podobnego, na szczęście, prześwietlanie natychmiast wyjaśnia sprawę. Odnośna sprawa chorobowa nie mniejsze znaczenie posiada, jeżeli chodzi o orzeczenie zdolności do pracy, zwłaszcza, że przejawia się ona po upływie dosyć znacznego przeciągu czasu od chwili wygojenia się uszkodzenia, a powrót do zupełnego zdrowia spotyka się niezmiernie rzadko; zwykle pozostaje upośledzenie kończyny większego lub mniejszego stopnia lub zupełna niezdolność do pracy. Co się dotyczy leczenia, to względnie najlepsze wyniki daje możliwie wczesne zastosowanie mięsienia i ćwiczeń ortopedycznych, faradyzacya, kąpiele gorące i leczenie zastoinowe (Stauungstherapie).

Na posiedzeniu towarzystwa lekarzy szpitalnych w Paryżu d-rzy VIDAL i JAVAL zdawali sprawę ze swych ciekawych i ważnych badań nad rolą soli chlorowych w powstawaniu obrzęków u osobników, dotkniętych zapaleniem nerek. W moczu osobnika, cierpiącego na chorobę BRIGHT'a, określali oni codziennie przez 72 dni wydzielanie chloru. W przeciągu tego czasu zmieniali naprzemian 9 razy ilość soli chlorowych w pożywieniu i stwierdzili 5 razy powiększenie ilości wydzielanego chloru, cztery zaś razy zmniejszenie jego. Postępując w ten sposób, przekonali się, że obrzęki zwiększają się wskutek tego, że sole chlorowe zatrzymują większą ilość płynu w ustroju. Podczas tych doświadczeń ciężar chorego wahał się pomiędzy 56 a 66 klg.; otóż w chwili, kiedy pod wpływem zwiększonej ilości soli chlorowych ciężar ciała chorego dosięgał np. 62 klg., zjawiały się obrzęki, i przeciwnie znikaly one, kiedy ilość soli ulegała zmniejszeniu, a ciężar ciała spadał do 60 klg. Bez względu na to, że wydzielanie chloru było bardzo małe, przepuszczalność nerek dla błękitu metylenowego była niemal prawidłowa. Krzywa białkomoczu przedstawiała również bardzo ciekawe wahania: były one niemal równoległe do wydzielania się wody i soli chlorowych. A więc sole chloru wywierają na patogenezę

obrzęków w chorobie BRIGHT'a wpływ, którego nie wolno zapoznawać: sól kuchenna w pewnych okresach cierpienia stanowi dodatek niebezpieczny. Badania, przeprowadzone na innych chorych, przekonały, że mleko, już oddawna zalecane empirycznie w tej chorobie, zawdzięcza swój wpływ dodatni małej zawartości chlorków. Jednak za pomocą odpowiedniego doboru potraw można stworzyć dyetę, która będzie zawierała jeszcze mniej chloru, aniżeli mleko; w każdym bądź razie rodzaj pożywienia posiada znaczenie mniejsze, aniżeli zawartość w niem chloru. Odnośne badania doświadczone w połączeniu ze spostrzeganiem klinicznym przekonały, że rozmaite pokarmy stałe same przez się albo naprzemian z mlekiem stanowią doskonały środek pomocniczy do usunięcia, przynajmniej czasowego, chlorków, a tem samem i obrzęków. Po odczycie nastąpiły bardzo ożywione rozprawy, podczas których ACHARD i GOUGET powstawali przeciw nadużywaniu stosowanego tak często w chorobie nerek zastrzykiwania podskórnego roztworu soli kuchennej; twierdzili oni, że postępowanie to w żadnym razie nie przynosi choremu korzyści, a jak się teraz dowodnie okazało, stać się może przyczyną znacznego pogorszenia.

Dwa przypadki wady serca wrodzonej przedstawił d-r DRESLER na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Kolonii. W jednym z nich u dziewczynki 14-letniej istniał przewód BOTALL'a. Badanie przedmiotowe stwierdziło, co następuje: umiarkowane powiększenie poprzecznego wymiaru serca na prawo i na lewo, wzmocnienie uderzenia wierzchołkowego i wyraźne tętnienie w pierwszym międzyżebżu po stronie lewej; na tem samym miejscu zauważono stępienie, które w postaci pasa ciągnęło się wzdłuż lewego brzegu mostka, poczynając od 3-go żebra aż do objęzka. W drugim międzyżebżu lewym dawał się wyczuć i wysłuchać mocny szmer skurczowy, słyszalny również dokładnie w pierwszym międzyżebżu lewym i nad wszystkimi otworami serca; szmer ten przenosił się i na tętnice dogłowe, a nawet można go było doskonale wysłuchać na grzbiecie pomiędzy łopatkami na wysokości 3 i 4 kręgu grzbietowego. Po zatem tony serca były głośnie, ton drugi nad tętnicą płucną wzmocniony. Na podstawie wymienionych danych rozpoznano rozszerzenie tętniakowate tętnicy płucnej, co najzupełniej zostało potwier-

dzone za pomocą prześwietlania. Tętno było miarowe, równe, dosyć mocne, 76 uderzeń na minutę. Na szczególną uwagę w tym przypadku zasługuje niezwykle silny rozwój fizyczny chorej i wysmienita działalność serca bez względu na ciężką chorobę (*Pleuritis exsudativa et Polyarthriti- tis rheumatica*), na którą leczyła się w poliklinice.

Drugi chory, chłopiec 17-letni, dotknięty wrodzonym zwężeniem tętnicy płucnej, był bardzo lichy rozwinięty fizycznie. Już w trzecim roku życia leczono go z powodu tego cierpienia. Wtedy znaleziono już tętnienie rozlane nad okolicą serca, którego wymiar poprzeczny był powiększony głównie na prawo, tętno i uderzenie wierzchołkowe były bardzo słabe. Nad tętnicą płucną i u podstawy serca można było wyczuć i wysłuchać głośny szmer skurezowy, słyszalny doskonale pomiędzy łopatkami. Prócz tego stwierdzono znaczną sinicę, palce u nóg i rąk miały wygląd charakterystyczny palczek dobo-sza, a rozwój ogólny dziecka był bardzo upośledzony. Z czasem powstały w sercu zmiany swoiste. Wśród częstych napadów osłabienia serca narząd ten powiększał się stale. Obecnie stę- pienie bezwzględne sięga do linii przymostkowej prawej, ku górze do środka 3 międzyżebra le- wego, na lewo zachodzi na szerokość palca pó- za linię sutkową lewą; stępienie względne do- chodzi do prawej linii sutkowej, ku górze do

środku drugiego międzyżebra lewego, a na le- wo przechodzi na 3 ctm. po za linię sutkową le- wą. W międzyżebzach lewych IV i V i w I-em prawem widać wyraźnie tętnienie. Do istniejących dawniej szmerów skurezowych przyłączył się szmer rozkurezowy, słyszalny w tych samych miej- scach, co poprzedni, a prócz tego jeszcze jeden szmer skurezowy, bardzo głośny, w pierwszym międzyżebżu lewym i w dole jarzmowym nad łukiem tętnicy głównej, gdzie również istnieje wybitne tętnienie. Ażeby wytłumaczyć sobie te objawy, należy przypuścić, że wskutek wielkie- go rozciągnięcia komórki prawej do istniejące- go już zwężenia tętnicy płucnej przyłączyła się niedomykalność zastawki trójdzielnej, lecz już względna; następnie prawdopodobnie przewód BOTALL'a i w tym przypadku nie był zarośnięty, przy skurezach więć komórki prawej krew z tę- tnicy płucnej przedostawała się do tętnicy głów- nej, powodując szmer skurezowy, co już poprze- dnie spostrzegali FOULIS. Jednocześnie stan cho- rego polepszył się nieco: sinica zmniejszyła się, tętno, poprzednio nie miarowe, stało się miarow- em i wynosiło około 110 uderzeń na minutę, a to dzięki temu, że zastoje żyłne ustąpiły, a u- kład tętniczy napełniał się lepiej.

K. Z.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= RITTER opisuje przypadek (badany w instytucie patol. w Zurichu) jedoczesnego raka i mięsaka w tejże samej macicy. Masy guzowate znajdowały się na trzonie, zniszczyły część pochwową i przeszły na pochwę. Przerzuty w wątrobie tworzyły liczne białe guziki wielkości lepka od szpilki aż do orzecha. Ba- danie drobnowidzowe guza macicy wykryło ty- powy obraz raka, pośród którego rozsiane były wysepki mięsaka drobnokomórkowego.

(Inaug. Diss. Zür. 1902).

= Mięsaki przełyku należą do najrzęd- szych osobliwości. EICKEN znalazł w literaturze tylko 12 przypadków i opisuje jeden własny przypadek, spostrzegany w klinice w Freiburgu. 39-letni lekarz, ze zdrowej rodziny pochodzący i zawsze zdrowy, skutkiem napadu dny i otłusz- czenia pił czas dłuższy stężone roztwory soli ku- chennej. Wkrótce nastąpiły częste krwawienia z nosa, bóle brzucha i bolesność przy połykaniu. Później zjawilo się odbijanie cuchnącymi gaza- mi i płwocina ropiasta. Z powodu wyraźnych

oznak zwężenia wykonano gastrostomię; chory zmarł po 2 dniach. Badanie wykryło: *phlegmone oesophagi disseicans, sepsis*. W przełyku znaleziono mięsak, klinowato umieszczony między błoną śluzową a mięsną. Przeważały komórki wrzecio-

nowate, gdzieś ułożone w pęczki, w innych zaś miejscach tworzyły śluzową tkankę o szerokich okach, w których leżały liczne duże komórki; znaleziono także komórki olbrzymie. (D. Z. f. Chir. T. 65). P.

## Wiadomości bieżące.

— W Medyolanie otworzono klinikę dla badań nad chorobami zawodowymi.

— W szpitalach wiedeńskich wyznaczono osobne sale dla chorych na gruźlicę. Służba ma nakazane zmywać ręce sublimatem po każdej czynności przy chorych gruźliczych. Bielizna i odzież ma być należycie odkażana.

— Za staraniem „Towarzystwa pomocy dla chorych piersiowych w Austrii“ powstaje w Wiedniu pierwsza stacya pomocnicza dla zwalczania gruźlicy. Pomiędzy innymi stacya ma za zadanie odnajdywanie chorych gruźliczych, udzielanie takim chorym wsparć oraz rad higienicznych, a w szczególności stara się chronić dzieci od zakażenia. Stacya ma własny lokal, w którym lekarz bada chorych, przysyłanych przez lekarzy ubogich, policyjnych, ambulatorya prywatne i t. p. Osobny urzędnik bada stan materialny przysyłanych chorych. W przypadkach cięższych chorzy odsyłani zostają do szpitalów. Lekarz stacyi ma obowiązek przeprowadzenia dokładnego dezynfekcyi w mieszkaniach chorych gruźliczych. Otoczenie objaśnia się o niebezpieczeństwie zarażenia się.

— Na wniosek prof. d-ra S. SZPILMAN'a, jak donosi „Przegląd Higieniczny“ lwowski, prezydent miasta Lwowa zwołał ankietę dla obmyślenia środków zaradczych przeciw szerzeniu się wśród młodzieży szkolnej chorób płciowych. Statystyka polikliniki powszechnej wykazuje, że w roku 1901 zgłosiło się uczniów szkół średnich 69, w roku 1902 — 110, a do 30

czerwca 1903 roku 115 z chorobami wenerycznymi. Jako jeden z najważniejszych środków do zwalczania wzmagającej się liczby przypadków chorób wenerycznych u młodzieży szkół średnich uważa ankietę zamianowanie dostatecznej liczby lekarzy szkolnych etatowych, wchodzących w skład ciała nauczycielskiego.

— N. 176 Odczytów klinicznych, wydawanych przez Gazetę lekarską, zawiera pracę d-ra Alfreda SOKOŁOWSKIEGO p. t. „Rozpoznanie i leczenie zapalenia opłucnej“.

— XXV Zjazd balneologów niemieckich odbędzie się w Akwisgranie w marcu r. b.

— Nagrodę Nobla w roku bieżącym w dziale nauk lekarskich ma otrzymać d-r FINSEN.

— ZMARLI. W Warszawie d-r Michał ZABOROWSKI w 31 roku życia, były asystent kliniki chirurgicznej w szpitalu ś-go Ducha, ostatnio lekarz pogotowia.

— W dniu 18 b. m. d-r Adolf RUCKER w 64 r. życia. Wychowaniec uniwersytetu Kijowskiego, były ordynator szpitala Żydowskiego i szpitala ś-go Łazarza. Po odbyciu dłuższych studyów w Wiedniu w klinice prof. HEBRY, długi czas w Warszawie poświęcał się rozległej praktyce, jako znakomity dermatolog praktyk. Nagła śmierć nadzwyczaj dobrego i uczynnego Kolegi wzbudza serdeczny żal w sercu tych wszystkich, którzy Go bliżej poznali.