

# MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 28.

Warszawa d. 26 Czerwca (9 Lipca) 1904 r.

T. XXXII.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —  
                  { półrocznie . . . „ 3. „ —                    pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Geny numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzł i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Valenciennes 33. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Trzy przypadki zeszycia ran serca i teoria zszywania ran serca na spostrzeżeniach własnych oparta. Napisał J. Borzymowski. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 88. O zachowaniu się pewnych organicznych związków względem krwi ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznawania krwi. 89. Powikłanie ciąży zapaleniem okołokątniczym. 90. Obmacywanie brzucha w ciepłej kąpieli. 91. Przypadek euteror-rhoeae nervosae. 92. Białkomocz w okresie dojrzewania płciowego. 93. Zjawiska znużenia w dziedzinie czucia wibracyjnego. 94. O czuciu wibracyjnym. 95. Jak powstają pierwsze zmiany chorobowe wyrostka w appendicitis. 96. Podskórne stosowanie przetworów białkowych. 97. Leczenie płonicy surowicą swoistą. 98. Megalerythema epidemicum (Erythema infectiosum). Ostra wysypka dziecięca. 99. Starcze rozmięczenie kości — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

## „MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: D-r J. BORZYMOWSKI — Suture du coeur dans trois cas de plaie du coeur et une theorie sur les sutures du coeur, basée sur les observations personnelles.

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

## „MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. D-r J. BORZYMOWSKI — Drei Fälle von Naht bei Herzwunden und eine Theorie über die Nähte bei Herzwunden, gestützt auf eigenen Beobachtungen.

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

## PRACE ORYGINALNE.

Z kliniki chirurgicznej prof. KUZNIECOWA.

### TRZY PRZYPADKI ZESZYCIA RAN SERCA

i

Teoria zszywania ran serca

na spostrzeżeniach własnych oparta.

Napisał

JAN BORZYMOWSKI

Ordynat. klin. chirurg. przy szpit. św. Ducha w Warszawie.

Według odczytu wypowiedzianego na ostatnim zjeździe chirurgów Polskich w Krakowie

i w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 27).

26. IV. Tętno 100, dobrze napięte. O. 30.

Ciepłota 37,0°. Przy każdym wydechu lekkie

stęknienie. Chory w nocy zrzucił opatrunek zupełnie i porozrywał szwy; dolny brzeg rany zięje na 4—5 ctm., obok porozrywane ligatury. Opatrunek mocno przesiąknięty. Ogólny wygląd chorego dobry, twarz różowa, przytomność zupełna. Wieczorem ciepłota 38,8°. Hipodermoklizma. Wino. Kofeina. *Deligatio*.

27. IV. Tętno 140—150, słabo napięte, arytmiczne, trudno daje się zliczyć, wyraźniejsze na prawej ręce, niż na lewej. O. 40—44. Oddech bolesny, każdy wydech przerywa się lekkim kaszlnięciem. Ciepłota 38,6°. Przy wysłuchiwanu oddech normalny z przodu klatki piersiowej. Tętno serca czyste, głuche. Odma podskórna na



całej lewej połowie klatki piersiowej, przy opukiwaniu odgłos bębnekowy, a z tyłu pod lewą łopatką stłumienie obok wzmożonego drżenia głosowego i oddechu oskrzelowego; także *gutta cadens* z metalowym tembrem. Rana bez reakcji, opatrunek obficie przesiąknięty surowicą. *Deligatio*. Chory wysoko ułożony, zalecono *coffeini natrobenzoici* 0,3 + *camphorae* 0,03 co 2 godziny. Zrana pił mleko, zjadł pół bułki. W ciągu dnia były wymioty kilkakrotnie. Bez mego pozwolenia przeprowadzono badanie sądowe chorego. Wieczorem tętno 120, słabsze, arytmiczne. O. 40. Ciepłota 39,6° i w parę godzin potem 37,4° przy bardzo obfitych potach. Skarży się na silny ból w lewym boku. Opatrunek obficie przesiąkł surowiczą wydzieliną. Język wilgotny. Przy opatrunku powietrze swobodnie wchodziło i wychodziło z opłucny. Do opłucny tamponów nie założono. Hipodermoklizma. Kieliszek wódki. Chory modli się, mocno bije się przytem w pierś, mówi że mu lepiej, chętnie wypił wódkę, opowiadając, że pija wszelkie gatunki tejże.

28. IV. Spał dobrze; dwa razy oddawał moc. Ciepłota 39,0°. Tętno 120, dosyć dobrze napięte, rytmiczne. O. 40. Opatrunek i cała pościel obficie przesiąknięte surowiczą wydzieliną. W prawem płucu oddech normalny, w lewym u dołu oskrzelowy, jak wczoraj. Granice serca normalne, *ictus* widoczny. Odma podskórna bez zmiany. Ogólny stan chorego znacznie lepszy, niż wczoraj. Przy opatrunku, zrobionym na łóżku wstawiono dren do opłucny przez otwór, zrobiony pierwszej nocy po operacji przez samego chorego.

Po opatrunku dla zmiany mokrej pościeli przeniesiono ostrożnie chorego na sąsiednie łóżko. Nie zdążyłem zmienić pościeli razem z posługaczami, gdy nastąpiła u chorego zapaść: wystąpiła sinica twarzy, rąk i nóg i duszność, tętno stało się odrazu arytmicznym i słabszem. Zaraz chory dostał herbaty, następnie kofeiny, kamfory, *digitalis*, lecz stan nie poprawiał się, i o godz. 4 po południu chory zmarł.

Badanie pośmiertne wykazało: Na sercu dwie rany, drążące do prawej komory, na przedniej powierzchni serca, jedna tuż nad drugą (patrz fotografie tego serca str. 580).

Jedna rana zeszyta ma formę  $\overset{a}{\curvearrowright}$ ; boczne nadcięcie na tej ranie, co daje jej formę igreka, zależeć mogło od tego, że serce skurczyło się w tym momencie, kiedy utkwiał w niem nóż, i samo ponownie przecięło się, obracając się jednocześnie około swej podłużnej osi, przez co jeden kąt rany (*a*) jest w pewnej odległości od drugiego (*b*). Długość rany wynosiła około 1½ ctm.

Druga rana, również drążąca, nawet na autopsji została wykryta po długim poszukiwaniu, chociaż znajdowała się tuż nad poprzednią, o jakie 2 ctm. nad nią; trudność wykrycia jej zależała od doskonałego zlepiania się jej brzegów; od strony serca przylegał do tej rany mocno skrżep. Rozmiary tej rany nie wynosiły więcej, niż ½ — ¾ ctm., bardzo blisko dolnego brzegu tej rany od strony wsierdzia był przyczep mięśnia brodawkowatego, idącego do jednej z zastawek trójdzielných. Pierwsza zaś rana wypadła poniżej przyczepu tego mięśnia. W osierdziu było około pół szklanki płynu krwawo-ropnego; na sercu nalot ropny, łatwo ścierający się nożem. *Pleuritis purulenta sin. et pericarditis purulenta*.

#### W N I O S K I.

Na zasadzie trzech powyższych przypadków i trzech — HORODYŃSKIEGO i MALESZEWSKIEGO, przy których asystowałem, oraz kilku doświadczeń, wykonanych przeze mnie na psach, mogłem dojść do następujących spostrzeżeń klinicznych:

1) W niektórych przypadkach u ludzi przy ranach serca bywa różnica tętna na prawej i lewej ręce, polegająca na tem, że tętno na prawej promieniowej tętnicy jest pełniejsze i lepiej napięte, niż na lewej. W 3 moim przypadku (Kulkowski) około godziny po przywie-



zieniu chorego do kliniki razem z obecnymi przytem lekarzami obserwowałem tę różnicę; na 3 dzień po operacji różnica ta powtórzyła się. U tegoż chorego była różnica w reakcyi i rozmiarach źrenic, trwająca również około godziny po przywiezieniu go do kliniki.

W pracy HORODYŃSKIEGO i MALESZEWSKIEGO na str. 20 („O ranach serca“ Medycyna r. 1889)

amputacyi 2 palców, przed dwoma laty wykonanej. Nie wdając się w tłumaczenie tego objawu, notuję go tylko dlatego, aby w przyszłości zwracać nań uwagę i ustalić albo odrzucić.

2) Nawet przy dwóch drążących ranach prawej komory chory może mieć rytmiczne pełne tętno. Spostrzeżenie to zrobiłem na 3 swoim chorym, u którego w godzinę po przywiezieniu



Rysunek XII.

w przypadku MALESZEWSKIEGO również zanotowano jednego dnia, że tętno wyczuwało się tylko na prawej ręce.

W drugim moim przypadku (Kozubowicz) różnica ta trwała przez cały czas pobytu chorego w szpitalu (7 miesięcy), i w tym przypadku było poraz pierwszy zrobione przeze mnie to spostrzeżenie. Ten atoli przypadek nie jest przekonujący, ponieważ chory ten mógł mieć zmiany lokalne w przedramieniu lewym z powodu

chorego do kliniki było pełne tętno 120 na minutę. Jakkolwiek przypadek powyższy należy zapewne do bardzo rzadkich wyjątków, należy go jednak pamiętać wobec podawania zwykle bez zastrzeżeń, jako koniecznego objawu rany serca, bardzo złęgo i drobnego arytmicznego tętna.

3) Na większe lub mniejsze krwawienie z rany drążącej serca, być może, ma wpływ umiejscowienie rany nad lub pod przyczepem mię-



śni brodawkowych serca. W trzecim moim przypadku dwie rany drażące prawej komory zadane były niemal jednocześnie, tymczasem jedna (co prawda, znacznie większa) bardzo krwawiła, a druga wcale nie. Jeżeli weźmiemy pod uwagę tę okoliczność, że jedna z nich krwawiąca była pod przyczepem mięśni, utrzymujących zastawki, a druga nie krwawiąca nad tymiż, i że w czasie skurczu komory przez napięcie tych mięśni zaciskać się mogą brzegi rany, leżącej poprzecznie ponad przyczepem tych mięśni, wówczas będziemy uprawnieni do wypowiedzenia powyższego przypuszczenia.

4) Rana drażąca prawej komory może wcale nie krwawić przy pewnych okolicznościach. Druga nie zaszyta rana serca w 3 przypadku moim nie krwawiła ani podczas operacji, ani po tejże — w ciągu 3 dni, jak to stwierdził na autopsyi brak krwi w osierdziu.

5) Rany drażące lewej komory (doświadczenia na psach) dają tak silny, ciągły i wysoki strumień jasno-czerwonej krwi, że, kiedy zadawałem psu taką ranę po otwarciu osierdzia, krew literalnie zalewała mi oczy, chociaż dosyć daleko trzymałem głowę od pola operacyjnego, rany zaś prawej komory drażące dają tylko wir ciemnej krwi, momentalnie wypełniającej osierdzie, a po napięciu pincetami brzegów rany dają krótki gruby strumień, wytryskający przy skurczach, co obserwowałem w 2 i 3 moim przypadku i na psach.

Co znów do ran niedrażących, to po napięciu ich brzegów przestają one zupełnie krwawić (u psów stwierdziłem) albo krwawią tak mało, że dobrze można widzieć ich kontury (1-y mój przypadek). Jakkolwiek nie stwierdziłem tego doświadczalnie, przypuszczam jednak, że rany niedrażące muszą więcej krwawić przy rozkurczu serca, kiedy otaczające je mięśnie nie ścisną przeciętych naczyń, drażące zaś prawej komory przeważnie przy skurczu — wtedy bowiem podnosi się ciśnienie wewnątrzkomorowe, które podczas rozkurczu musi być w prawem

sercu bardzo niskie; z lewej komory zaś, jak nadmienilem, rana drażąca u psa daje strumień wysoki i ciągły z powodu wysokiego ciśnienia wewnątrzkomorowego także i podczas rozkurczu, krwawienie zatem z rany drażącej lewej komory musi być bardzo silne i podczas skurczu i podczas rozkurczu serca.

6) Wskutek wypełnienia osierdzia krwią przy ranach serca dostęp do niego jest łatwiejszy; łatwiej znaleźć w niem otwór, niż bez rany serca, kiedy ono bezpośrednio przylega do serca, zwilżone tylko minimalną ilością płynu surowiczego.

7) Po operacji stałym objawem jest ogromny niepokój, szczególnie pierwszej nocy; dlatego konieczny jest w tych przypadkach nieodstępny dozór. Z leków najlepsze wyniki dają subiektywnie i obiektywnie pełne dawki morfiny (0,01 — raz do dwóch razy na dobę) i lód na okolicę serca. Natomiast zawsze chorzy skarżyli się na pogorszenie po zbyt energicznym podniecaniu, czy to kofeiną, czy narparstnicą, czy strofantem, jakkolwiek tętno po nich poprawiało się. Pożądane jest przeto miarkowanie się ze zbyt energicznym stosowaniem środków podniecających oraz absolutny spokój moralny i fizyczny — opatrunki należy robić tylko na łóżku, nie poruszając chorego przynajmniej do tego czasu, póki nie przejdą objawy upośledzenia czynności serca. Mięsień serca, zapewne jak każda inna tkanka, nawet aseptycznie zeszyta, podlega po operacji przekrwieniu, obrzękowi i upośledzeniu funkeji. Roztrzeń serca (patrz fotografię), następująca po zeszytciu, potwierdza to przypuszczenie.

## II. Teorya zszywania ran serca.

Ogromna śmiertelność po zeszytciu ran serca gwałtownie domaga się od chirurgii zmiany na lepsze.

Nie ulega wątpliwości, że przyczyną złych wyników tej operacji jest infekcja osierdzia i opłucny, następująca przed i w czasie operacji, obok upośledzonej odporności or-



ganizmu, osłabionego olbrzymią utratą krwi; we wszystkich niemal przypadkach z sekyą figuruje *pericarditis et pleuritis purulenta*, jako przyczyna zgonu.

Uniknięcie infekcyi opłucny i osierdzia podczas operacyi oraz ograniczenie tej infekcyi, która już nastąpiła przed operacyą — oto cel konkretny teoryi zszywania ran serca, którą mam zaszczyt Szanownym Panom do oceny przedstawić.

Teorya ta, oparta na obserwacyi sześciu przypadków, trzech własnych i trzech — kol. HORODYŃSKIEGO i MALESZEWSKIEGO („Medycyna“ 1899 r., przy których operowaniu czynny udział brałem), dotyczy wszystkich warstw topograficznych okolicy serca.

1) Skóra. Przedewszystkiem wymaga zmiany terażniejszy zwyczaj rozszerzania rany pierwotnej w skórze, t.j. prowadzenia przez nią cięcia skór nego.

Wszelkie cięcia przy tej operacyi należy tak prowadzić, aby obejść ranę pierwotną w skórze, którą powinniśmy uważać za bezwarunkowo zakażoną. Cięcia przez ranę pierwotną powinny być stanowczo zaniechane jako pociągające za sobą generalizacyę infekcyi, umiejscowionej przeważnie w skórnej ranie pierwotnej i najbliższych tkankach podskórnych. Już ten jeden wzgląd powinien wystarczyć, aby nie rozszerzać, nie sondować, a nawet nie dotykać ani palcem, ani narzędziem pierwotnej rany, tembardziej, że wszelkie przypuszczalne ztąd korzyści zupełnie zawodzą; a mianowicie, zgłębnik wprowadzony do rany, znalazł-

szy się w jamie klatki piersiowej, trafia albo do jamy opłucny albo na bardzo luźną tkankę przedosierdziową (preperikardyalną); w tej i drugiej jednakowo jest ruchomy we wszystkich kierunkach, a gdyby nawet i trafił na otwór w osierdziu, to również nam nie wskaże, czy zranione jest serce, z powodu nieustających i zwykle bezładnych ruchów tegoż. Korzystanie ze zgłębnika, jako drogowskazu do rany serca, po zostawieniu tegoż w ranie w czasie operacyi, również zawodzi, ponieważ, jak powiedziałem wyżej, drogowskaz ten jest nieomylny tylko w samej ścianie klatki piersiowej, a zupełnie gubi się w jamie tejże.

Jakkolwiek w dalszym ciągu operacyi musimy się spotkać z raną pierwotną w samym sercu i dotykać jej, jest to jednak 1) nieuniknione, a 2) mniej niebezpieczne, niż dotykane rany skórnej, albowiem największa infekcyja zwykle skupia się przy ranach klutych w skórze i jej najbliższem sąsiedztwie, jako w miejscach najbardziej dostępnych infekcyi z zewnątrz.

Ominięcie zaś rany skórnej nie przedstawia pod względem technicznym żadnej trudności, ponieważ rany te są zwykle małe.

Nie możemy zgodzić się na zwykle praktykowane rozszerzanie rany pierwotnej jeszcze z tego względu, że ona bywa rozmaicie umiejscowiona, tymczasem dostęp do serca powinien być w bardzo ścisłych granicach topograficznych zamknięty, a mianowicie, powinien być bez względu na umiejscowienie rany pierwotnej zawsze poza opłucnowy (ekstrapleuralny).

(D. n.).



## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

88. O. ADLER i R. ADLER. O zachowywaniu się pewnych organicznych związków względem krwi ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznawania krwi.

Z pośród metod chemicznych rozpoznawania krwi pierwsze miejsce zajmuje otrzymywanie kryształów heminy. Do celów klinicznych (mocz, ekskrementy, sok żołądkowy) niezłe nadaje się próba gwajakowa, która w VITALI'm gorącego w czasach ostatnich znalazła zwolennika. W nowszych czasach ROSSEL<sup>1)</sup> polecił do wykrywania krwi w moczu Barbados-Aloinę. Próba ta, według Utz'a, czułością przewyższa próbę gwajakową.

W pracy niniejszej autorowie postanowili zbadać znaczniejszą liczbę związków chemicznych co do zachowywania się ich względem krwi, przyczem, z powodu utleniania się tych związków, występują odczyny barwne (przy dodatku  $H_2O_2$ ). Pewna część tych związków była dotąd w użyciu przy wykrywaniu ozonu i fermentów utleniających (Oksydazy).

Z wielkiego szeregu wziętych pod uwagę ciał autorowie ograniczyli się na ciałach amidowych, fenolach (1—2—3 wartość), kwasach aromatycznych i na grupie dwufenylowej i naftalinowej. Wreszcie badali zachowanie się produktu redukcji pewnego barwnika smołowego (leukozasady).

Używano do prób krwi królików, odwołknionej zaraz po otrzymaniu jej z arteryi (*carotis*) zwierzęcia i rozcieńczonej wodą do określonej koncentracji. Zaczynano od rozcieńczenia 0,001% (1 : 100000) z dodatkiem wody utlenionej, a zwiększając coraz ilość krwi, oznaczano dla każdego badanego ciała granicę czułości w %. Równolegle prowadzono badania kontrolujące, t. j. bez obecności krwi. Jeżeli odczyny barwne

występowały i w kontrolach, to była brana pod uwagę różnica natężenia kolorów.

Oдносна czułość omawianych związków chemicznych w porządku wzrastającym przedstawia się w następujący sposób.

Z ciał amidowych monoaminy są najmniej czułe (wykrywają 0,1%), diaminy są dosyć czułe (0,007—0,009%).

Fenole jednowartościowe wogóle są bardzo mało czułe; dwuwartościowe — czulsze (0,01 — 0,05 — 0,005 — 0,002%), również trójwartościowe (0,005%).

Czułość kwasów aromatycznych, z wyjątkiem bardzo mało czułych: benzoosowego i salicylowego, sięga 0,001—0,005%.

Z grupy dwufenylowej benzinidina jest czuła (0,001%), tolidina — mało czuła (0,05% czerwone zabarw. 0,25% — zielone).

Grupa naftalinowa jest mało czuła.

Na zakończenie tych badań autorowie badali szereg łatwo utleniających się leukozasad szeregu trifenylmetanowego. Przekonali się przyczem, że do celów wykrywania krwi doskonale nadają się: grupa zieleni malachitowej (malachitgrün, brillantgrün, säuregrün) i derywaty rozaniliny (dahlia, methylviolet, kristalviolet). Pozostałe barwniki trifenylmetanowe (alkaliblau, ke-tonblau, patentblau, cyanin, türksblau), następnie eozyna i rodamina nie nadały się do omawianego celu.

Reakcje barwne występowały w ten sposób, że barwnik krwi przenosił na wspomniane związki tlen, pochodzący z dodawanej wody utlenionej, i w ten sposób związki te zostawały utlenione. Z tego wnosić możemy, że w ten sam sposób mogą oddziaływać i inne związki jak np. sole żelazawe (VITALI), sole rodanowe (TARUGI), dalej jeszcze niektóre utleniające fermenty [pośrednie (indirecte) oksydazy], które wszystkie posiadają zdolność, w obecności wody utlenionej, oddziaływać jako pośrednie środki utleniające. Obecności podobnych fermentów należy się do-

<sup>1)</sup> ROSSEL, SCHWEIZER. Wochenschr. Chem. Pharm. 1901. N. 39.



myślać w płynach, zawierających leukocyty (ropa, moczu, ślina). Po przygotowaniu płynów fermenty te giną. Ropa, zawierająca zawsze ślady krwi, daje odczyn na krew także i po przygotowaniu. Badania autorów nad ropą są jeszcze nieukończone.

Wreszcie należy zauważyć, że ciała, wywołujące reakcje wtórne, zawsze muszą być uwzględnione (sole żelaza: żółte zabarwienie zieleni malachitowej; kwas azotny: tworzenie się ciał diazowych).

Zieleń malachitowa doskonale nadaje się do wykrywania krwi jeszcze w rozcieńczeniu 1 : 100000, tak że przy ujemnym wyniku próby należy z pewnością wykluczyć obecność krwi. Odczynnik najlepiej przygotować w następujący sposób: przyrządza się nasycony roztwór zupełnie bezbarwnej, chemicznie czystej leukozasady zieleni malachitowej (tetrametyldiamidotriphenylmethan) w kwasie octowym lodow. Dla usunięcia występującego często, nawet przy użyciu zupełnie bezbarwnego preparatu, minimalnego zielonego zabarwienia, dodaje się do roztworu równą objętość chloroformu. Do mieszaniny dodaje się kroplami wody, ostrożnie mieszając, dopóki chloroform nie wydzieli się zupełnie; chloroform, zabarwiony na zielono, oddziela się od pozostałej mieszaniny. Zmętnienie odczynnika (wskutek wydzielenia się leukozasady) usuwa się przez dodanie kwasu octowego. Gdyby odczynnik jeszcze okazywał ślady zielonawego zabarwienia, to to ostatnie usuwa się przez ponowne wstrząsanie z chloroformem. Odczynnik musi być zawsze zupełnie bezbarwny.

Badanie plam krwawych. Badaną plamę trzeba dobrze nasycić odczynnikiem, a potem obmyć 3% wodą utlenioną. Jeżeli krew jest obecna, to plama natychmiast zabarwi się na intensywny zielony kolor. Reakcja z dostateczną wyrazistością występuje nawet przy ledwo dających się zauważyć plamach. Wygotowywanie plam nie zmniejsza czułości reakcji. Jakiś już mówili, i inne ciała, oprócz krwi, warunkują dodatni wynik próby; należy przeto mieć na względzie możliwą obecność takich ciał.

W obecności znaczniejszej ilości soli żelaza, pomimo obecności krwi, zielone zabarwienie nie zjawia się, a zamiast niego występuje

je zabarwienie żółte. W takim przypadku należy przerobić próby na żelazo.

Wykrywanie krwi w wodzie. Oprócz wspomnianego odczynnika, nadaje się tu także i benzidina (nasycony na gorąco i po ochłodzeniu przesączony alkoholowy roztwór). Do badanej wody dodaje się nieco wody utlenionej i kilka kropel kwasu octowego, a następnie kilka ctm. sz. roztworu benzidiny. W obecności krwi wystąpi wspaniałe zielone zabarwienie. Reakcję tę daje woda z krwią nawet po przygotowaniu. Próba benzidinowa nadaje się jak i leukomalachitowa do wykrywania krwi w rozcieńczeniu 1 : 100000, podczas gdy kryształowy TEICHMAN'a mogą być otrzymywane przynajmniej przy rozcieńczeniu 1 : 20000, a próba gwajakowa udaje się jeszcze przy rozcieńczeniu 1 : 5000.

Wykrywanie krwi w moczu i ekskrementach. Jak próba leukomalachitowa, tak i benzidinowa nadają się do tego celu, jeżeli się postępuje analogicznie z WEBER'owską modyfikacją próby gwajakowej.

Do 10—15 ctm. sz. moczu dodaje się połowę objętości kwasu octowego. Hemoglobina przechodzi przytem w hematynę. Mieszaninę wyklóca się z eterem, przyczem hematyna przechodzi do eteru. Jeżeli eter utworzy z mieszaniną emulsję, to można płyny rozdzielić dodaniem kilka kropel spirytusu. Po oddzieleniu eteru, dodaje się doń odczynnik leukomalachitowy i nieco wody utlenionej. Gdyby się wydzieliła leukozasada, to można ją dodatkiem kwasu octowego znów przeprowadzić do roztworu. Można używać także i odczynnika benzidinowego, dodawszy również nieco wody utlenionej i kilku kropel kwasu octowego. W obecności krwi zawsze występuje zielone zabarwienie.

W celu wykrycia krwi w kale miesza się niewielką ilość jego z małą ilością wody. Do niej filtrowanego roztworu dodaje się 2 ctm. sz. roztworu benzidiny, 2 ctm. sz. 3% wody utlenionej i kilka kropel kwasu octowego. Obecność krwi wywoła znany już nam odczyn barwny.

(Gotową leukozasadę lub gotowy odczynnik dostać można w laboratorium chemicznym przy składzie aptecznym Wilh. Adler'a w Karlsruhe).

(Hoppe-Seyler's Zeitschrift für Physiologische Chemie. Luty 1904 r. Tom XLI. Zeszyt 1 i 2. Str. 59).

M. Dominikiewicz.



89. LABHARDT. Powikłanie ciąży zapaleniem okołokątniczym.

HLAVACEK utrzymywał, że, jeśli u kobiety z podrażnieniem wyrostka robaczkowego występuje ciąża, to wzmagają się zapalenie wyrostka i rozwija „napad“ wyrostkowy, gdyż zwiększająca się macica powoduje targanie wyrostka, względnie jego błony surowiczej. FRAENKEL dowiódł niesłuszności tej teorii, przeciw której przemawia zresztą rzadko zdarzająca się kombinacja obu stanów. Niepodobna natomiast zaprzeczyć, że zapalenie wyrostka wywiera wpływ bardzo niepomysłny na przebieg ciąży, wywołując często przerwanie tejże. Wpływ ten zależy, rozumie się, przedewszystkiem od postaci zapalenia wyrostka. Otóż KÖNIG utrzymuje, jakoby miało być faktem, że w przebiegu ciąży występują przeważnie ciężkie zapalenia wyrostka. Zdanie to należałoby chyba rozumieć w ten sposób, że przeważnie ciężkie zapalenia bywają przedmiotem obserwacji klinicznej, podczas gdy formy lżejsze, odczuwane przez kobiety ciężarne jako *molimina graviditatis*, spostrzegane są często w praktyce ambulatoryjnej.

Rozpoznanie zapalenia wyrostka podczas ciąży napotyka często na znaczne trudności. *Appendicitis simplex*, w której zapalenie ogranicza się do samego wyrostka, trudniej daje się diagnozować, niż zapalenie wyrostka z wysiękiem okołokątniczym. Do 5 miesiąca ciąży, jak również po porodzie, wyrostek tak samo wyczuć się daje, jak w warunkach zwykłych. W drugiej zaś połowie ciąży bezpośrednie wymacywanie wyrostka przez powłoki brzuszne najczęściej nie jest możliwe, gdyż powiększona macica uniemożliwia palpację okolicy biodrowo-kątniczej. FRAENKEL zalecił badanie w lewym bocznej położeniu, gdyż wtedy wolną się staje prawa strona brzucha. W pojedynczych przypadkach badanie w tej pozycji może rzeczywiście okazać się pożytecznym, po większej części jednak napięcie ścian brzusznych stać będzie na przeszkodzie wymacywaniu wyrostka. Strzedz się należy przypisywania wielkiego znaczenia punktowi MAC BURNEY'a, gdyż zarówno wyrostek, jak i kątnica są bardzo ruchome, a nadto zrosty, pozostałe po przebytych już zapaleniach utrwalić mogą wyrostek we wszystkich możliwych stronach jamy brzusznej. Względne znaczenie ma stwierdzenie skurczu mięśni w miejscu zapalenia przy

obmacywaniu (t. zw. *défense musculaire*), gdyż samoobrona ta występuje nie tylko w zapaleniu wyrostka, lecz także przy zajęciu zapalnym innych narządów, np. przydatków macicy. Z przedmiotowych oznak *appendicitidis simplicis* w pierwszej połowie ciąży i w okresie połogowym mamy zatem wyczuwanie zgrubiałego wyrostka w prawym dole biodrowym; w drugiej połowie ciąży poprzestać musimy na wywiadach i objawach głównie podmiotowych.

Stosunkowo łatwiejsze jest rozpoznanie zapalenia wyrostka z wytworzeniem wysięku nawet w posuniętym okresie ciąży. Odporność, guz najlepiej wyczuć się daje, gdy przy zgiętem prawem biodrze badające palce przesuwają będziemy od okolicy przedniego górnego kolca w kierunku małej miednicy. Wymacywanie od linii pośrodkowej w kierunku nazewnątrz (na prawo) utrudnione jest przez powiększoną macicę i łatwo prowadzić może do przeoczenia guza. Przy ropniu okołokątniczym nie należy zbyt wielkiej wagi przywiązywać do umiejscowienia w okolicy biodrowo-kątniczej, gdyż żadna lokalizacja ropnia nie wyłącza związku tegoż z zapaleniem wyrostka. W razie obecności wysięku w późniejszych miesiącach ciąży zaleca się pozycyę chorej na lewym boku, która jest tu często bardzo korzystna dla rozpoznania. Zalecone przez SONNENBURG'a wdmuchiwanie powietrza do kiszek w celu różniczkowania *perityphlitis* od guzów ściany brzusznej lub pochodzących z innych narządów ma w ciąży wątpliwe znaczenie, a nadto nie jest zupełnie bezpieczne. Stwierdzenie stłumienia przy niewielkiej macicy udaje się łatwo, w późniejszych zaś miesiącach ciąży jest trudne albo nawet zgoła niemożliwe. Ponieważ objawy przedmiotowe częstokroć trudne są do stwierdzenia, przeto szczególnie ważne jest uwzględnienie innych momentów (wywiadów, gorączki, tętna, leukocytozy, objawów kiszkowych i t. d.), przyczem rozpoznanie opierać wypada na sumie zdobytych w ten sposób danych.

Pod względem różniczkowo-rozpoznawczym zauważyć należy, że zapalenie przydatków macicy przebiega również z bólem, gorączką i wytworzeniem guza. W początku ciąży guz, wychodzący z przydatków, łatwiej wyczuć można przez pochwę, niż guz okołokątniczy, który przeciwnie łatwiej wymacać się da przez ściany



brzuszne. W miarę jednak wzrostu macicy przydatki podnoszą się z małej miednicy ku górze; w przeciwieństwie do ropnia okołokątniczego przylegają one jednak blisko do ściany macicy. Guz przydatków jest przytem najczęściej bardziej ograniczony, niż guz okołokątniczy. Pamiętać należy również o innych momentach, przemawiających za pochodzeniem wysięku z przydatków, a mianowicie o etiologii: za wysiękiem, pochodzącym z przydatków, przemawia jego przyroda tryprowa lub grąźlicza. W okresie połogowym uwzględnić należy zapalenie przymaciczne (*parametritis*). Różniczkowanie jest tu często bardzo trudne, a nawet niemożliwe. Za zapaleniem przymacicznym przemawia guz, który wyczuwa się przez pochwę, głębiej położony jest, niż ropień okołokątniczy, i ginie w pasmach tkanki łącznej miednicy i więzach macicy. Przy badaniu przez powłoki brzuszne okazuje się, że okolica wrażliwa na ucisk najczęściej oddzielona jest przy *perityphlitis* od wejścia do miednicy pasem zupełnie albo prawie zupełnie niebolesnym, przy *parametritis* zaś, przeciwnie, wrażliwość na ucisk jest największa właśnie u wejścia do miednicy. Objaw ten wyraźnie występował w obu przypadkach autora. Ma on znaczenie rozpoznawcze i po za ciążą, gdy chodzi o różniczkowanie zapalenia okołokątniczego od zapaleń przydatków lub przymacicza.

Co się tyczy rokowania w wikłającym ciężę zapaleniu wyrostka robaczkowego, to zależy ono przedewszystkiem od postaci zapalenia. *Appendicitis simplex* daje względnie dobre rokowanie tak dla matki, jak i dla dziecka. *Appendicitis perforativa* daje podczas ciąży bardzo złe rokowanie dla dziecka i dla matki: z 10 dzieci, których matki były operowane, zmarło 9 (ABRAHAM), śmiertelność zaś wśród matek wynosiła 58,3% (na 12 przypadków według ABRAHAM's'a). Wysoka śmiertelność tłumaczy się z jednej strony niepomyślnym wpływem zapalenia na ciężę (przedwczesne porody z często niezbędnymi zabiegami), z drugiej — również szkodliwym wpływem porodu na ropień okołokątniczy (rozerwanie zrostów przy opróżnianiu się macicy) oraz znacznem zmniejszeniem się odporności ciężarnych kobiet wobec spraw zakaźnych. Nieco lepiej dzieje się kobietom, u których wytworzenie ropnia nastąpiło dopiero po porodzie.

Że przy stwierdzonym ropniu okołokątniczym należy operować, rozumie się samo przez się. W przypadkach zaś, gdzie istnienie ropnia napewno nie jest stwierdzone, autor radzi czekać, jeśli ciepłota i tętno są niskie, operować zaś — w razie podniesienia ciepłoty i przyspieszenia tętna. Sam zabieg często nie przerywa ciąży. Dłuższe czekanie narazić może na bardzo przykre następstwa: rozszerzenie się sprawy zapalnej, wystąpienie najcięższych objawów w czasie porodu. Gdy to ostatnie ma miejsce, lekarz znajduje się w przykrem położeniu, gdyż jednocześnie ma do czynienia ze sprawą aseptyczną i zakaźną. Należy w takim razie, jeśli to jest możliwe, ukończyć zupełnie przedtem sprawę aseptyczną, t. j. poród, a dopiero później przystąpić do załatwienia się z zapaleniem wyrostka. Okoliczności jednak zmusić mogą lekarza do innego sposobu działania. Spostrzegamy niekiedy rozwój ropnia w dole DOUGLAS'a podczas ciąży lub porodu. Autor w zasadzie radzi otwierać ten ropień *per rectum*, w późniejszym zaś okresie puerperii, jak to było w 1-szym przypadku autora, wskazane jest opróżnienie ropnia ze strony pochwy, gdyż niebezpieczeństwo zakażenia jamy macicznej jest już wówczas minimalne (München. med. Woch. N. 6. 1904).

S. P.

#### 90. STICKER G. Obmacywanie brzucha w ciepłej kąpieli.

Z powodu bolesności, mimowolnego naprężania powłok brzusznych i obfitego pokładu tłuszczowego w nich badanie jamy brzusznej za pomocą obmacywania staje się u wielu chorych (a szczególnie u dzieci. Spr.) bardzo trudnym zabiegiem, dla ułatwienia którego uciekano się do usypiania chorych za pomocą chloroformu, do gwałtownego przenikania ręką do odbytnicy (SIMON) z rozdarciem zwieracza odbytnicy, wreszcie do próbnego przecięcia ściany brzusznej.

Od dziesięciu lat stosuje STICKER metodę badania tego rodzaju chorych w ciepłej kąpieli, co w wielu razach zastępuje chloroformowanie, a nawet próbną laparotomię. Dzięki tej metodzie i on i uczniowie jego doskonale wymacać mogli zrosty i przemieszczenia wewnątrzności, powiększenia i zmniejszenia wątroby, śledziony i nerek, kamienie w pęcherzyku żółciowym i w miednicz-



kach nerkowych, wysięki, bliznowate powrozy i guzy jamy brzusznej, niedostępne poprzednio badaniu. Na wynalezienie tego sposobu naprowadził autor przypadek, u pewnego bowiem chorego, cierpiącego na nieznośne kolki, zastosował kąpiel i w niej ręką dotykał bolesnego brzucha, przyczem doskonale wymacał spory guz w prawym dole biodrowym, który w kilka dni później wraz z odejściem obfitej ilości piasku moczowego znacznie się zmniejszył, a z czasem znikł zupełnie; była to zatem prawa miedniczka nerkowa, rozciągnięta solami moczanowemi. Wobec tego i wielu innych podobnych przypadków zaleca autor swój sposób tak niewinny a tak skuteczny. Opisał go już w r. 1901, lecz wobec małego rozpowszechnienia ponownie zwraca nań uwagę, zachęcając do wypróbowania.

(Centr. f. innere Medicin. 1904. N. 9).

L. W.

#### 91. H. RICHARTZ. Przypadek enterorrhoeae nervosae.

Autor opisuje przypadek z prywatnej kliniki LEUBE'go. Cierpienie omawiane jest tak rzadkie, że w piśmiennictwie znaleźć można zaledwie jeden przypadek, opisany przez WICK'a pod błędną nazwą „*enteritis nevosa*“. Spostrzeżenie LEUBE'go dotyczy 52 letniego, zresztą zupełnie zdrowego człowieka, który od paru lat cierpi na zaburzenia w defekacji, polegające na tem, że przy silnem parciu chory opróżnia pewną ilość, dochodzącą niekiedy do  $\frac{1}{2}$  kufła, płynu wodnistego, przezroczystego, bezwonnego. Takie wodniste stolce z wydymaniami zjawiają się u chorego kilka, a niekiedy i kilkanaście razy na dzień. Od czasu do czasu, co parę dni, zjawiają się zupełnie prawidłowe stolce bez parcia. Wodniste wypróżnienia nie zjawiają się nigdy w czasie snu lub jazdy koleją. Żadnych bólów, jak również zaburzeń trawienia niema. Chory, pochodzący z rodziny nerwowej, jest bardzo przygnębiony z powodu swego cierpienia, gdyż niekiedy w ciągu jednej godziny kilka razy zupełnie niespodzianie zjawia się owo parcie, którego żadną miarą pokonać nie może. Przeszkadza mu to naturalnie bardzo w zajęciach. Środki ściągające tylko pogarszają cierpienie, duże zaś dawki kaskary sprowadzają pewną ulgę, przyczem wypróżnienia stają się bardziej prawidłowe. Po kilku tygodniach leczenia cierpienie znacznie złagodniało w natężeniu. Wziernikowanie odbytnicy wykazało: błona ślu-

zowa *recti* wilgotna, błyszcząca, lecz nie nastrzyknięta, znajduje się w ustawicznym ruchu, tak że obraz rektoskopowy ciągle się zmienia. We wzierniku podczas 3 minutowego badania zbiera się kilka kropel bezwonnej i bezbarwnej cieczy. W 10 minut po wziernikowaniu chory opróżnił około 180 ctm. płynu. Zgłębnik kiszkowy wchodzi bez trudności, lecz w odległości 28 ctm. napotyka się na przeszkodę, którą jednak przez dalsze wprowadzanie sondy łatwo pokonać można, przyczem przez zgłębnik wylewa się pod dość silnem ciśnieniem kilkadziesiąt ctm. sześć. jasnego płynu. Ten sam wynik otrzymywano zawsze, ilekroć chory ucezuwał parcie.

Ponieważ opróżniony płyn nie zawierał ani białka, ani cukrotwórczego fermentu, możnaby więc przypuszczać, że składał się on z wypitej wody, która przedostawała się do kiszek przez przetokę żołądkowo-okrężnicową. Lecz w obrazie chorobowym nie ma żadnych wskazówek, upoważniających do przyjęcia takiej przetoki. Możliwe raczej myśleć o innej przetoce: nagły początek, długie bez przerwy trwanie choroby oraz duża ilość opróżnianego płynu nasuwa myśl o komunikacji odbytnicy z pęcherzem. Przypuszczenie to jednak upada, gdyż rozbiór płynu wykazał brak w nim mocznika. Możliwe myśleć także o istnieniu w okrężnicy uchyłka (*diverticulum*), w którym płyn się wytwarza i potem wylewa do próżnej prostnicy, a więc pozostaje niezmiészany z kałem. Uchyłki takie w okrężnicy nie należą do rzadkości, lecz nigdy nie dosięgają takiej wielkości, jaką należałoby w omawianym przypadku przyjąć. Przyjęcie uchyłka nie zgadza się także z nagłym powstaniem choroby. Możliwe dalej przypuszczenie obecności w okolicy przedkrzyżowej torbiele. Takie wrodzone torbiele są niekiedy wysłane typową śluzówką, a więc zdolną do sekrecji. Torbiele te również nie dochodzą do takiej objętości, jaką na zasadzie ilości wydalanego płynu należałoby przyjąć. Nadto znajdują się one w najdolniejszym odcinku miednicy, a więc łatwoby mogły być stwierdzone za pomocą palca i wziernika. Wreszcie niezrozumiałem byłoby, dlaczego taki wrodzony twór ujawnił się dopiero w 5—6 dziesiątku lat.

Powyższe dane, osiągnięte za pomocą wziernikowania i zgłębnikowania, wskazują, że pomiędzy pustą prostnicą a powyżej leżącym i



zawierającym płyn odcinkiem kiszek znajdowało się, stale na tej samej wysokości, zamknięcie, rozgraniczający oba te odcinki. Zamknięcie to nie jest owym hipotetycznym zwieraczem, o którym mówi SCHREIBER, lokalizując go w *ostium recto-romanum* w odległości 11 ctm. od odbytu, gdyż w przypadku LEUBE'go zamknięcie znajdowało się na wysokości 28 ctm., a więc w obrębie zgięcia esowatego. Nie można tu również myśleć o t. zw. *sphincter tertius*, którego istnienie jest wogóle wątpliwe. Autor przyjmuje przemijający skurecz w 2 miejscach zgięcia esowatego. Wogóle skurecz tej kiszki należy do dość częstych zjawisk i często przez ściany brzuszne wyczuć się daje. Niemożliwe to było w przypadku autora po części wskutek grubej warstwy tkanki tłuszczowej w ścianie brzusznej. Do tego odgraniczonego z obu stron odcinka okrężnicy gruczoły śluzówki wlewają swą wydzielinę, której znaczną ilość łatwo objaśnić można, przyjmując istnienie hipersekrecyi. Cały więc zbiór objawów uważać można za następstwo przewlekłego zaburzenia innerwacyi, za nerwicę ruchową i wydzielniczą określonego odcinka okrężnicy. Za tem przemawiają także niektóre dane z wywiadów, nagle powstanie cierpienia, zupełne ustanie wszystkich objawów podczas snu, jak również osobliwy wpływ jazdy koleją. Za nerwową naturą cierpienia przemawia także ta okoliczność, że w przypadku WICK'a cierpienie powstało pod wpływem złamania kości udowej u człowieka, który raz już dotknięty był tem samem cierpieniem przed 7 laty w następstwie jakiegoś cierpienia kolana.

(München. med. Wochenschr. Nr. 3. 1904).

S. P.

#### 92. v. LEUBE. **Białkomocz w okresie dojrzewania płciowego.**

U młodych chłopców i dziewcząt, białych, chudych, wysokich, skłonnych do bólów głowy, zawrotów, niestrawności i t. p., łatwo męczących się, często zauważyć można mniejszą lub większą ilość białka w moczu, wydzielającego się wskutek ruchu, w nocnym bowiem moczu domieszka ta znika zupełnie. Przyczyna tego objawu polega na złym składzie krwi z jednej strony i na lekkiej niedomodze serca wraz ze skłonnością do zastojów z drugiej. Oba te stany właściwe są okresowi dojrzewania płciowego; wraz z poprawą składu krwi i po dokonany rozwój objawy

te przechodzą i nie wracają więcej. Niekiedy jednak okresowy ten białkomocz może przejść w zapalenie nerek, wobec czego ostrożnym być należy w rokowaniu.

Jednocześnie inny autor KREHL zwraca uwagę, że u młodocianych robotników (terminatorów) tak często zauważyć można podmiotowe objawy ze strony serca z jednoczesnymi różnorodnymi przedmiotowymi zmianami w tym narządzie. Bardzo często stwierdzał on powiększenie względnego stłumienia serca na prawo z zaostreniem lub bez zaostrenia drugiego tonu tętnicy płucnej, powiększenie względnej i bezwzględnej tępości serca na lewo, przesunięcie uderzenia wierzchołkowego ku linii piersiowej a nieraz w dół do 6 międzyżebra. Zazwyczaj objawy podmiotowe po  $\frac{1}{2}$ —2 latach zupełnie znikły, niekiedy jednak można je było jeszcze po dwóch latach zauważyć. Rokowanie przeto przy powiększeniu serca w okresie dojrzewania jest pomyślne, lecz powinno być stawiane z pewną ostrożnością. LEMMEL zbadał materiał Jenajskiej kliniki w tej sprawie i przekonał się, że na 587 młodzieńców, badanych systematycznie w ciągu 3—4 lat, 111 t. j. 18,9% raz lub kilkakrotnie wykazywało w moczu odczyn na białko. Ilość białka była bardzo mała, nie przenosiła 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>; objaw ten nie był stały, to zjawiał się, to znikał; osad, nader skąpy, zawierał nieco szklistych wałeczków i pojedynczych stłuszczonych nabłonków. W 90 przypadkach białkomoczu stwierdzono 38 razy zmiany w sercu, mianowicie 13 razy lewostronne rozszerzenie, 11 razy szczególną odporność uderzenia wierzchołka, 9 razy szmer skurczowy, w reszcie przypadków stałe przyspieszenie bicia serca lub prawostronne rozszerzenie. Co do dalszego przebiegu, to wedle LEMMEL'a wszystkie powyższe objawy znikły z czasem, a powiększone serca kureczyły się i wracały do prawidłowych wymiarów.

Spostrzeżenia te bardzo są ważne dla lekarzy, którzy nieraz orzekać muszą o stanie zdrowia młodzieży i wyborze właściwego dla nich rzemiosła lub wogóle zajęcia. Odróżnienie przejściowych zmian w sercu i w nerkach, zależnych od dojrzewania płciowego, od prawdziwego zapalenia nerek lub wady serca, ma pierwszorzędne znaczenie.

(Prakt. Arzt. 1904. N. 1).

L. Wolberg.



93. NEUTRA. Zjawiska znużenia w dziedzinie czucia wibracyjnego.

W ostatnich latach zwrócono uwagę na czucie, powstające przy przyłożeniu do skóry wprowadzonego w ruch kamertonu. Czucie to poddano szczegółowej analizie i na pewnej podstawie nazwano je jakościowo odrębnym czuciem wibracyjnym. (Porównaj zapatrywania w tej mierze GOLDSCHIEDER'a, przyp. refer.). Opisali je najpierw TREITEL i EGGER, choć już przed 25 laty wspomina o niem ERHARD. NEUTRA opisuje nowe objawy w dziedzinie tego czucia, dotyczące uczucia znużenia. Doświadczenie jego jest następujące. Jeżeli kamerton BEZOLD'owski, obciążony w górnej części, wykonujący około 120—180 wahań na sekundę, przyłożymy np. do lewej piszczeli, wtedy dany osobnik doznaje uczucia, jak gdyby w tem miejscu był elektryzowany lekkim prądem faradycznym. Uczucie to, w miarę stopniowego zmniejszania się szerokości rozmachów wahan kamertonu (amplitud), staje się wciąż słabszym, i badany osobnik może określić dokładnie chwilę, kiedy przestaje doznawać czucia wibracyjnego. Jeżeli momentalnie przeniosę ten sam kamerton, tak samo nastrojony, na punkt symetryczny, a więc, jak w danym przypadku, na prawą piszczel, wtedy dana osoba doznaje znowu czucia wibracyjnego w ciągu kilku (6—8) sekund. Liczba sekund, podczas których odczuwamy jeszcze wibrację na drugiej nodze, potem jak już przestaliśmy zupełnie ją odczuwać na miejscu pierwszego przyłożenia, NEUTRA nazywa „liczbą znużenia“ pierwszego punktu badanego. Doświadczenie to można wykonywać i w kierunku odwrotnym. Porównanie liczb znużenia, otrzymanych z punktów symetrycznych, daje nam do ręki metodę określania znieczuleń i nadczułości w dziedzinie czucia wibracyjnego.

Przytoczone powyżej doświadczenie istotnie polega, zdaniem autora, na znużeniu zdolności apercepcyi, (autor wraz z WUNDT'em uznaje apercepcję, jako odrębną zdolność duchową, czemu MÜNSTERBERG i inni przeczą. Przyp. ref.), o czem przekonywa ten jeszcze fakt, że przy silnem nastrojeniu kamertonu, kiedy uwagę naszą absorbujemy znacznie dłużej i wskutek znużenia nie odczuwamy już drobnych wahań, liczby znużenia będą większe, aniżeli przy słabem nastro-

jeniu kamertonu, przy krótszem absorbowaniu uwagi.

Opisane powyżej objawy i cyfry znużenia można obserwować u każdego normalnego człowieka. Są to zjawiska fizjologiczne.

Następujące jednak badania odnoszą się już do patologicznie wzmożonego znużenia apercepcyi, co obserwujemy u osób, dotkniętych histeryą, a zwłaszcza neurastenią. Jeżeli umiarkowanie nastrojony kamerton postawię na lewej piszczeli, po pewnym czasie przestanie on wywoływać u badanego osobnika czucie wibracyjne. Wtedy przenoszę go na prawą piszczel. Po kilku sekundach i tu ustaje czucie wibracyjne. Wtedy znowu przenoszę go na pierwotne miejsce. Otóż, osoby normalne w tych razach nie odczuwają już żadnej wibracyi, kiedy histerycy, a zwłaszcza neurastenicy znowu doznają uczucia wibracyjnego. U niektórych osobników autor obserwował ten objaw do 4 razy. Suggestyę autor wylacza, gdyż pacjenci byli wprost zdumieni niezwykłością objawu.

Drugie doświadczenie polega na tem, że średnio nastrojony kamerton stawiamy na jakimś bądź miejscu, dajmy na to na piszczeli, i czekamy, dopóki pacjent nie przestanie odczuwać wibracyi, wtedy na sekundę podnosimy kamerton i znowu stawiamy go na to samo miejsce. Wynik badania będzie pozytywny, jeżeli pacjent znowu odczuwać będzie wibrację. To ponowne czucie wibracyjne trwa kilka sekund, i niekiedy udaje się wznowiać je do 3—4, a nawet do 5—6 razy.

Co się tyczy objaśnienia tego zjawiska, to autor upatruje w niem objawy znużenia. Dodatkni wynik pierwszego lub drugiego doświadczenia zależy od specjalnego czynnika, a mianowicie od szybkości, z jaką znużona apercepcya wraca do normy. Jeżeli dany osobnik potrzebuje większej liczby sekund, ażeby mózg znów zśrodkować swą uwagę na ten sam punkt, wtedy udaje się tylko pierwsze doświadczenie, jeżeli zaś może to uczynić bardzo szybko, prawie momentalnie, wtedy udaje się i drugie doświadczenie, i pacjent jest w stanie znowu odczuć wibrację, nawet znacznie przez ten czas zmaląłą.

(Neurologisches Centralblatt. 1904. N. 11).

St. Kopyczyński.



#### 94. GOLDSCHIEDER. O czuciu wibracyjnym.

Autor podaje szereg interesujących uwag na temat czucia wibracyjnego. Zdaniem jego, przy drażnieniu skóry za pomocą kamertonu należy uwzględnić przede wszystkim jej elastyczność: tam, gdzie skóra jest mniej napięta, miększa i podatniejsza, tam będzie słabiej współdrgać z kamertonem i przeciwnie bardziej napięta i elastyczna współdrga silniej. Dlatego też czucie wibracyjne jest silne na końcach palców, a bardzo słabe na języku, pomimo iż w tym miejscu czucie dotykowe jest dobrze rozwinięte. Do najbardziej elastycznych i zdolnych do przewodnictwa tkanek w ludzkim organizmie należy tkanka kostna. Czucie wibracyjne można wywoływać na skórze w każdym miejscu, jest to więc przede wszystkim czucie skórne. Każde pojedyncze wahanie kamertonu należy uważać za uderzenie, które wstrząsa tkanką i znajdującymi się w niej zakończeniami nerwowymi. Im większa jest elastyczność i zdolność skóry w danym miejscu do fizycznego przewodnictwa, tem szybciej wraca ona do normy, by odebrać nowe uderzenie i t. d.

Podług GOLDSCHIEDER'a nie można nazwać czucia wibracyjnego specyficznym, jest to przede wszystkim czucie mechaniczne, przerywane i wahające się drażnienie, nie ograniczone do pewnych specjalnych nerwów skóry, lecz właściwe tym nerwom, które dostarczają nam czuć uciskowych. Ze wszystkich tkanek tkanka kostna dzięki swym fizycznym własnościom najlepiej wibrację przenosi. Badanie więc kamertonem pozwala nam określić wrażliwość kości na ucisk. Ważną jest rzeczą uwzględniać zawsze przy podobnych doświadczeniach stopień ucisku kamertonem. Używać kamertonu do określania czucia skórniego, jak chcą tego RYDEL i SEIFFER, autor nie radzi i przypomina, że zarówno znieczulenie skóry, jak i głębiej położonych miękkich części i kości powoduje zaburzenia w czuciu wibracyjnym. (Berl. klin. Wochenschrift. 1904. N. 14).

*St. Kopczyński.*

#### 95. LAUENSTEIN. Jak powstają pierwsze zmiany chorobowe wyrostka w appendicitis.

Pierwsze zmiany anatomiczne wyrostka robaczkowego, stanowiące t. zw. przez autora „*appendicitis initialis*“, polegają na zmianach ścian tegoż, postępujących w kierunku od błony śluzowej

do błony surowiczej. Do najistotniejszych zmian zaliczyć tu można: obrzmienie, rozpułchnienie błony śluzowej, nacieczenie drobnokomórkowe, martwicę nabłonka, punkcikowate wybroczyny, większe wynaczynienia oraz powierchowne owrzodzenia błony śluzowej. Kamienie kałowe, mogące mieć znaczenie przy daleko posuniętem cierpieniu, zdarzają się niewątpliwie w zupełnie zdrowych wyrostkach i działają nie same przez się, lecz, podobnie jak ciała obce, *oxyuris*, i t. d. więcej jako przenośniki zakażenia. Wzmiankowane wyżej zmiany początkowe, które bardzo często, gdyż w 95% przyp. podług statystyk internistów, przechodzą w wyleczenie, mogą niewątpliwie spowodować najcięższe postaci zapalenia wyrostka (*appendicitis perforativa, gangraenosa*). Jaki jest pierwszy początek sprawy.

RIEDEL skłonny jest w wynaczynieniach błony śluzowej upatrywać przyczynę zapalenia wyrostka, gdyż, zdaniem jego, uszkodzone miejsca służyć mogą za wrota, przez które przenikają w głąb drobnoustroje. Powstawanie wybroczyn wyprowadza on z *appendicitis „granulosa“*. Jak ta ostatnia powstaje, RIEDEL nie objaśnia. LAUENSTEIN uważa zarówno wybroczyny, jak i inne zmiany w ścianach wyrostka za wtórne.

Zastawce GERLACH'a autor przypisuje niewielkie znaczenie w powstawaniu zapalenia wyrostka. Najważniejszą rolę gra, zdaniem autora, zmiana w położeniu wyrostka oraz załamanie (Abknickung) tegoż u podstawy lub w dalszym przebiegu z odgraniczeniem jamy wyrostka. W tej zmianie leży pierwszy punkt wyjścia całej sprawy. Załamany wyrostek, jakkolwiek jeszcze nie zrośnięty i nie zlepiony z jelitami, podlega, skutkiem odgraniczenia zawartości kałowej, zmieszanej z drobnoustrojami, pierwszym zmianom chorobowym. Zmiany te przebiegać mogą bez wszelkich objawów. Nie umocowany jeszcze wyrostek może przyjąć nanowo położenie prawidłowe, tak że drożność jego zostaje przywrócona, a początkowe zmiany patologiczne wyrównują się, ażeby po ponownym załamaniu wystąpić z większym natężeniem. W ten sposób zrozumiałem się staję, że zmiany chorobowe wyrostka występują napadowo. Gdy jeden taki napad, połączony z niedrożnością wyrostka trwa czas dłuższy, zmiany błony śluzowej drażą w głąb, dochodzą do otrzewny, następuje umocowanie wy-



rostrka w położeniu załamaniem. Skutkiem zmian w położeniu wyrostka, załamania, skręcenia, przewężenia, ucisku, uszkodzone zostaje *mesenterium proc. vermicularis*, przyczem również upośledzony zostaje dowóz krwi do wyrostka. Załamanie wyrostka z zamknięciem światła prowadzi do zatrzymania zawierającego drobnoustroje kału i śluzu, uszkodzenie zaś tkanek wyrostka wskutek upośledzonego dowozu krwi sprzyja powstawaniu sprawy zapalnej. Czy w danym przypadku rzecz dojdzie tylko do przenikania bakterii w ściany wyrostka, czy powstanie *lymphangitis*, *thrombosis* albo *phlegmone*, czy też owrzodzenie będzie drążyło włąb, albo też powstanie zgorzel wyrostka, będzie to zależało od najrozmaitszych czynników, od zawartości, długości i położenia wyrostka, poprzedzających napadów, jadowitości i rodzaju drobnoustrojów oraz wielu innych warunków.

Zmiany chorobowe, znajdujące w wyrostku podczas operacji, przedstawiają pełną analogię ze zmianami anatomicznymi, napotykaniami w *volvulus*: spotykamy tu te same pojedyncze fazy z obrzmieniem, zastojem żylnym, wynacynieniami w błonie śluzowej aż do rozwoju zgorzeli. Hipoteza DIELAFOY (*cavité close*), mająca punkt wyjścia podobny do teorii autora, nie wystarcza do objaśnienia rozmaitych i zmiennych obrazów zapalenia wyrostka w ich początkowych okresach. Właśnie stosunki naczyniowe wyrostka powodują, że mamy tu względnie często do czynienia ze zgorzelą.

Hipoteza autora wymaga potwierdzenia doświadczalnego na zwierzętach.

(Münch. med. Wochenschr. 1904. Nr. 14).

S. P.

#### 96. CREDE. Podskórne stosowanie przetworów białkowych.

Dowóz pożywienia białkowego drogą podskórną napotykał do ostatnich czasów na nieprzewyciężone przeszkody. Pożywienie to jednak o wiele ważniejsze jest dla podtrzymania odporności ustroju, niż tłuszcze i wodany węgiel, gdyż służy do odbudowy najważniejszych tkanek. Podskórny dowóz tłuszczów (olejów) wskutek znacznej bolesności możliwy jest tylko w bardzo małych dawkach. To samo da się powiedzieć o wstrzykiwaniu pod skórę roztworów cukru gronowego, które muszą być bardzo rozcieńczone, a wskutek tego posiadają bardzo ma-

łą wartość kaloryjną. Obydwa więc środki odżywcze przy stosowaniu podskórnym w tych razach, gdy inne drogi (*os, rectum*) nie wiele obiecują, nie mogą mieć wielkiego znaczenia dla organizmu. Tem się tłumaczy, że już oddawna poszukiwano przetworu białkowego, któryby się nadawał do zastrzykiwań podskórnych. Przetwór taki posiadać musi następujące własności: być zupełnie rozpuszczalnym w wodzie, nie ścinać się przy gotowaniu, koniecznym dla jego wyjałowienia, nie wywoływać przy stosowaniu podskórnym silnych bólów oraz wyraźnego odczynu zapalnego i wreszcie być przyswajalnym, t. j. nie powinien wydzielać się z ustroju w postaci białka. Naturalnie przetwór nie powinien posiadać żadnych własności jadowitych i drażnić nerek, a więc winien być ukształtowany na podobieństwo substancji białkowej, znajdującej się np. w limfie przewodu piersiowego. Wymaganiom powyższym nie odpowiada ani czyste białko rodzime, ani kazeina, ani albumozy (rozszczerpione ciała białkowe), ani peptony (częściowo strawione białko), ani t. zw. białkany wynaturzone (denaturowane), t. j. alkaliabuminaty. Jedne z nich nie są przyswajalne, inne nie posiadają stałego składu, jeszcze inne wywołują silny odczyn miejscowy albo działają toksycznie i t. d. Z tych względów nie nadają się do zastrzykiwań podskórnych także somatoza, substancja odżywcza (*Nährstoff*) HEYDEN'a i inne sztuczne przetwory,

W początku 1903 r. pojawił się w handlu nowy przetwór białkowy, wytwarzany z mięsa i zawierający 95% łatwo rozpuszczalnego i przyswajalnego białka obok drobnych ilości soli, mianowicie, także fosforanów, śladów żelaza i 0, 2% soli kuchennej. Przetwór ten, znany w handlu pod nazwą kalodalu, przedstawia jasny, żółtawo-brunatny proszek. Roztwór tego przetworu (w wodzie przekroplonej lub w słabym fizyologicznym roztworze) autor stosował u bardzo wielu chorych, wyczerpanych długotrwałymi lub obfitymi krwotokami, znajdujących się w daleko posuniętym okresie zapalenia otrzewny lub niedrożności kiszek, dotkniętych rakiem żołądka lub kiszek, wreszcie u chorych, których żołądek po ciężkim zabiegu operacyjnym nie znosił żadnego pożywienia. Dawkę normalną stanowi 5,0 kalodalu w 50,0 roztworu fizyologicznego (a więc 10% roztwór), gdyż w takim roztworze najlepiej się wchłania. Roztwór ten albo bez-



pośrednio wstrzykuje się pod skórę, albo też zmieszany z 500,0 wody słonej. Zastrzykiwanie robić można z naczynia (lejka) z podwójną rurką gumową i 2 igłami, a więc jednocześnie w 2 miejscach, przez co unika się nadmiernego napięcia skóry i ułatwia się wessanie płynu. Pięć gram. kalodalu odpowiada średniemu jajku kurczemu, które zawiera około 5 grm. białka (około 20,5 ciepłostek). W kilku przypadkach autor wprowadził na jednym posiedzeniu około 20 grm. kalodalu bez wszelkich złych następstw ogólnych i miejscowych. W moczu znajdujemy zwiększone ilości mocznika i kwasu moczowego. Autor między jednym zastrzyknięciem a drugim robi przerwę 6 godziną, a więc w razie potrzeby wstrzykuje 4 razy na dobę (20 grm. kalodalu, 82 ciepł.). Zdrowy pracujący człowiek wagi 55 kilogr. potrzebuje dziennie najwyżej 80 grm. białka. Takiejże wagi człowiek chory obłożnie potrzebuje, ażeby mózg tylko utrzymać się przy życiu, około  $\frac{1}{3}$  części powyższej ilości, a więc średnio 27 grm. Z tego wynika, że dowóz 20 grm. kalodalu dziennie ma dla chorego znaczenie bardzo poważne. Ilość tę można zresztą jeszcze zwiększyć, a nadto stosować lawatywy z kalodalem, który niezmiernie szybko się wchłania. Nie można zatem zaprzeczyć, że w dni krytyczne, kiedy życie chorego na włosku wisi, gdy czynność serca jest do *minimum* ograniczona, dowóz tak stosunkowo znacznej ilości substancji białkowych może choremu życie ocalić. Spostrzeżenia kliniczne autora najzupełniej potwierdzają powyższy wywód teoretyczny.

Kalodal można podawać także, gdy to jest możliwe, *per os*. 2--5 grm. kalodalu, co odpowiada łyżeczce od kawy strychowanej lub z czubem, rozpuszczają się łatwo w 500,0 bulionu, ciepłego piwa, zupy i t. d. Lawatywy odżywcze z kalodalem mają pierwszeństwo przed innymi lawatywami odżywczymi, gdyż kalodal znakomicie się wsysa, nie drażni kiszki i nie pozostawia resztek cuchnących, które również drażnią błonę śluzową kiszki prostej.

W handlu znajdują się obecnie rurki szklane z zawartością 50 grm. płynu (5 grm. kalodalu) wyjałowionego. Można samemu przyrządzić roztwór wyjałowiony, wlewając 50--60 grm. gorącej, gotowanej wody do szklanki i wsypując 5 grm. kalodalu. Kalodal w ciągu jakiejś półgodziny rozpuszcza się, poczem płyn cedzi się,

jeszcze raz zagotowuje i przykrywa. Dla lekarza-praktyka bardzo pożyteczne są wzmiankowane wyżej rurki z płynem wyjałowionym, podczas gdy większe zakłady i szpitale winny mieć przygotowane większe zapasy wyjałowionego roztworu kalodalu.

(Münch. med. Wochenschr. 1904. N. 9).

S. P.

#### 97. HEUBNER. Leczenie płonicy surowicą swoistą.

Na posiedzeniu z dnia 25 czerwca 1903 r. lekarzy szpitala berlińskiego Charité zdawał sprawę HEUBNER, najślynniejszy obecnie pediatra niemiecki, z przypadków płonicy, leczonych w jego klinice za pomocą surowicy, uważanej przez swych wynalazców za swoistą w tej chorobie. Surowicę tego rodzaju znamy trzy gatunki: ARONSON'a, MOSER'a i MENZER'a. Wszyscy ci autorzy uważają streptokoki jako przyczynę bakteryjną płonicy i surowice swe otrzymują z hodowli tych drobnoustrojów, z tą jednak różnicą, że ARONSON przeprowadza hodowlę, otrzymaną z ludzi, przez cały szereg zwierząt, wzmacniając je tym sposobem, i ostatecznie dopiero szczepi konie, ze krwi których wyrabia surowicę przeciwploniczą, MENZER zaś i MOSER szczepią kolonię streptokoków, otrzymaną z ludzi, jednemu tylko zwierzęciu raz po raz aż do zupełnego uodpornienia, poczem wyrabiają surowicę ze krwi tego zwierzęcia. Różnica między surowicą MOSER'a a MENZER'a polega na tem, że pierwszy bierze streptokoki li tylko z płonicy, drugi zaś z rozmaitych innych cierpień ropnych, a szczególnie z anginy, spotykanej przy gościu.

HEUBNER dla leczenia surowicą wybierał przypadki ciężkie, a przynajmniej takie, które mu się w pierwszych dniach choroby ciężkimi wydawały; zastrzykiwań dokonywał w różnych dniach choroby, od 3 do 11 dnia choroby. Najchętniej stosował surowicę wtedy, gdy gorączka na drugi—trzeci dzień pobytu dziecka w klinice, zamiast opadać lub trwać w jednej mierze, zaczęła się wzmacniać.

Surowicą ARONSON'a leczył H. w ośmiu przypadkach, z których cztery zmarły; pozostałe wyzdrowiały, lecz wyniku tego autor nie może przypisać działaniu surowicy. Surowicą MOSER'a leczył H. w czterech przypadkach, z których dwa zmarły, dwa wyzdrowiały. I tutaj nie widział autor wyraźnego wpływu surowicy ani



na spadek ciepłoty, ani też na stan ogólny chorych dzieci.

Surowicą MENZER'a leczył sześcioro dzieci. Ta surowica, o ile się zdaje, najdobitniej ze wszystkich oddziaływa na stan ogólny chorych: gorączka opada, przytomność wraca, siły powracają. Z sześciu przypadków, leczonych tą surowicą, stracił autor tylko jedno dziecko, lecz ta śmierć właśnie, jak przypuszcza sam HEUBNER, zależała nie od choroby, lecz może od surowicy. Była to bowiem śmierć wskutek ogólnego zakażenia (*sepsis*) przy jednoczesnym nader silnym septycznym zapaleniu nerek (podobnie silnego zapalenia nerek widziano, prócz danego, zaledwie jeden jeszcze przypadek w berlińskim instytucie patologicznym).

Surowicy ARONSON'owskiej zastrzykiwano około 80 ctm., MOSER'owskiej 150 ctm. (wedle przepisu wynalazcy), a MENZER'owskiej 25 — 50 ctm.

HEUBNER podaje wyniki swych badań jako tymczasowe, prowadzić je bowiem zamierza dalej na liczniejszej materyle; dotychczas jednak wcale nie jest zachwycony działaniem tego środka, którego bynajmniej porównać nie można z surowicą przeciwbłoniczą, gdzie już po 15—20 przypadkach dokładnie widziało się, że ona działa energicznie, swoiście i pomyślnie. Takiego wrażenia nie ma się wcale przy surowicy przeciwbłoniczej, jednakże należy jeszcze być ostrożnym co do ostatecznego wyroku w tej sprawie.

(Berl. klin. Woch. 1904. Nr. 14).

L. Wolberg.

98. PLACHTE. *Megalerythema epidemicum* (*Erythema infectiosum*).

STICKER. Ostra wysypka dziecięca.

W maju 1900 r. spostrzegał autor u trojga dzieci tej samej rodziny wystąpienie dużych różowych plam, wielkości paznoga do półrublowej monety, o wypukłym środku a spłaszczonych brzegach. Zjawiały się one najpierw na twarzy, szczególnie na policzkach i na nosie. Oddzielna plama trwała 1—2 dni, poczem środek jej spłaszczał się i blednął, barwa różowa przechodziła w szaro-brunatną, a wkrótce skóra nabierała barwy prawidłowej. Po ustąpieniu z twarzy, zjawiały się plamy w znacznie większej liczbie i ze skłonnością do zlewania się na górnych i dolnych kończynach, gdzie dosięgały wielkości dłoni. Przy zanikaniu tych plam brzegi ich, łą-

cząc się wzajem, dawały obraz szerokiej, czerwonej, krętej girlandy, która z każdym dniem stawała się węższą, aż zupełnie ginęła. Podobne plamy występowały wreszcie na całym tułowiu, gdzie nawet po zniknięciu ich dawało się spostrzedz nieznaczne łuszczenie w postaci bardzo drobnych łusek. Cała sprawa trwała 8—9 dni, przebiegała bez gorączki i bez jakiegokolwiek objawów podmiotowych. Wysypka ta napadała dzieci wśród zupełnego zdrowia, bez żadnych zwiastunów (wymiotów, bólu głowy, drgawek lub t. p.). Na błonach śluzowych żadnych objawów. Mocz był zawsze prawidłowy, stan ogólny podczas całego przebiegu zupełnie dobry, niekiedy tylko skarżyły się dzieci na jakieś głuche bóle w kończynach. Osoby dorosłe, należące do tejże rodziny, wysypki tej nie miały. Pomiedzy zachorowaniem jednego a drugiego i trzeciego dziecka upływało 6—8 dni.

O wysypce tej, zupełnie nieznannej wśród pediatrów i dermatologów, istnieje w literaturze niewiele danych. TSCHAMER z Grazu opisał w r. 1889 w 29 tomie *Jahrb. f. Kinderheilkunde* 30 przypadków różyczki (*rubeolae*), których opis zupełnie przypomina te „wielkie plamy“. Z tych trzydziestu spostrzegał 27 u dzieci, a trzy tylko u dorosłych osób. Epidemia ta panowała od marca do lipca, przypadki autora zdarzyły się w maju. Dziewczęta częściej zapadały, niż chłopcy; trzy przypadki autora dotyczą także dziewczynek. W niektórych tylko przypadkach zauważył TSCHAMER lekkie podwyższenie ciepłoty wieczorem do 37,8° i 38,1°.

Następnie w 1889 i 1890 roku spostrzegał GUMPLOWICZ dalszych 17 przypadków, też w klinice Grazu; i ten autor uważa plamy te za odmianę różyczki. Przekonał się także, że wysypka ta nie zabezpiecza przed odrą, podobnie jak przebycie odry nie chroni przed megalerytymatem. (To samo stosuje się do różyczki i odry. Spraw.).

STICKER w r. 1899 wyosobnił daną wysypkę jako samodzielną chorobę dziecięcą i nazwał ją *Erythema infectiosum* (*Zeitschrift für prakt. Aerzte*. 1899). Spostrzegał on ją w kilku sąsiednich miejscowościach: WETZLAR, LICH, STEINBACH i ALBACH, w kwietniu i w maju 1899 roku, w tej samej przeto porze, w jakiej zdarzały się przypadki w Grazu i w Berlinie (PLACHTE'go). Następnie podobne przypadki spostrzegało kil-



ku lekarzy z Wiesbadenu a także Ad. SCHMIDT, asystent pediatrycznej kliniki w Grazu, przy czym ten ostatni zauważył, że na nową chorobę zapadały nawet takie dzieci, które bez wszelkiej wątpliwości przechodziły już poprzednio odrę i różyczkę. W 1900 r. spostrzegł TRIPKE, lekarz w Kobleneyi, 70 przypadków tej nowej „choroby dziecięcej“, przebiegającej jednak z wysoką gorączką (40°—41°), wobec czego sądzi on, że „*Erythema infectiosum*“ może przebiegać, stosownie do okoliczności, to jako choroba gorączkowa, lub też zupełnie bezgorączkowa. Przypadki TRIPKE'go, prócz gorączki, były niekiedy powikłane zapaleniem nerek, zapaleniem płuc i t. p., a dwa z nich skończyły się śmiertelnie, co stanowi znaczną różnicę między nimi a bardzo łagodnymi przypadkami PLACHTE'go, TSCHAMER'a i STICKER'a.

Wreszcie sześć przypadków, zupełnie analogicznych z megalerythema, opisał FEILCHENFELD z Berlina (Deut. med. Woch. 1902. N. 33).

PLACHTE uznaje opisywaną wysypkę, jako samodzielną chorobę i dla uniknięcia zamieszania proponuje nazwę *Megalerythema*, nie przypisuje bowiem tej wysypce żadnej łączności z różyczką (*rubeolae*). Te ostatnie odznaczają się drobnymi plamkami, gdy *Megalerythema* — wielkimi; *rubeolae* nie zlewają się, plamy wielkie — zawsze. R. występują na twarzy, tułowiu i kończynach w ciągu kilku godzin, wielkie plamy — na twarzy, kończynach i tułowiu w ciągu kilku dni. R. trwają 2—4 dni, M. 5—10. Przy M. widzimy w okresie zanikania długie różowe wstęgi, których nigdy nie bywa przy R. Okres wylegania trwa dla M. 5—10, wyjątkowo 14 dni, dla R. 17—24 dni.

Również na zasadzie umiejscowienia, gorączkowego przebiegu, swędzenia, bolesności, braku łaknienia i powikłań ze strony gardzieli, krtani i oskrzeli łatwo odróżnić ciężką *Erythema exsudativum multiforme Hebrae* od niewinnej *Megalerythema*. Prócz tego skóra w megalerytemie jest czerwona i rozgrzana, a w *erythema multiforme* chłodna i w kilka godzin po wysypaniu — ciemno czerwona, a potem fioletowa.

Megalerytema nie wymaga leczenia, lecz tylko odłączenia dzieci chorych od zdrowych, celem przerwania epidemii, co jest ważne dla dzieci, uczęszczających do szkół.

Znajomość tej wysypki dziecięcej ważna jest z tego jeszcze względu, iż pozwala lekarzom sceptycznie zapatrywać się na opowieści wielu rodziców, jakoby dzieci ich już kilkakrotnie przechodziły odrę lub różyczkę. (Spraw.).

(Berl. klin. Woch. 1904. N. 9).

L. Wolberg.

99. SCHIFFMACHER. Starcze rozmiękczenie kości (*Osteomalacia senilis*).

Z pomiędzy rzadkich przypadków niepołogowego rozmiękczenia kości na szczególną uwagę zasługuje osteomalacya, zdarzająca się w wieku starczym oraz w najwcześniejszym dzieciństwie, a to głównie z powodu wielkich trudności, a nawet, jak to często się utrzymuje, niemożliwości odróżnienia tego cierpienia od osteoporozy wieku starczego, oraz wielkiego podobieństwa dziecięcej osteomalacyi do zmian krzywiczych układu kostnego. Od czasu, jak niektórzy autorowie (KASSOWITZ i in.) wykazali, że w krzywicy mamy do czynienia nie tylko z wadliwym zwapnieniem nowoutworzonej tkanki kostnej, lecz tak samo, jak w osteomalacyi, również z rozmiękczeniem już stwardniałej kości ze strony przestrzeni szpikowych i kanałów Havers'a, poczęto sceptycznie zapatrywać się na ogłoszone przedtem przypadki osteomalacyi dziecięcej, uważając je za ciężką postać krzywicy, tembardziej, że nigdy nie udało się stwierdzić chorobowo wzmożonego rozmiękczenia tkanki kostnej u dzieci z zupełnie prawidłowem kostnieniem chrząstki i okostny, a więc u dzieci wolnych od krzywicy. Podobnie rzecz się ma z osteomalacyą starczą. Występująca często w wieku starczym osteoporoza polega nie tylko na rozrzedzeniu kości przez lakunarne wessanie, lecz również, jakkolwiek w stopniu niewielkim, na pierwotnem odwapnieniu beleczek kostnych i następczem rozpuszczeniu początkowo zachowanej substancji organicznej.

Stwierdzenie podobnych spraw w przebiegu starczego zaniku kości oraz niepewność rozpoznania w wielu przypadkach spowodowało niektórych autorów do przyjęcia, że prawdopodobnie wszystkie przypadki, ogłoszone jako *osteomalacia senilis*, zaliczone być winny do zwykłej starczej osteoporozy. Przypadek SCHIFFMACHER'a niezbitcie dowodzi, że starcze rozmiękczenie kości niewątpliwie istnieje. Przypadek



ten dotyczy kobiety 67-letniej, której cierpienie trwało już od lat 10. Polegało ono na wzrastającym utrudnieniu chodzenia i stania, bólach w kościach, tak że w ostatnim roku chora była już zupełnie przykuta do łóżka. W przebiegu cierpienia rozwinęły się wysokiego stopnia zniekształcenia kośćca ze znacznym skrzywieniem mostka i żeber oraz kręgosłupa (*kyphoscoliosis*), znacznym rozmiękčeniem kości czaszki, długich kości rurkowych, szczególnie zaś prawej kończyny dolnej, oraz z samoistnym złamaniem prawej kości udowej. Śmierć nastąpiła skutkiem zwyrodnienia mięśnia sercowego i zaniku ziar-nistego nerek.

Pod względem różniczkowo - rozpoznawczym należało wziąć pod uwagę mnogie myelomaty oraz bardzo rzadko zdarzającą się karcynomatozę rozlaną szpiku kostnego, które to cierpienia w stanie są również wywołać znaczne rozmiękczenia i zniekształcenia kości. Przeciw tym cierpieniom przemawiało długie trwanie choroby i stopniowy jej rozwój. Na obecność w moczu ciała białkowego BENCE-JONES'a, które przy myelomatach bardzo często występuje, przy osteomalacyi zaś bardzo rzadko, nie zwrócono uwagi wskutek krótkiego czasu spostrzegania. Przeciw zwykłej osteoporozie, w której również zdarzają się samoistne złamania w następstwie kruchości kości, świadczyła miękkość kości w przeciwieństwie do twardości, cechującej osteoporozę. Również długie trwanie choroby, bóle w kościach, a przede wszystkim znaczne skrzywienia kości nigdy w tym stopniu nie występują przy starczej osteoporozie.

Badanie drobnowidzowe kości, traktowanych słabo odwapniającym płynem MÜLLER'a, w zupełności potwierdziło rozpoznanie osteomalacyi.

Nie często można tak łatwo przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe między osteomalacyą a osteoporozą, jak w powyżej przytoczonym

przypadku. Nie zawsze również rozstrzygają wątpliwości dane badania anatomo-histologicznego. POMMER zwrócił uwagę na to, że prawie we wszystkich kościach, zarówno młodych jak i starszych osobników, oraz przy osteoporozie znaleźć można miejsca, pozbawione soli wapien-nych, jako wąski osteoidny rąbek naokoło czę-ści kostnych. HANAU uczynił spostrzeżenie, które niejednokrotnie później potwierdzone zostało, że w ciąży i połogu wzrasta zwykle masa sub-stancji osteoidnej, szczególnie w kościach mied-nicy, tak że mówić można o „fizyologicznej osteomalacyi ciężarnych“. Nadto zauważyć na-leży, że zniknięcie tkanki kostnej z wytwarza-niem tkanki osteoidnej spotykamy nietylko w osteomalacyi, lecz także w innych cierpieniach kośćca, jak np. przy nowotworach, gruźlicy, przymiocie kości.

Z powyższych danych wynika, że obecność małych ucząstków tkanki osteoidnej nie upowa-żnia nas jeszcze do rozpoznania osteomalacyi. Różnica w obrazie anatomicznym jest często tyl-ko ilościowa, a stąd łatwo zrozumieć, że bada-nie drobnowidzowe nie zawsze kwestyę roz-strzyga

Dopóki etiologia rozmiękczenia kości, szczególnie zaś postaci starszej, jak również stosunek tegoż do starczego zaniku kości nie są jeszcze bliżej znane, należy przy rozpozna-waniu pamiętać o tem, że ścieńczenie *corticalis* przy zwiększeniu ilości szpiku tłuszczowego w kościach rurkowych oraz złamania samoistne, przeważnie zaś wzmożona łamliwość kości, dalej występowanie wąskich smug tkanki osteoidnej właściwe są czysto zanikowym sprawom kości u ludzi starych. Starcze rozmiękczenie kości przyjąć można tylko przy wyraźnem rozmiękcze-niu i zniekształceniu kości oraz przy silniejszym rozwoju wolnej od wapna tkanki osteoidnej.

(Münch. med. Wochenschr. Nr. 13. 1904).

S. P.



## Wiadomości bieżące.

— W broszurce p. t. „Kropla Mleka“ w Łodzi czytamy, co następuje: „Walka z kolosalną śmiertelnością wśród dzieci polega na zastosowaniu dwóch kardynalnych zasad:

1) Matka podczas ciąży musi zachować szereg przepisów, jeżeli ma dać życie zdrowemu dziecku: musi otrzymywać dobre i dostateczne pożywienie, wstrzymać się od nadzwyczajnej pracy fizycznej, oszczędzać swój system nerwowy od ujemnych wstrząszeń. Pracując w fabrykach, powinny być uwolnione od pracy w ostatnim okresie ciąży. W tym duchu wypowiedział się kongres pediatrów w Nantes, który uchwalił, iż w 3-miesięcznym okresie przed i po urodzeniu dziecka kobieta musi być uwolniona od pracy z zachowaniem  $\frac{2}{3}$  zarobku. Na II międzynarodowym zjeździe ochrony dzieci w Budapeszcie w r. 1899 także zasady głósili Rudolf Temesvary z punktu widzenia lekarskiego i Juliusz Fara-go — ekonomista. Wpływ pracy fizycznej na wagę płodu określił Pinard, którego zdaniem waga niemowlęcia matki, zwolnionej od pracy fizycznej, o 300 grm. jest przeciętnie większa od wagi dziecka matki, pracującej ciężko do ostatniej chwili. Prócz tego na dziecię wywierać musi dobry wpływ zabezpieczenie matek od różnych stanów chorobowych.

2) Po urodzeniu dziecka przedewszystkiem należy zapewnić mu dobry pokarm i prawidłową opiekę. Najlepszym pokarmem jest mleko matki. Jako przykład, można wskazać na stan niemowląt u żydów: śmiertelność tych dzieci jest mniejsza do 1-go roku życia jedynie dzięki doskonałemu zwyczajowi żywienia niemowląt piersią matki; dopiero w następnych latach, gdy wystąpią i inne czynniki (prócz żywienia, niskie warunki ekonomiczne, ciasnota lokali, brak światła i wiele in.), śmiertelność dzieci żydowskich jest większa niż dzieci chrześcijańskich. Praktyka wykazała, że dzieci chrześcijan potrzebują (w uboższych sferach) całkowitego sztucznego odżywiania w braku naturalnego pokarmu; żydow-

skie zaś wymagają przeważnie tylko częściowego dokarmiania.

Najlepszym pokarmem jest mleko matki; istnieje jednak wiele przyczyn ekonomicznych (praca poza domem) i fizycznych (brak pokarmu, choroba matki), kiedy matki karmić swych dzieci nie mogą. Co do pierwszych z tych przyczyn, jako też i innych (np. chęć nie krępowania się, utrata kształtów! etc.) — na to wpływ wywrzeć mogą doskonały: podniesienie kulturalne, humanitarne i ekonomiczne kobiet, przez co można będzie uratować niejedno niewinne życie.

W miastach w ostatnich czasach spostrzega się czynna działalność w kierunku zadań higienicznych, gorącą sympatyą ogółu cieszą się wszelkie dążenia, skierowane do walki z takim złem, jak gruźlica, nadmierna śmiertelność dzieci i t. d. Wynikiem takiego ogólnego nastroju są różne towarzystwa, to mające na celu budowę sanatoryjów, to urządzenie mieszkań higienicznych, to opieki nad dziećmi, fizycznego wychowania etc. etc.

Łódzki oddział higieniczny zjednoczył w swoich rękach te różnorodne zadania higieny społecznej i stworzył pięć sekcji, które przystąpiły do celowego rozważenia i wprowadzenia w życie najważniejszych postulatów. Owocem pracy sekcji I Łódzkiego Towarzystwa jest między innymi czynna dzisiaj energicznie łódzka „Kropla Mleka“.

Myliliby się jednak bardzo ten, kto by z wąskiego punktu widzenia przypuszczał, że jedynym zadaniem „Kropli mleka“ jest dostarczanie dobrego mleka niemowlętom, pozbawionym mleka matki. Tak, jest to jedno z głównych zadań, ale nie jedyne: łódzka „Kropla mleka“ będzie popierała i zalecała żywienie piersią matek, wpływała na rozwój kobiety już od najmłodszych jej lat i przygotowywała ją (fizycznie i moralnie) do obowiązków matki; dalej dążyć będzie do umożliwienia matkom karmienia dzieci własną piersią, gdzie tylko to będzie możliwe, wpływania



na racjonalne odżywianie matek (będzie wydawane mleko, odżywcze preparaty, sanatogen, somatoza, bony na bezpłatne śniadania i obiady) i ogólny stan ich zdrowia.

„Kropla mleka“ w Łodzi dążyć będzie do stworzenia przytulku do czasowego przebywania w nim matek w celu poprawy zdrowia, żywienia ich, gdy, z przyczyn fizjologicznych, nie mogą pracować w fabrykach. Takie instytucje istnieją już dawno za granicą („Wöchnerinensyle“, „Zufluchts-Versorgungshäuser“, „Unterkunft für hilfbedürftige Wöchnerinnen und deren Säuglinge“ i wiele in.), stworzy je też w Łodzi nasza „Kropla mleka“.

Jakiem dobrodziejstwem dla całej ludności jest „Kropla mleka“, dowodzą przykłady: w Paryżu w lecie w ciągu 4 tygodni zmarło na biegunkę (cholera dzieci) 833, ale między odżywianiami przez „Goutte de lait“ nie umarło ani jedno w tymże okresie czasu. W innej miejscowości znów śmiertelność dzięki „Kropeli mleka“ spadła z 33 proc. do — 5 proc. W Rosji utworzono już takie instytucje w Petersburgu, Saratowie, Iwanowie — Wozniesiensku i Kijowie. Śmiertelność wśród dzieci spadła w niektórych miejscowościach, dzięki temu, z 57 proc. do 5 proc.; wszędzie tam energiczny współdziałal okazali miasta i ziemstwa przez duże zapomogi.

Zanim „Kropla mleka“ w Łodzi będzie mogła spełnić wszystkie podjęte zadania, niemało przejdzie czasu, na razie dąży ona przede wszystkim do uratowania setek i tysięcy ginących niemowląt, zwłaszcza podczas letnich upałów. Rozdawnictwo mleka bezpłatne lub za minimalną opłatą (2 kop. za litr!) rozdaje się za pośrednictwem aptek, dokąd matki skierowuje lekarz z kartką. Mleko to pochodzi od krów, absolutnie zdrowych, znajdujących się pod nadzorem lek. weter. A Kwaśniewskiego; następnie mleko jest z Widzewa przewożone w oziębionym stanie, rozcieńczane odpowiednio do wieku dziecka i wskazówek lekarzy, pasteurizowane przy 65°, powtórnie oziębiane i rozsyłane do aptek. Pasteuryzacja odbywa się w Mleczarni Ziemiańskiej (ul. Dzielna nr. 30), i wszyscy zainteresowani mogą zwiędzić i przyjrzeć się wszystkim tym manipulacyom.

Ile dzieci już zawdzięcza „Kropeli mleka“ uratowanie życia, wiedzą o tem lekarze. Ile wo-

góle będzie uratowanych, zależy to od całego społeczeństwa i w pierwszej linii od łodzianek, pod których opiekę schroniła się „Kropla mleka“.

O istnieniu tej instytucji sfery najbardziej zainteresowane, więc żony stróżów, robotników, mieszkańców suteryn, ludności na przedmieściach, jeszcze nie wiedzą, niech więc publiczność 1) posyła chore dzieci ludności ubogiej do doktorów, od których otrzymać mogą pomoc i ratunek, 2) poprze szybko i energicznie materialne wysiłki Towarzystwa higienicznego. To ostatnie na razie daje pożywienie tylko niemowlętom, ale gdy „Kropla mleka“ stanie już na gruntownych podstawach, wówczas przystąpi do opieki nad matkami i do opieki wszechstronnej nad starszemi dziećmi. Aby instytucja znalazła trwałą podstawę bytu i aby godnie spełniła to wielkie dzieło, musi dać dobre pożywienie setkom i tysiącom dzieci, musi funkcjonować bez przerwy. Los tych dzieci dzisiaj jest rzeczywiście godny litości: zbiedzone, słabe, źle odżywiane, giną z nędzy i ciemnoty swych rodziców. O życie nie prosily, ale żyjącym nie dajemy umierać... z głodu. Więc niech posypią się składki na rzecz tej pozytywnej i popularnej w Łodzi instytucji, niech w drobnych datkach wezmą udział matki — łodzianki, niech nawet dzieci zamożne składają na ten cel swe małe oszczędności.

Byt tej najbardziej pozytywnej w Łodzi instytucji utrwali się napewno wkrótce; wówczas „Kropla mleka“ rozszerzy swoją działalność i da opiekę matce i dzieciąciu: będzie wydawała pożywienie wszystkim niemowlętom ludności ubogiej, zaopiekuje się wogóle dziećmi, da bezdomnym przytułek, zajmie się każdym dzieckiem, wystawionem na złe obejście się lub na niebezpieczeństwo moralne, bronić będzie dzieci od znęcania się nad niemi, przeciwdziałać będzie waleśaniu się od świtu do nocy na bruku ulicznym, jednym słowem — będzie wyrwała dzieci z koła nędzy fizycznej i moralnej! Zarząd „Kropeli mleka“ dążyć będzie do złączenia się z nowopowstającym „Żłobkiem“, aby nie rozdrabniać sił i wspólnie, pod egidą Towarzystwa higienicznego łódzkiego, dążyć do zastąpienia biednym niemowlętom rodziców, którzy nie chcą lub nie mogą spełniać obowiązków rodzicielskich“.