

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1874 do 1 stycznia 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1875 r. rsr. 148 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4

TREŚĆ: Rozprawy naukowe. Angina pectoris vasomotoria. Przez Dra Cordes. O użyciu terapeutycznym Amylnitritu (*aether amylo-nitrosus*). Przez Dra Fuczel. Jednostronne zapalenie migdałka (*Amygdalitis unilateralis inflammatoria*) niespecyficznego pochodzenia, obumarcie. Jednostronne porażenie podniebienia miękkiego i gardzieli, obrzęk głośni, obustronne porażenie podniebienia miękkiego, gardzieli i krtani, śmierć. Opisał Dr Perkowski (z Beaumont nad Sartą). — Kronika zagraniczna. O patologicznych utratach białka przez organizm. Przez Prof. Dra F. W. Benekego. Podał Dr W. Kosmowski. (Dokończenie.) Błonicowe zapalenie płuc i zapalenie błon mózgowo-pacierzowych (*meningitis cerebrospinalis*) u dzieci w pierwszym roku ich życia. Przez Dra A. Maurera. Podał w streszczeniu Dr St. Jerzykowski. — Wiadomości bieżące. Przyrastanie skóry do powierzchni brodawkujących. — Dodatek. Akuszerzy T. III. ark. 22 i 23. Medycyny Sądowej T. II. ark. 4. Choroby zaraźliwe ostre ark. 11. Farmacyi T. II. ark. 10.

## Angina pectoris vasomotoria.

Przez Dra E. Cordes.

Opis wypadku Anginae pectoris uleczony za pomocą prądu galwanicznego przez Dra Huebnera zniewala i mnie również do podzielenia się z czytelnikami obserwowanym przezemnie podobnym wypadkiem.

Kobieta 31 lat wieku mająca, niezamężna, będąc jeszcze dzieckiem cierpiała na kurcze nerwowe, o naturze których nie szczegółowego dowiedzieć się nie mogłem; później przechodziła błonicę, a do roku 1872 była zupełnie zdrową. W jesieni tegoż roku zapadła na reumatyzm ostry, przyczem lewe ramię obrzękło, na co zaaplikowano miejscowy krwi upust — W 8 dni po wystąpieniu objawów reumatyzmu, pokazał się po raz pierwszy kurcz

w okolicy serca, który się w ciągu zimy powtarzał dwanaście razy, a na wiosnę dochodził do bardzo silnych napadów, w czasie których traciła chora przytomność. Kobieta ta jest silnie zbudowaną, wygląd nieco skrofaliczny, cierpienie powyższe przebija się na tle histeryi. W ogóle zauważyć można silne rozdrażnienie nerwowe, lubi samotność i mało mówi.

Napady nerwowego bicia serca (*angina pectoris*) rozpoczęły się w odstępach czasu nierównych i z wielką mocą. Główne objawy były ból w okolicy serca, któremu towarzyszyło uczucie ciężenia na piersiach, chora nie może leżeć, lecz musi w czasie napadu siedzieć z głową ku przodowi zgiętą. Ból i uczucie ciężenia są tak silne, że chora przewraca się na wszystkie strony i jęczy, wszystkie mięśnie silnie napręża. Przytomność umysłu jest zupełnie zachowaną, niepokój tak wielki, iż sądzi, że każdej chwili umrze. Napad poprzedza rodzaj aury, opis której jest niewyraźny, co według mego zdania należy przypisać niepokojowi poczynającego się napadu. Wkrótce po rozpoczęciu się napadu, zaczynają kończyny chłodzić, bledną, końce palców sine (*cyanosis*). Temperatura ciała obniża się znacznie, co można ręką wyczuć; dokonywać wymiarów ciepłoty ciała z powodu niespokojności chorej nie można. Obniżenie tempatury było najwybitniejszem na samych końcach palców rąk i nóg, a która zbliżając się coraz bardziej do tułowia była wyższą, tułów i głowa były temperatury normalnej. Żadnym środkiem nie można było rozgrzać kończyny, używano tarcia, szczotkowania, kąpieli, wszystko to nie pomogło.

Badanie fizykalne serca nie wykazało wad organicznych w tymże, i dla tego trzeba było przyjąć, że mamy do czynienia z newralgią serca. Tętno promieniowe, szyjowe i inne dostępne badaniu były podczas napadu mocno naprężone, zwolnienie pulsu było nieznaczne i jestem przekonany, że opisywane przyśpieszenie pulsu w podobnych wypadkach raczej na karb wysilenia w czasie napadu kłaść należy; aniżeli przypisywać temuż cierpieniu.

Czas trwania napadu był różny, przecięciowo trwał od 2—3 godzin, jakkolwiek zdarzały się napady trwające 6—8 godzin.

U chorej tejże lewa źrenica była bardziej rozszerzona niż prawa; okolica nerwu sympatycznego po lewej stronie była bolesną, a prócz tego znajdowały się bolesne okolice, a mianowicie od wierzchołka mostka do przyczepienia mostkowego 2 i 3 lewego żebra. Prócz tego rozpromieniał się ból z lewej strony szyi do lewego ucha, bóle te rozpromieniały się wzdłuż nerwu sympatycznego i n. usznego tylnego głębokiego. Na piersi przestrzenie międzyżebrowe były punktem wyjścia bólu. Bóle w tychże okolicach w czasie zwolnienia napadów utrzymywały się, czy takowe podczas napadu zwiększyły się, lub też czy miał wpływ jakiś ucisk tychże miejsc na wywołanie napadu, z powodu wielkiej niespokojności chorej sprawdzić nie było można.

Napady podczas mojej obserwacji powstawały zawsze skutkiem psychicznego rozdrażnienia, mianowicie po gniewie lub też zmartwieniu. W czasie wolnym od napadu chora uskarżała się zawsze na ból głowy.

Chora zanim przeszła pod moją obserwację używała różnych środków odurzających, następnie chininę, waleryanę, bromek potasu, ale wszystkie one nie sprowadzały najmniejszej ulgi. Przekonany będąc, że mamy tu do czynienia z cierpieniem naczynio-ruchowem (*vasomotorisches Leiden*) na tle histerycznem, postanowiłem przyprowadzić krążenie krwi do normalnego stanu i tonus obwodowych naczyń uregulować. Dla tego też poleciłem mokre obwijanie do zupełnego rozgrzania, nie wywołując jednakowoż potów, i następnie wycierania coraz zimniejsze; przy tej manipulacji szczególniejszą uwagę zwracałem na kończyny. Prócz tego przepisałem kąpiele siedzienne, unikanie wszelkich silniejszych wzruszeń, pobyt na świeżem powietrzu, ruch odpowiedni, jak również użyłem strumienia galwanicznego w sposób następujący. Nasamprzód prócz elektryzowania n. sympatycznego, przepuszczałem strumień wstępujący z 12 elementów przez rdzeń kręgowy, jednakowoż zaprzestałem używać tutaj, albowiem pojawiło się osłabienie ogólne i bóle krzyża. Dla tego też ograniczyłem się na elektryzowaniu n. sympatycznego i punktów bolesnych. Przy galwanizowaniu n. sympatycznego umieszczałem biegun dodatni w dołku nadmostkowym, ujemny w kącie szczęki dolnej, również przenosiłem biegun dodatni na ostatni krąg szyjowy, pozostawiając biegun ujemny w témże samém miejscu. Strumień działał za każdą razą początkowo  $\frac{1}{2}$  minuty, dochodząc do  $\frac{3}{4}$  minut. Na miejsca bolesne na piersi stosowałem w ten sposób, że pokrywszy takowe wilgotnym płatem, działałem przez 5 minut strumieniem elektrycznym przyłożywszy biegun ujemny do okolicy potylicowej, biegunem dodatnim na toż miejsce działałem. Stos składał się z 10 elementów. Posiedzeń takich było 63.

Skutkiem tego leczenia zauważyć można było zmniejszenie cierpienia, do tego stopnia, że napady nie przychodziły tak często, i że takowe pojawiając się nie tak długo trwały, bóle nie dochodziły do tak silnego nateżenia, i chora podczas napadu mogła leżeć spokojnie. Główny jednakowoż rezultat był osiągnięty w tem, że obniżenie się temperatury kończyn nie dosięgało tak wysokiego stopnia w czasie napadu. Podczas leczenia zauważyłem raz jeden, że po rozpoczęciu galwanizowania miejsc bolesnych bez żadnej widocznej przyczyny przyłączył się napad, czego nigdy nie było, ale owszem po każdym użyciu strumienia chora doznawała ulgi. Napad ten miał miejsce wtedy, skoro ochłodzenie kończyn w czasie napadu było bardzo nieznaczne. W samym początku leczenia elektrycznością chora omdlewała czasami, ale w stopniu tak nieznacznym, że nie było powodu wstrzymywać dalszego użycia strumienia; zresztą galwanizowanie miejsc bolesnych uspakajało zawsze chorą, i ból na czas pewien ustępował, a z postępem leczenia skutek ten coraz widoczniejszym okazywał się i na dłużej utrzymywał. Dodać należy, że w czasie regularności napady były silniejsze i częstsze. Zdaje mi się nieulegać wątpliwości, żeśmy mieli tu do czynienia z naczynio-odruchowem nerwowem biciem serca (*angina pectoris vasomotoria*) spoczywającym na tle histerycznem; współudział nerwu sympatycznego był widoczny, lewa źrenica rozszerzona; i podczas gdy objawy rozdrażnienia, jako też bóle w okolicy przedniej piersi były ciągłe z przebie-



giem chronicznym, to objawy w naczyniach obwodowych, ich skurcze występowały jakoby ostro i zawsze jednocześnie z napadem. Jakaż rolę tu odgrywa n. sympatyczny, czy i jaki ma wpływ na zmiany w naczyniach, lub też je wywoływał, zostawiam to do dalszego rozbioru, a teraz zajmuję się tylko danymi znalezionemi.

Nie ulega wątpliwości, że rozdrażnienie psychiczne za każdą razą wywoływało atak, a więc obierało sobie za punkt wyjścia organa centralne, o ile więc też objawy naczynioruchowe działały na nerwicę serca, to zwróć uwagę na zdania Landois, Nothnagela, Eulenburger'a i Guttman'a. Zdaje mi się zawsze, że gdzie przy braku wszelkich zmian organicznych serca, wszelkie objawy kłaść trzeba na karb nerwicy, zgodzić się trzeba ze zdaniem wyż wymienionych autorów, że objawy te mogą być wywołane skurczem naczyń w organach odległych od serca. Żałuję mocno, że w danym wypadku nie można było dokonać dokładnych wymiarów temperatury, może być że przy podrażnieniu n. sympatycznego po lewej stronie i w temperaturze była różnica po jednej połowie ciała, jak to i zauważyłem, że oziębienie jednej kończyny zwykle pierwiej występowało niż drugiej. Jakkolwiek skutek leczenia nie był zupełny, w każdym razie do tego stopnia zawałniającego, iż dalsze obserwacje mogą doprowadzić do pożądanego celu.

## O użyciu terapeutycznym Amylnitritu (*aether amylo-nitrosus*),

Przez Dra Fackel.

Wiadomości o zastosowaniu Amylnitritu w ostatnich czasach coraz częściej się pojawiają, jakkolwiek zakres chorób, w którym takowy był używany z pomyślnym skutkiem, pozostaje bardzo ograniczony.

Od pół roku obserwowałem wpływ amylnitritu w różnych cierpieniach. Otrzymałem pomyślne rezultaty przy migrenie, działanie jego przy melancholii jest wątpliwem. W 13 obserwowanych przezemnie wypadkach bólu nowego żołądka otrzymałem bardzo świetne rezultaty, gdyż w kilka sekund po wetchnięciu bóle najgwałtowniejsze ustępowały, jakby laską czarodziejską odjęte, dla tego też środek ten przekładamy nad wstrzykiwania podskórne morfiny, gdyż nie pozostawia po sobie właściwych morfinie nieprzyjemnych następstw. Wprawdzie zdarzało mi się obserwować, że w pół godziny potem znowu bóle się pojawiały, nie były one jednakże tak silne i po wetchnięciu środka tegoż prędko ustępowały. W wypadkach, gdzie można było podejrzewać wrzód dziurawicy żołądka, środek ten nie okazywał się skutecznym. Pomyślne skutki użycia amylnitritu w nerwowym bólu żołądka, zwłaszcza jeśliby obserwacje w innych tego rodzaju cierpieniach to poparły utwierdzą zdanie Romberg'a pochodzenie tegoż cierpienia od newralgii spłotu śródbrzusznego, a nie jak dotychczas utrzymywano, że kurcze żołądka zależą od nienormalnego rozdrażnienia rozgałęzień n. błędnego w żołądku.

W dalszych obserwacjach amylnitrit oddawał mi pomyślne wyniki przy newralgiach zdarzających się w czasie regularności.

Zebrałem następujące wypadki:

1. R. kobieta, lat 25 mająca, w 17 roku życia miała przechodzić zapalenie otrzewnej, i od tego czasu pozostała bolesność w okolicy prawego jajnika. Od tamtej pory podczas każdej regularności, prócz rozwolnienia połączonego z napieraniem pojawiały się w tejże okolicy silne bóle, które dopiero drugiego dnia ustępowały, skoro nastąpił obfity odpływ miesięczny. Prócz tego nadmierne czułość zewnętrznych rodnych organów jak również pochwy, która trwała kilka dni po wstrzymaniu się odpływu. Badanie pochwy i macicy dało ujemne rezultaty. Jakkolwiek ze wszystkich środków najlepiej działały podskórne wstrzykiwania morfiny, mimo to bóle zupełnie nie ustępowały. Wetchnięcie trzech kropeł amylnitritu usunęło boleści, i przy następnej regularności nie wystąpiły już z taką siłą.

2. M. cierpi na przodozgięcie macicy w małym stopniu; część nadpochwowa macicy nieco obrzękła i bardzo wrażliwa. Na cztery dni przed pojawieniem się regularności występowały silne bóle brzucha. Prócz tego napady kurczu żołądka. Amylnitrit parę razy użyty, usunął bóle kompletnie.

3. L. panna lat 24, organa rodne której nie mogły być zbadane, doznawała z rozpoczęciem się odpływu miesięcznego, który był zawsze regularny i w odpowiedniej ilości, bólów rozprzestrzeniających się od krzyża ku przodowi. Kilkakrotne zastosowanie amylnitritu w ilości trzech kropeł usunęło bóle prawie zupełnie.

4. A. kobieta lat 27 mająca, cierpiąca przodozgięcie macicy, doznawała silnych bólów w podbrzuszu podczas rozpoczęcia się regularności, które wnikały głęboko do małej miednicy. Amylnitrit, kilka razy użyty, sprowadził znaczne polepszenie.

5. S. kobieta 27-letnia, u której są objawy chronicznego zatrucia ołowiem, a żadnych zmian patologicznych w organach rodnych, doznaje na 2 dni przed pojawieniem się odpływu miesięcznego silnego bólu w podbrzuszu. Po pierwszym zastosowaniu wdęchań amylnitritu nastąpił pomyślny rezultat.

6. R. kobieta 26-letnia cierpi nieżyt przewlekły macicy. Chora oczekiwała zawsze z wielką niespokojnością pojawienia się odpływów miesięcznych z powodu towarzyszących im silnych bólów w podbrzuszu. Zaraz po pierwszym wetchnięciu 2 kropeł amylnitritu nastąpiło polepszenie; rezultat tenże otrzymywano przy każdym pojawieniu się regularności.

Ilość przez mnie obserwowanych wypadków w których używałem amylnitritu jest nie wielka, ale w każdym razie wyniki takowych zachęcać winny do dalszych spostrzeżeń.

Obserwacja Nr 5 wykazuje skuteczność amylnitritu w zatruciu ołowiem, dla tego spostrzeżenie to zasługuje na dalsze w tym względzie próby. Sam drugi raz sprawdzić nie miałem sposobności.

Nakoniec można przypuścić, że środek ten może mieć wpływ i na bóle porodowe, a zasługuje na przeprowadzenie obserwacji w tym kierunku, bacząc na to, że użycie jego nie grozi niebezpieczeństwem.

Zestawiwszy powyżej opisane wypadki, wykazujące działanie uśmierzające amylnitritu, przytoczę jeszcze wypadek tężca, jaki miałem sposobność spostrzec:

J. W. wyrobnik, lat 53 mający, cierpiał od roku 1865 ciągle rozwolnienie. W r. 1865 wytworzyła się trachoma skutkiem której pracować nie mógł. W 1866 r. na wiosnę kiedy jeszcze istniała trachoma, dostał napadów tężca bez widocznej przyczyny. Napady te rozpoczynały się lekkim trętwieniem w udach, poczem występowały kureze mięśni brzucha, przepony, mięśni twarzy i mięśni zginających ramię. W kilka dni kureze kończyn dolnych zniknęły, a zaczynały się zwykle z mięśni brzucha, postępując ku górze, wedle wyżej opisanego porządku. Napady trwały od kilku minut do 2 godzin; dziennie bywało 12 takich napadów. Mięśnie znajdowały się w czasie napadu nie w ciągłym skurczu (*sp. tonic.*), ale występowały od czasu do czasu zwolnienia, po których znowu zjawiało się silne kurczowe napięcie mięśni. W czasie ataku chory jęczał. Na silny ból nie uskarżał się. W ciągu dwóch lat leczył się bezskutecznie. W r. 1868 objawy tejże choroby znikły. Później kiedy niekiedy chory doznawał napadów, ale tylko jednorazowo. Od roku 1871 nie miał ani jednego napadu. W pierwszych miesiącach 1874 r. wskutek wzburzenia wywołanego gniewem i kłótnią, wystąpiły napady tężca podobne do poprzednich i w tym samym kierunku zjawiające się. Przed południem bywały one silne, trwały co najmniej od 10 — 15 minut; wieczorem około 6 godziny był jeden jeszcze silniejszy napad, poczem noc była zupełnie spokojna. Po wystąpieniu napadu zadałem do wetchnienia 2 krople amylnitritu poczem atak zwolnił się, i na pewien czas zupełnie ustąpił. Polecilem prócz tego wdechanie 3 razy dziennie po 2 kropel; następnych dni już nie było żadnego napadu. Nacisk mocny na pnie nerwowe i naczyniowe nie zdołał potem wywołać uczucia, podobnego do poprzednich napadów.

Przytaczając powyższy wypadek nie chcę żadnych stanowczych z niego wyciągać wniosków, bacząc na jedyną obserwację; sądzę jednakowoż, że dalsze spostrzeżenia powinny kwestyę tę wyjaśnić i dać obszerniejszy pogląd na działanie amylnitritu.

---

**Jednostronne zapalenie migdałka (*Amygdalitis unilateralis inflammatoria*) niespecyficznego pochodzenia, obumarcie. Jednostronne porażenie podniebienia miękkiego i gardzieli, obrzęk głośni, obustronne porażenie podniebienia miękkiego, gardzieli i krtani, śmierć.**

Opisał Dr Perkowski (z Beaumont nad Sartą).

Dnia 16 września 1872 r. przybyła do mnie dla zasięgnięcia porady pani C. lat 33 mająca, żona rolnika, zamieszkałego w małej wiosce gminy Luce, dosyć znacznie od mego zamieszkania oddalonej.



Chora, pomimo słabej budowy ciała i nerwowego temperamentu, cieszyła się dosyć dobrem zdrowiem. Prócz rzadko się zdarzających bólów żołądka, wywoływanych prostym wiejskim pożywieniem, żadnych chorób nie przechodziła. Przed jedenastu dniami skutkiem przeziębienia dostała silnego bólu gardła; z początku nie było gorączki, tylko ogólne osłabienie. Na trzeci dzień wystąpiła dosyć znaczna gorączka i silny ból, który chora ucywiała poniżej i ku tyłowi kąta żuchwy z lewej strony, cierpienia wzmagaly się jednocześnie z nateżeniem gorączki. Siódmego dnia choroby chora stała się bardzo niespokojną, dręczona ciągłą bezsennością, trudnością połykania i pragnieniem, którego nie mogła uśmierzyć. Następnego dnia, powiada chora, po silnym ataku kaszlu, połączonego z nadzwyczajną niespokojnością wyrzuciła trochę plwociny czerwouawej, posokowatej, bardzo nieprzyjemnego smaku i odrażliwej woni. Ból i gorączka ustąpiły; jednakże dni następnych, głos już dosyć zmieniony w dźwięczności, stał się bardziej nosowym; połykanie, chociaż mniej bolesne, pozostało jednak utrudnionem i jeżeli chora nie przechyliła głowy w stronę przeciwną stronie chorej, w takim razie płyn połknięty dostawał się do nozdrzy i do krtani.

Gdy siły nie wracały, a smrodliwość oddechu coraz bardziej się powiększała, postanowiła pani C. do mnie przyjechać dla porady.

Uderzony zostałem jej przerażającym wyglądem. Tętno małe, miękkie, uderza 84 razy na minutę; głos przedstawia charakterystyczny oddźwięk nosowy; krtani niebolesna przy nacisku, gruczoły podszczekowe i szyjowe nie były obrzmiałe. Ku dołowi i z tyłu kąta żuchwy z lewej strony wyczułem nadzwyczaj bolesną przy dotknięciu nabrzmiałość, która nie była niczem innym, jak tylko obrzmiałym migdałkiem. — Oddech swą wonią cuchnącą przypominał raka macicy znacznie rozwiniętego. Przycisnąwszy ku dołowi język mocno obłożony szarą powłoką, zobaczyłem połowę lewą przesmyku paszczy prawie w zupełności zatkaną przez olbrzymi migdałek. Ten ostatni był pokryty w  $\frac{5}{6}$  częściach dolnych błoną ciemno-szarą, gdzie nigdzie zupełnie czarną, na około której wznosił się prostopadle wystający brzeg ząbkowany koloru żółtawego. Chcąc odjąć tę błonę słabo przylegającą i jak sądziłem, powierzchowną, wprowadziłem kleszczyki i wyciągnąłem bez żadnego wysiłku ani szarpania duży kawał migdałka zmartwiałego w  $\frac{5}{6}$  częściach dolnych. Na miejscu odjętego strupa pozostało owrzodzenie głębokie, krwawiące, wzgórkowate, otoczone przez resztę organu nabrzmiąłego, czerwonego i lekko wystającego ponad łuki podniebienne. Połowa przesmyku paszczy niezatkana pozwoliła mi zbadać dokładnie gardziel. Cała jej połowa prawa cokolwiek przekrwiona, migdałek mały, schowany między łukami podniebienia, nie przedstawia żadnej zmiany widocznej. Tymczasem na stronie cierpiącej znalazłem oba łuki i części sąsiadujące z podniebieniem miękkim i twardem, obrzękłe, ciemno-czerwono zabarwione. Przy silnem naciśnięciu języka ku dołowi, cała ta część podniebienia miękkiego pozostaje zwieszoną, nieczułą, gdy przeciwnie połowa podniebienia nie dotknięta zaburzeniami czynnościowymi, odbywa częste ruchy wahadłowe. Przy podrażnieniu, podniebienie miękkie, podobnie jak i łu-

ki, nie wykonywają tych odruchów, któremi w stanie normalnym nadzwyczaj wielka czułość tych okolic odpowiada na podrażnienie.

Obrzęk nie oszczędził i języka, przechylnego na stronę prawą. Bezpośrednie podrażnienie języka z prawej strony powiększa jego odchylenie, przy czem takowy usuwa się w tył i ku górze, razem z nieporażoną połową podniebienia miękkiego. Lechtanie strony lewej nie wywiera podobnego skutku i pierwotne zgięcie języczka pozostaje w tym samym stopniu.

Chora może dosyć łatwo połykać świeżą wodę, która już niepowraca przez nozdrza. Zauważyłem jednak fakt godzien uwagi, mianowicie, przy każdym połknięciu pani C. przechyla głowę na prawo. Chciałem się przekonać, czy ten ruch jest w związku z czułością błony śluzowej i ze skurczem mięśnia gardzielo-podniebiennego, który działając sam jeden (ponieważ mięsień strony przeciwnej jest porażony), tworzy z odpowiednią połową podniebienia miękkiego połowę przegrody, oddzielającej górną część jamy gardzieli, czyli nosową, od części dolnej czyli przełykowej; tym sposobem nie dopuszcza przejścia płynu przez tylne otwory nosowe. W tym celu poleciłem chorą połykać przy prostym nieruchomym położeniu głowy. Atak kaszlu, a co najważniejsza, odpłynięcie pewnej ilości wody przez nozdrza, w zupełności stwierdziły moje przypuszczenia. Przy płokaniu gardła chora przechyla głowę w tył i na prawo, twarz skierowuje w tę samą stronę i wykonywa słabe ruchy ze strony lewej na prawą—w przeciwnym bowiem razie jest zmuszona wypłuć płyn skutkiem napadu kaszlu. Nie może ani zagasić zapalonej świecy (przyczem płomień się tylko zgina cokolwiek) ani też ssać ustami; jednakże lekko wydyma policzki. Mocz nie zawiera białka, ani żadnych innych zmian nie przedstawia.

Wypędzłowawszy owrzodzony migdałek kwasem solnym, przepisałem chorą dyetę wzmacniającą (napój z wyciągu chinu, kawa z arakiem, galareta z mięsa, *gargarisma aluminatum*). Nie mogłem jednak podzielać zadowolenia chorej, która czuła znaczną ulgę, a nawet się uważała za zupełnie wyleczoną—obawiałem się bowiem krwotoku, który skutkiem przejścia zgorzeli na tętnicę szyjową wewnętrzną łatwo mógł nastąpić. Nie ukrywałem więc przed mężem chorej możliwych niepomyślnych następstw i nalegałem, aby mi często donosił o zdrowiu swej żony i natychmiast wezwał, skoro tylko się zdarzy jaki wypadek. Jednak mnie nie usłuchano.

W pięć dni przychodzi do mnie p. C. z oznajmieniem, że dnia poprzedniego żona znowu dostała bólu gardła i utrudnienia oddechu, które się stopniowo wzmogło do tego stopnia, że obecnie wystąpiły objawy zaduszenia.

Zastałem chorą podczas napadu duszności, czemu towarzyszyło syczenie krtańowe podczas wdechania, gdy tymczasem wydechanie było prawidłowe, twarz blada miała taki wygląd jak u ludzi podległych asphyxii—bezgłos; chora wymawia z wielką trudnością kilka zaledwie zrozumiałych wyrazów. Krtań bardzo czuła na ucisk. Znalazłem błonę śluzową gardzieli obrzękniętą i silnie zaczerwienioną i siność naokoło zmartwiałego migdałka. Z objaśnień, jakich mi udzielono, dowiedziałem się, że pani C. w przeddzień wypłuła kilka ma-



łych strupów; w każdym razie zdaje mi się, że zgorzel nie zrobiła znacznych postępów. Owrzodzenie przedstawia takąż samą postać: jest głębokie, nierówne, pokryte błoną czarniawą bardzo powierzchowną, łatwo dającą się zdejmować. Wprowadziwszy palec ponad otwór krtani, wyczułem nabrzmienie obrzkowe nagłośni i więzów nalewko-nagłośniowych. Nie było żadnej wątpliwości w rozpoznaniu.

Nie zwlekając ani chwili wyjmuję nóż i wprowadziwszy go po wskazicielu ręki lewej, robie kilka nacięć na nagłośni i więzach nalewko-nagłośniowych. Chora przyszedłszy do siebie z tej strasznej trwogi, jaka towarzyszy takiej operacyi, wypłula kilka kropel krwi, zmieszanej ze znaczną ilością śluzu. Duszność i syczenie krtaniowe ustało natychmiast, jakby za dotknięciem laski czarodziejskiej. Mocz ciągle normalny. Pozostawiłem tenże sam przepis, płukanie alunowe i wezykatoryę na kark. Odchodząc, ponowiłem moje ostrogi, których tak jak i poprzednio nieusłuchano; rzeczywiście w 7 dni (28 września) przysyłają mi następną wiadomość: „wszystko było dobrze aż do wczorajszego rana, od której to chwili chora nie może połykać, ponieważ wszystko wraca nosem, wśród napadów kaszlu i strasznej duszności.“

Znajduję chorą bardzo osłabioną, kończyny zimne. Tętno małe, prawie niewyczuwalne, uderza zaledwie 70 razy na minutę. Krtani bardzo czuła na ucisk; zupełny bezgłos. Oddech wcale nie jest utrudniony. Puchlina gardła znikła, zaledwie zauważyć można słabą czerwonosć około owrzodzenia migdałka, które się już pokryło ziarniną i dąży do zabliznienia; nakoniec zupełna beczulność i porażenie podniebienia. Przy wprowadzeniu palca głęboko w gardło, gardziel się nie kurczy; krtani jest nieco podniesiona do góry przez mięśnie zewnętrzne. Trudność połykania jest tak znaczna, że chora lęka się jak kary, nawet połknięcia śliny. Osoby otaczające chorą mówią, że nie przyjmuje żadnego posiłku. Zatkawszy jej nos, dałem kilka łyżeczek kawy i napoju wzmacniającego, który z wielką trudnością przełknęła. Poleciłem osobie dozorującej, aby po mojem wyjściu postępowała w podobny sposób.

Dnia 1 października pani C. czując się już bardzo słabą, prosiła gościami swego męża, aby mnie do niej zawezwał. Uderzyła mnie zaraz na wstępie jej twarz wychudzona, powieki i okolice licowe miały odcień fioletowy, reszta skóry twarzy była przerażająco żółta. Kończyny sine i zimne, częstość tętna spadła do 48 uderzeń na minutę, język biały. Oddecha ustami ciągle otwartemi, aby dać swobodny odpływ ślinie i śluzowi, który wyjmuje palcami głęboko wsuniętymi w gardło. Pomimo duszności na którą się skarży, akt oddychania słabo wykonywa. Przyłożywszy rękę do piersi, wyczuwałem zaledwie słabe ruchy klatki piersiowej. Chora ani na chwilę nie może zatrzymać powietrza w piersiach. Zupełny bezgłos i dysphagia. Kończyny górne i dolne odbywają ruchy prawidłowe. Dwuwzrocności, zezowatości, ani też rozszerzenia źrenic nie ma. Przepisałem jej lewatywy karmiące.

Pomimo zupełnego osłabienia sił, śmierć nastąpiła dopiero po czterech dniach wśród syncopy; strona intelektualna pozostała niezakłócona aż do ostatniej chwili.

Doszedłszy do końca tej obserwacji, czuję się w obowiązku jeszcze raz rzucić okiem na cały przebieg choroby dla zebrania w jeden szereg najwybitniejszych punktów, mających dość wielką wagę ze względu na ich znaczenie patologiczne:

- 1) Zejście w obumarcie jednostronnego zapalenia migdałka niespecyficznego pochodzenia.
- 2) Dążność do ograniczenia się tego rodzaju zgorzeli, w przeciwstawieniu do tych jej rodzajów, które mają źródło w głębokim zakłóceniu organizmu przez przyczynę specyficzną.
- 3) Prędkie pojawienie się jednostronnego porażenia podniebienia miękkiego i gardzieli.
- 4) Rozszerzenie się tego zaburzenia funkcjonalnego na całość tych organów i na krtani po uprzednim rozszerzeniu się obrzęku.
- 5) Ścisły związek tych porażen z miejscem, jakie poprzednio zajmował obrzęk.
- 6) Nakoniec ostateczny upadek sił i śmierć wśród syncope.

## K R O N I K A   Z A G R A N I C Z N A.

### O patologicznych utratach białka przez organizm.

Przez Prof. Dra F. W. Beneke'go.

Podał Dr W. Kosmowski.

(Dokończenie).

Białkomocz przechodni może nawet występować tylko w niektórych godzinach codziennie i wśród okoliczności, dających się ściśle oznaczyć. Pod tym względem F i s c h e r (z Wrocławia) i J ü r g e n s e n (z Kielu) podali dwa bardzo interesujące przykłady na zebraniu badaczy natury w Rostocku. Jeden tyczył się kobiety ciężarnej w trzecim miesiącu, która codziennie około 10—12 godziny rano oddawała niewielką ilość moczu, mocno białkowego i mającego 1012—1015 c. g. Kobieta ta była zbudowaną prawidłowo, i prof. F i s c h e r przyczynę białkomoczu widział w podrażnieniu odruchowem naczyń nerkowych skutkiem podrażnienia macicy. Kobieta ta codziennie na krótki czas przed wystąpieniem białkomoczu opuszczała łóżko. Drugi wypadek tyczył się chłopca 15-letniego, który na klinice prof. B a r t e l s'a przebywał zapalenie opon mózgowych rozlane. U niego występował białkomocz stale skutkiem przemiany położenia ciała. Przy przechadzaniu się pojawiało się tętno częstsze, szmer systoliczny (w prawej komórce) i białkomocz, przy leżeniu zaś objawów tych całkiem nie było. Białkomocz i szmer systoliczny w prawem sercu zależały od ucisku takowego przez kolumnę kręgową, którą chłopiec skutkiem porażenia mięśni, musiał przy chodzeniu skrzywiać, jak w lordozie.

Oдноśnie t e r a p i i b i a ł k o m o c z u, niezmiernego jest znaczenia, nie porzestawać na prostem skonstatowaniu obecności białka w moczu, lecz jasno się przekonać o przyczynach białkomoczu. Powinniśmy przedewszystkiem zbadać własność ścian naczyńiowych w nerkach, i z drugiej strony ciśnienie, pod jakim krew znajduje się w naczyniach. Ściana naczyniowa znajduje się albo w stanie kruchości i większej przepuszczalności, jak to według K ü s s'a ma miejsce w naczyniach w ogniskach zapalnych, albo też znajduje się w stanie tak zwanym przerodzenia mączkowego. W narządziach mięszsowych podobny przesiek białka przy zapaleniu następuje tak samo, jak przy zapaleniu nerek. Lecz w pierwszym razie białko nie odkłada się na zewnątrz, pozostaje jako wysięk miąższowy, i proces wysiękowy musi w końcu sam przez się skutkiem własnego ucisku miejscowego natrafić na przeszkodę do dalszego wytwarzania się. Przeciwnie w nerkach surowica, zawierająca białko, nie znajduje żadnej prze-



szkody do wydzielania się, i dopóki kanaliki moczowe nie zostaną w zupełności zatka-  
ne przez nabłonki, masy włóknikowe i t. d., dopóty trwa wysiękanie, czyli białko-  
mocz w mniejszym lub większym stopniu. Jasną jest rzeczą, że w wypadkach tych terapia  
musi być skierowaną z całą siłą przeciw procesowi zapalnemu i staramy się wówczas  
stosować odpowiednie upusty krwi, bańki cięte, kalomel (który jednakże według *O w e -*  
*n a R e e s a* przy białkomoczu łatwo sprowadza ślinopłyn), odciąganie na przewód  
pokarmowy i skórę, w innych razach chininę, tanninę i t. d. Przy przeistoczeniu  
mączkowatém zachodzi prawdopodobnie to samo, co przy kruchości i przenikliwości  
ściany naczyniowej. Przerodzenie to samo bywa przyczyną białkomoczu, jeżeli zajmuje  
kłębki naczyniowe (*glomeruli*) lub oboczne naczynia nerkowe (*arteriolae*). Zawsze musimy  
pamiętać przytém o stosunkach patologicznych ciśnienia w zdrowych jeszcze częściach na-  
czyń. Lecz terapia jest tutaj bezsilną, przynajmniej o ile nasze wiadomości na to pozwalają;  
nie jesteśmy w stanie nie działać przeciw przerodzeniu mączkowatemu naczyń i musimy o-  
graniczyć się na paliatywném postępowaniu. Inna rzecz ma się w białkomoczach, wy-  
wołanych przez patologiczne podwyższenie ciśnienia krwi w naczyniach. Tutaj opór  
ściany naczyniowej zostaje przewyciężony przez powiększone ciśnienie boczne krwi,  
i jako skutek występuje przesiekanie surowicy przez kanaliki moczowe, jako też pato-  
logiczne zmiany tkankowe, które charakteryzują tak zwane zapalenie nerek śródmiąższo-  
we. W tych wypadkach terapia przedewszystkiem zasadza się na zmniejszeniu ciśnienia  
krwi w nerkach, przez lekkie środki drastyczne (*Gummi gutti*, *Ol. ricin.* i t. d.), przez  
odciąganie na skórę za pomocą ciepłych kąpiel, jako też przez współczesne leczenie  
cierpienia pierwotnego, najczęściej cierpienia serca i płuc. Szkoda tylko, że tak rzadko  
to ostatnie leczenie może być uwieńczone pomyślnym skutkiem.

Co się tyczy białkomoczu, powstającego skutkiem *Hyperalbuminozy* lub *Hypal-*  
*buminozy*, racjonalne uregulowanie diety zajmuje pierwsze miejsce w terapii i miano-  
wicie w pierwszym razie, obok użycia soli, prędko prowadzi do skutku. Przytém mu-  
simy wspomnieć, czy podobna *Hyperalbuminoza* nie ma miejsca w razie białkomoczu,  
jaki spostrzegamy w okresach początkowych ostrego reumatyzmu. Nie możemy zamil-  
czeć, że widzieliśmy bardzo prędko znikający tego rodzaju białkomocz po upuszcie krwi  
ogólnym.

**W y k r y c i e b i a ł k a w m o c z u** jest bardzo łatwe i proste, ponieważ  
zaś często w praktyce zdarzać się może, przeto nie bez korzyści będzie podać tutaj  
niektóre pod tym względem uwagi. Pierwszą rzeczą przy każdym badaniu moczu jest  
wykrycie jego oddziaływania czyli reakcyi<sup>1)</sup>. Dla pewności pożyteczną jest rzeczą zba-  
dać obecność białka na dwojakięj drodze, a mianowicie przez ogrzanie moczu lub przez  
dodanie kwasu saletrzanego<sup>2)</sup>. Jeśli mocz jest wyraźnie kwaśny, wówczas możemy go  
zaraz o g r z e w a ć; tworzy się przytém zmętnienie lub też opadają kłaczk, które po  
dodaniu kropli kwasu saletrzanego lub solnego nie rozpuszczają się. Możemy mieć  
wówczas pewność o obecności białka w moczu. Jeżeli ogrzewamy mocz bardzo słabo  
kwaśny, lub obojętny, albo też z oddziaływaniem alkaliczném, wówczas będą się osa-  
dzać fosforany ziemne (fosforan wapna i fosforan magnezyi), i mocz będzie także męt-  
nieć, co niedoświadczeni mogą brać za osadzenie się białka. Konieczną zatem jest rze-  
czą, przed ogrzewaniem moczu, s ł a b o go zakwasić kwasem octowym lub saletrzanym,  
a po utworzeniu się mętów, jeszcze raz dodać kwasu, celem przekonania się, czy po-  
wstający osad jest w kwasie nierozpuszczalny, czy więc jest rzeczywiście białkiem. Je-  
żeli wybieramy do tego celu kwas octowy, wówczas unikać winniśmy użycia go w nad-  
miarze, gdyż w takim razie białko się rozpuszcza. Przy p r ó b i e z k w a s e m  
s a l e t r z a n y m możemy wprost mocz nim traktować, lub też według metody  
*Hellera* wlać do kieliszka od wina szampańskiego kwasu saletrzanego na wy-  
sokości  $\frac{1}{2}$  cala i następnie ostrożnie do niego dodawać mocz badany. Przy wystę-  
powaniu zmętnienia i osadzeniu się kłaczek, mamy wszelkie prawdopodobieństwo  
istnienia białka. Lecz przy badaniu moczu, bardzo bogatego w kwas moczowy lub mo-  
czany, może tu nastąpić się inne źródło błędu. Jeżeli jest bardzo wielka ilość kwa-

1) Mocz, zawierający białko, jest zwykle lekko kwaśny, nieco opalizujący, zapa-  
chu serwatezanego, mocno pienisty, cięż. gat. niskiego. Kolor bywa rozmaity, co za-  
leży od przymieszek krwi lub barwików żółci.

2) *Golding Bird* radzi dodawać mieszaninę 1 cz. Acid. nitric. i 3 cz.  
Acid. hydrochloric. (*Urinary deposits*. 1846. str. 261).

su moczowego, wówczas oddziela się on w kształcie białej masy drobinkowej, i mocz może w takim razie mętnieć zupełnie w podobny sposób, jak przy osadzaniu się białka. W takim wypadku rozstrzyga najlepiej następne zagotowanie moczu, przyczem kwas moczowy się rozpuszcza, jeśli tylko nie znajduje się w zbyt wielkiej ilości; następnie upewniamy się za pomocą próby kontrolującej przez ogrzewaniu moczu, przy dodaniu do niego tylko takiej ilości kwasu, jaka zaledwie wystarcza do jego zakwaszenia; nakoniec, badanie mikroskopowe osadu może usunąć wszelką wątpliwość. Trzecią, bardzo dogodną w praktyce metodą, jest tak zwana próba alkoholowa. Silny wyskok wywołuje zupełne osadzenie się białka z roztworu. Lecz i zwykły wyskok, w handlu się znajdujący, wystarcza do wykrycia białka w moczu. Jeżeli przy dodaniu do moczu równej ilości takiego wyskoku powstaje zmętnienie, wówczas możemy z wielką pewnością wnosić o obecności białka. Ten stosunek białka do alkoholu użytym został w ostatnich czasach do ilościowego oznaczenia białka, i Liborius mówi, że ta metoda oznaczania „daje zawsze najściślejsze rezultaty.“ Co się tyczy ilościowego oznaczenia białka, nie będziemy tutaj podawać metod, do tego służących i odeszliśmy czytelnika do dziełka Neubauera pod tyt: „Analyse des Harns,“ jako też do świeżej pracy Liborius'a pod tyt: „Beiträge zur quantitativen Eiweißbestimmung“ w „Deutschen Archiv für klinische Medizin,“ T. X. str. 319.

Oprócz istotnego białka surowicy krwi występują w moczu niekiedy jego modyfikacje, znajomość których także jest potrzebną dla lekarza praktycznego. Oznaczają modyfikacje te rozmaitemi nazwami: jako paralbumin, Albuminoza, Pepton (Parkes), Paraglobulina (Lehmann) i t. d. O chemicznej ich różnicy od istotnego białka nie wiadomo nic pewnego. Dotychczas znamy je tylko z pewnych reakcyj i o ile wnosić możemy z prawdopodobieństwem, odpowiadają one w części lub może są identyczne z peptonami przewodu trawienia.

Nie ulega wątpliwości częste pojawianie się substancji fibrynoplastycznej, paraglobuliny Kühn'e'go i Lehmann'a. Takowa osadza się w delikatnych klaczkach z moczu kwaśnego przy bardzo silnem rozcieńczeniu go wodą przekroploną, z moczu zaś niekwaśnego po zakwaszeniu go i silnem rozcieńczeniu.

Co się tyczy innych modyfikacyj substancji białkowatych w moczu, nie możemy podać o nich nic pewnego. Znaleziono modyfikację tego rodzaju, która osadzała się nie przy prostem dodaniu kwasu saletrzanego, lecz dopiero po dodaniu tego kwasu i jednoczesnem jego ogrzewaniu (Parkes); inna modyfikacja osadzała się przez kwas saletrzany, nie strącała się zaś przez gotowanie (Prot, Bencke); trzecią modyfikację spostrzegł Bence Jones w wypadku *Mollities ossium*. W wypadku tym nie tworzył się osad w moczu ani przez dodanie kwasu saletrzanego, ani przez gotowanie, ani przez obydwie działania razem uskutecznione. Jeżeli jednak, po zagotowaniu lub po dodaniu kwasu saletrzanego, mocz został oziębioby, wówczas tworzył się w nim osad, który znowu rozpuszczał się w cieple. Substancja ta wydzielala się w wielkiej ilości 66,97 gm. na 1000 gm. moczu, zawierała 1,03 p. c. siarki i 0,19 p. c. fosforu i posiadała wzór  $C_{48}H_{38}N_6O_{18}$ . Wspomniany pacjent oprócz rozmięczenia kości, cierpiał na chorobę nerek i wydzielal cylindry włóknikowe. Jednego dnia nastąpiło u niego osadzanie moczu tak przez gotowanie, jak i przez dodanie kwasu saletrzanego. Nakoniec, czwartą podobną modyfikację opisuje Gerhardt. Była ona spostrzegana u wielu chorych w ten sposób, że nie tworzyła osadu ani przez dodanie kwasu saletrzanego, ani przez gotowanie moczu, lecz powstawała przy dodaniu alkoholu. Osad okazywał rozmaite reakcje białka i Gerhardt sądzi, że chorzy, którzy stale, lub często ulegają podwyższeniu ciepłoty do 40°, wydzielają z moczem białko, jeżeli nie w zwykłej, to przynajmniej w tej postaci.

Szereg możliwości, za pomocą jakich starano się wytlómaczyć rozmaite te objawy i reakcje, jest tak wielki, że nie możemy ich tutaj przytaczać. Ograniczamy się tylko na gołem przytoczeniu faktów, tlómaczenie ich bliższe zostawiając przyszłości. Fakty te jednakże dowodzą, iż rozbiór moczu winien być robiony z wielką uwagą i doświadczeniem, jeżeli ma doprowadzić do pewnych rezultatów. Samo się przez się rozumie, że obok prób chemicznych, nie powinniśmy zapomnieć o badaniu mikroskopowem.

Tyle o białkomoczu.

Za daleko doprowadziłaby nas chęć bliższego rozpatrywania tutaj w podobny sposób rozmaitych przyczyn patologicznych utrat białka na innych drogach. Dość powiedzieć, że wszędzie w tych wypadkach winniśmy myśleć o ciśnieniu, pod jakim krew się znajduje, o własności naczyń krwionośnych, ich inercji i ich patologicznym roz-



woju, o bodźcach działających na naczynia od zewnątrz lub wewnątrz (w formie lekarstw lub ciał obcych), o zmianach, jakie wpływają na rozdział i własności krwi, jako też na inercję naczyń, nakoniec o własności samej krwi. Stosownie do każdego pojedynczego wypadku terapia różnić się musi. I tylko taka teoria może być prawdziwie skuteczną, która dosięga przedewszystkiem momentów etiologicznych i takowe zwalcza odpowiednimi środkami.

### **Błonicowe zapalenie płuc i zapalenie błon mózgowo-pacierzowych (*meningitis cerebrospinalis*) u dzieci w pierwszym roku ich życia**

Przez Dra A. Maurera (Deutsches Archiv f. Klin. Med. tom 14, zeszyt I. 1874).

Podał w streszczeniu Dr St. Jerzykowski.

Immermann i Heller zestawiając obszerną literaturę błonicowego zapalenia płuc w połączeniu z ropnym zapaleniem błon mózgowych utrzymują, że z objawów występujących przy tem cierpieniu za życia, w większej części wypadków nie można było stawić rozpoznania na zapalenie błon mózgowych, i że objawy mózgowe można było rozmaicie sobie tłómaczyć. Na takie zapatrywanie się pod względem rozpoznania zgadza się autor tylko o tyle, o ile ono dotyczy osób dorosłych albo dzieci z zamkniętą już czaszką; uważa je zaś za nieprawidłowe u dzieci, mających jeszcze otwarte wielkie ciemię. Na dowód, jak trudnem jest rozpoznanie u dorosłych, przytacza autor dwa wypadki z własnego doświadczenia. W jednym z nich, w którym zapaleniu błonicowemu uległa część dolnego zraza lewego, było bardzo prawdopodobnem, że chodziło o powikłanie z zapaleniem błon mózgowych, chociaż dowiedzieć tego było niepodobna; nie przyjmując jednakże zapalenia błon mózgowych nie można było sobie wytłómaczyć wcale ciężkich objawów mózgowych. W drugim zaś wypadku, który za życia wskazywał znamiona zapalenia błon mózgowych i w którym autor skłonił się nawet do przyjęcia powikłania z zapaleniem błon mózgowo-pacierzowych (*meningitis cerebrospinalis*), przy oględzinach pośmiertnych przekonał się, że jego rozpoznanie było mylnem.

Inaczej ma się rzecz z rozpoznaniem tego cierpienia u dzieci, mających jeszcze otwarte wielkie ciemię. Jak w chorobach mózgowych w ogóle, tak też w zapaleniu błon mózgowo-pacierzowych, odgrywają, zdaniem autora, bardzo ważną rolę stopień napięcia i stopień wypukłości ciemienia, które wskazują jak silnem jest śródczaszkowe ciśnienie; jeśli przy rozpoznawaniu cierpień, o których mowa, wysledzimy, że się wzmogło to ciśnienie, natenczas okoliczność ta wraz z innymi znamionami, o których pomówimy poniżej, posiada bardzo wielkie znaczenie. Wyśledzenie to, czy ciemię jest więcej wypukłem i więcej napiętem, jest w cierpieniach, o których mowa, tem ważniejszem z tego powodu, że:

- 1) tym chorobom podlega stosunkowo wiele dzieci w pierwszym roku życia i że
- 2) po największej części da się stwierdzić zwiększenie tak napięcia jak wypukłości; protokoły bowiem sekeyjne wykazują, że przy powikłaniu błonicowego zapalenia płuc, z zapaleniem błon mózgowych u dzieci przychodzi do bardzo znacznego surowiczo-ropnego wysięku w całym obwodzie mózgu, a nieraz nawet w komórkach mózgowych skutkiem czego musi się znacznie powiększyć śródczaszkowe ciśnienie.

U dorosłych jak to już wyżej nadmieniliśmy, jest rozpoznanie bardzo trudnem, ponieważ niejedne objawy nerwowe mogą występować także przy ciężkiem zapaleniu płuc, albo dają się wyjaśnić z wysokiej gorączki, albo też wytłómaczyć z innych chorób (*alcoholismus*), ponieważ nadto wiele objawów, właściwych samemu zapaleniu błon pacierzowo-mózgowych (ból w karku, stężenie mięśni karkowych, wymioty, kurcze rozszerzenie źrenicy, zezowatość i t. d.) pojawia się tylko sporadycznie u dorosłych, gdy się to cierpienie wikła z zapaleniem płuc. U dzieci jednakże odważa się autor postawić to twierdzenie, z przekonaniem powszechnemu niezgodne, że tutaj można zapalenie błon mózgowych rozpoznać daleko pewniej, nie jedynie dla znanego objawu z strony ciemienia, lecz także dla tego, że inne groźne objawy nerwowe następują z daleko większą regularnością, mianowicie co do kolejności.

W dalszej pracy przytoczywszy autor część wypadków chorobnych oraz protokoły sekeyjne zastanawia się nad zaburzeniami, jakie cierpienia te spowodowały w czynnościach systemu nerwowego oraz nad patologiczno-anatomicznemi zmianami w ciele, i w tych zestawia je mniej więcej słowach:

1) Pierwszym znakiem powikłania z zapaleniem błon mózgowych była w czterech wypadkach nieprzytomność, która się pojawiała szybko i w krótkim czasie wysokiego dosięgła stopnia. Nieprzytomność tę poprzedzała raz nadzwyczajna spokojność, raz senność, dwa razy wymioty.

2) We wszystkich sześciu wypadkach krótko przed śpiączką (*coma*) albo razem z nią pojawiały się w twarzy i w kończynach kurecze gwałtowne, które się powtarzały, trwały długo, występowały już to po jednej już to po obu stronach, i były natury już to tępcowej już też drgawkowej.

3) W pojedynczych wypadkach zaszyły ściągnięcia górnych i zewnętrznych prostych mięśni oka, raz drżenie powiek (*nystagmus*) w obu oczach, raz nadczułość (*hyperaesthesia*) nerwu słuchowego i wzrokowego, raz porażenie nerwu słuchowego. Zrenice były dwa razy bardzo wąskie, równo szerokie, raz krótko przed śmiercią nadzwyczaj rozszerzone.

4) Z objawów pochodzących z strony rdzenia pacierzowego, nie dało się wysledzić żadnych. W pięciu wypadkach jak najwyraźniej nie dostawało wcale stężenia w mięśniach karkowych, które w jednym tylko razie trwało przemijająco.

5) Wielkie ciemię było w czterech wypadkach trzy razy w wyższym stopniu napięciem i znacznie wypukłem. W pierwszym wypadku było ono nadzwyczaj napięte, a przy oględzinach pośmiertnych znaleziono też bardzo znaczny obrzęk błon mózgowych. W drugim wypadku nie można było stwierdzić zmiany w ciemieniu, chociaż i w tym razie znaleziono mocny obrzęk błonowy. W trzecim zaś wypadku dało się wysledzić znaczniejsze wypuklenie ciemienia, wszakże napięcie nie było podwyższonem.

6) Z sekeyjnych rezultatów przytaczamy tutaj tylko następujące: W czterech wypadkach był mocny, zapalny obrzęk w jednym wypadku na kilka linii gruby, ropno-włóknikowy wysięk, w dwóch zaś prócz zapalnego nacieczenia w miękkich błonach jeszcze gruby pokład wysiękowy na wewnętrznej powierzchni błony twardej. Boczne komórki w pięciu wypadkach nie były wcale rozszerzone, albo tylko w małym stopniu, a w jednym tylko mocno rozdęte jasną, żółtawą surowicą. Rdzeń pacierzowy i jego błony w czterech razach, w których było możliwem dochodzenie pośmiertne, wskazywały zmiany charakterystyczne dla nagminnego zapalenia błon mózgowych. Dwa razy dało się stwierdzić żółte zabarwienie skóry i spojówki, raz małoznaczne i dwa razy bardzo wielkie obrzmienia śledziony.

7) We wszystkich sześciu wypadkach, mniej więcej w równym czasie po pojawieniu się objawów mózgowych, nastąpiła śmierć, i to pięć razy w drugim dniu cierpienia, a raz w trzecim dniu.

W dalszej pracy swęj stara się autor przedstawić obraz przebiegu zapalenia błon mózgowych powikłanego z zapaleniem płuc u dzieci, i w tych mniej więcej opisuje je słowach:

Po różnie długiem trwaniu (3—6—8—10, raz 28 dni) błonicowego zapalenia płuc po jednej albo po obu stronach, nie różniącego się niczem od zwyczajnego przebiegu tego cierpienia u dzieci, zmienia się scena dość nagle; dzieci popadają w śpiączkę, poczem przystępują wkrótce kurecze, różne co do trwania, rodzaju, siedliska, ale zawsze gwałtowne i ponawiające się aż do śmierci. Na mniej doświadczonego zmiana ta nie sprawia wrażenia, jako by się pogorszyło cierpienie, lecz wrażenie nowego niespodziewanego zjawiska.

Jeśli się zapytamy z kąd pochodzi to wrażenie, to przedewszystkiem o tēn należy wiedzieć, że przy zapaleniu płuc pogorszenia (z wyjątkiem powikłań jak zapalenia oplucnej, zapalenia oserca albo nadzwyczajnego powiększenia się gorączki) powstają głównie skutkiem tego, że się dalej rozszerza sprawa nacieczenia i tym sposobem zwiększa niedostateczność (*insufficiencia*) płuc, zmniejsza się więc powierzchnia do oddechania. Koniecznym tego następstwem bywa częstsze oddechanie; później po wytworzeniu się obrzęku płuc staje się ono powierzchownem i charczącym, a w końcu przychodzi śmierć. Dopóki więc nie nastąpi zapalenie błon mózgowych, widzimy, że dziecko, jak przy każdym zapaleniu płuc, oddycha pośpieszniej i powierzchowniej. Skoro się powiększy wysięk błon mózgowych, oddech bywa czas niejaki spokojniejszym i wolniejszym, aż ku końcowi znowu się pospiesza. Dziecko chore na zapalenie płuc oddycha nadzwyczaj szybko, skoro zaś do tego cierpienia przystąpiło zapalenie błon mózgowych, to oddycha stosunkowo wolniej, przy czēm jednakże oddech może zawsze być częstszym, aniżeli w stanie prawidłowym.



Nie jesteśmy zresztą pierwszymi, jak się to później o tem przekonaliśmy, którzyśmy spostrzegli, że po przystąpieniu zapalenia błon mózgowych wolniej oddech poprzednio przyspieszony. Rilliet i Barthez mówią, że oddech przyspieszony przez poprzedzające cierpienie wolniej, gdy nastąpi zapalenie błon mózgowych. Chomel pisze, że się oddech zwalnia i staje nierównym, skoro (w ostatnich 24—36 godzin) z zapaleniem płuc wikła się surowiczo-ropne zapalenie błony pajęczej. Hassse wreszcie twierdzi, że u cierpiących na mocno rozwiniętą gruźlicę płucną, lub u osób, u których się szybko rozwija gruźlica jagłowata (*tuberculosis miliaris*), oddech staje się teraz częstszym, chociaż duszność nie osiąga nigdy owego wysokiego stopnia, do jakiego dochodzi przy powyższych cierpieniach płucnych wtenczas, gdy nie masz równoczesnego zapalenia błon mózgowych. To spokojniejsze i wolniejsze oddychanie w śpiączce się znajdującego dziecka ma na pierwszy rzut oka dla lekarza coś w sobie dziwnego i pozostawia wrażenie, jakoby zaszło coś niezwyčajnego.

Proces zapalny, który ogarnia cały obwód dziecięcego mózgu i wytwarza grube warstwy wysięku, sprowadza w 2—3 dniach śmierć wśród znacznie podwyższonej ciepłoty ciała, przyczem się rzadko w pojedynczych wypadkach dało stwierdzić żółtaczkę, i prawie we wszystkich znaczne obrzmienie śledziony.

W tym krótkim czasie wzmaga się ciśnienie wśród jamy czaszkowej, co się w większej części wypadków da stwierdzić przez zwiększone napięcie lub wypukłość ciemienia.

Jeśli zestawimy inne ostre cierpienia mózgowe, które mogą przyłączyć się do błonicowego zapalenia płuc, ten sam przedstawiać objaw, to przedewszystkiem wypada się nam zastanowić nad ostrą puchliną mózgową (*hydrocephalus acutus*) wraz z gruźlicą lub bez niej, i nad ropnem zapaleniem błon mózgowych.

Ropne zapalenie błon mózgowych odróżnić od zapalenia błon mózgowo-pacierzowych jest prawie niepodobieństwem, ponieważ pospolicie nie masz żadnych objawów ze strony rdzenia pacierzowego. Trzeba tylko wiedzieć o tym fakcie, że ropne zapalenie błon mózgowych przyłącza się tylko nadzwyczaj rzadko do zapalenia płuc. Rilliet i Barthez w takim razie widzieli raz tylko zapalenie błony mózgowej cienkiej (*pilitis*), Ziemssen nie dostrzegł żadnego wypadku, a Chomel w 50 wypadkach tylko 4 razy zapalenie błony pajęczej (*arachnitis*). Przez prace jednakże Hellera i Zimmermanna, jako też przez moje spostrzeżenia jest dowiedzionem dostatecznie, że epidemiczne zapalenie błon mózgowo-pacierzowych bardzo często się wikła z błonicowym zapaleniem płuc.

Ostra puchlina mózgu bez gruźlicy jest nadzwyczajną rzadkością, doprowadza zazwyczaj szybko do śmierci przez udar i trudno nader ją rozpoznać; zresztą żadni autorowie nie przytaczają jej jako powikłania z zapaleniem płuc.

Jeśli puchlina mózgu towarzyszy jagłowatej gruźlicy w błonach mózgowych, to przed mylnem rozpoznaniem chroni nas zupełnie inny, przeciągły przebieg jagłowatej gruźlicy, długi okres znaków zwiastunowych, anamneza, wreszcie w wielu wypadkach badanie dna ocznego pod względem gruzełków, dalej nierówność oddechania i szybka zmiana w częstości tętna. Jagłowata gruźlica zachodzi zresztą nadzwyczaj rzadko u dzieci w pierwszym roku życia.

Co się tyczy różnicy między cierpieniem, o którym mowa, a tak zwanem mózgowem zapaleniem płuc (*Gehirnpneumonie*) u dzieci, to zdaniem autora mózgowie zapalenie płuc nie polega na znaczniejszej zmianie w istocie mózgu; ztąd też nie można dostrzedz ani zmiany co do kształtu ciemienia, ani też większego w niem napięcia. W mózgo-błonowej (*meningeale Form*) formie tego cierpienia nie masz kurczów, odznacza się ona śpiączką, wymiotami, bredzeniem, skurczeniem się mięśniów karkowych. Śpiączka zwykle nie jest tak głęboką, jak przy zapaleniu błon mózgowych, i chorzy dają się jeszcze z niej przebudzić. Z przesileniem choroby znikają jednakże szybko te wszystkie objawy. W drgawkowej zaś formie (*eclamtische Form*) mózgowego zapalenia płuc pojawiają się zaraz z początku kurcze, już to ogólne, już też częściowe, nadto śpiączka i inne objawy mózgowie.

Przy mózgowem zapaleniu płuc (*Gehirnpneumonie*) podpadają nam najprzód groźne objawy mózgowie, a zapalenie płuc spostrzegamy dopiero znacznie później. Przy zapaleniu zaś błon mózgowem wikłającym się z zapaleniem płuc, wy-

stępują objawy mózgowie wśród zapalenia płuc, albo pod jego koniec, i nie dają się niemi wytlómaczyć.

Dalej nadmieniam autor, że w nader wielkiej liczbie wypadków zapalenie płuc, jakie widział w swej jedynastoletniej praktyce, nigdy nie dostrzegł żadnego wypadku zapalenia płuc u dzieci, któryby się nie wikłał ostatecznie z kurczami. Jeśli kurcze są następstwem sympatycznego podrażnienia mózgu, natenczas, zdaniem autora, występują one w pierwszych dniach zapalenia płuc; jeśli zaś ich przyczyną jest zapalenie błon mózgowych, to wespół z innymi objawami nerwowymi pojawiają się pod koniec normalny zapalenia płuc. Nie widział zaś autor żadnego wypadku, w którymby się rozpoczęły równocześnie i zapalenie płuc i zapalenie błon mózgowych.

W końcu zestawia autor następujące badań swych rezultaty:

- 1) Powikłanie zapalenia błon mózgowych z zapaleniem płuc (*Complicationsmeningitis*) zachodzi nadzwyczaj często (50%) u dzieci w pierwszym roku życia.
- 2) Powikłanie z zapaleniem błon mózgowych da się rozpoznać u dzieci po objawie z strony ciemienia, po zwolnieniu oddechu i po kurczach, występujących zawsze w miejscu pewnem, i to wespół z innymi groźnymi objawami nerwowymi.
- 3) Przy mózgowem zapaleniu płuc (*Gehirnpneumonie*) występują kurcze zaraz na początku cierpienia, przy zapaleniu zaś błon mózgowych wikłającym się z zapaleniem płuc (*Complicationsmeningitis*) pojawiają się dopiero w końcu choroby.

## Wiadomości bieżące.

— Przystawanie skóry do powierzchni brodawkujących. Metoda Reverdin'a leczenia wrzodów i ran za pomocą przenoszenia kawałków skóry (*transplantation cutis*) na powierzchnie brodawkujące wrzodów lub zupełnie świeże rany znalazła już we wszystkich szpitalach codzienne zastosowanie. Mechanizm przystawania skóry nie jest anatomicznie w zupełności wyjaśnionym. Prof. Thiersch miał sposobność przenoszenia skóry na wrzodzącą powierzchnię nogi, która miała być amputowaną; doświadczenia zaczął robić na trzy tygodnie przed operacją, ostatecznie zaś przenoszenie skóry wykonał na 18 godzin przed odjęciem kończyny. Do przenoszenia brał kwadratowe kawałki skóry wielkości jednego centymetra starannie zawsze oddzielając od dolnej powierzchni tkankę tłuszczową. Cienkie kawałki skóry przeznaczone do przenoszenia wyrzynał brzytwą z brzegu samego wrzodu. Po amputacji kończyny nastrzyknął masą Gerlach'a, skórę zaś celem stwardnienia włożył do wysokoku. Badając przyrośnięte kawałki przekonał się: 1) że przystawanie odbywa się przez inokulację naczyń, to jest, że połączenie naczyń powierzchni brodawkującej (wrzodu) z naczyniami przeniesionego kawałka skóry następuje za pośrednictwem międzykomórkowych przewodów, które doprowadzają i odprowadzają krew z naczyń tkanki brodawkującej do naczyń przeniesionego kawałka skóry; 2) że naczynia przeniesionego kawałka skóry następczo się zmieniają i przyjmują budowę naczyń tkanki brodawkującej. Kawałki przeniesionej skóry mógł już po 18 godzinach po zaszezepieniu nastrzyknąć z naczyń tkanki brodawkującej. Przewody międzykomórkowe (których wlewania się do naczyń kawałka przeniesionej skóry nie widział), przy pomocy komórek granulacyjnych przeistaczają się w prawdziwe naczynia, część zaś ich zanika; potem połączenia te między naczyniami skóry i tkanki granulacyjnej z łatwością dają się spostrzegać. Po 2-tygodniach po przeniesieniu skóry, już naczynia kawałków przeniesionych stają się zupełnie podobnymi do naczyń ziarniny. Te to naczynia kawałków skóry przyjmował Thierfelder za nowoutworzone. Zdarza się niekiedy, że górna warstwa przeniesionej skóry pod formą skrzepu odpada, tymczasem warstwa głębsza, w której są gruczoły potowe, zostaje na powierzchni ziarniny; na tych to miejscach po 8—14 dniach postrzegamy tworzące się wysepki nabłonkowe, wtedy kiedy sądziłszy, że przeniesienie zupełnie się nie udało.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

---

Redakcja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

---

w Drukarni Gazety Lekarskiej, Ulica Śto-krzyżka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1874 do 1 stycznia 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1875 r. rsr. 148 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4

TREŚĆ: Rozprawy naukowe. Angina pectoris vasomotoria. Przez Dra Cordes. O użyciu terapeutycznym Amylnitritu (*aether amylo-nitrosus*). Przez Dra Fuczel. Jednostronne zapalenie migdałka (*Amygdalitis unilateralis inflammatoria*) niespecyficznego pochodzenia, obumarcie. Jednostronne porażenie podniebienia miękkiego i gardzieli, obrzęk głośni, obustronne porażenie podniebienia miękkiego, gardzieli i krtani, śmierć. Opisał Dr Perkowski (z Beaumont nad Sartą). — Kronika zagraniczna. O patologicznych utratkach białka przez organizm. Przez Prof. Dra F. W. Benekego. Podał Dr W. Kosmowski. (Dokończenie.) Błonicowe zapalenie płuc i zapalenie błon mózgowo-pacierzowych (*meningitis cerebrospinalis*) u dzieci w pierwszym roku ich życia. Przez Dra A. Maurera. Podał w streszczeniu Dr St. Jerzykowski. — Wiadomości bieżące. Przyrastanie skóry do powierzchni brodawkujących. — Dodatek. Akuszerzy T. III. ark. 22 i 23. Medycyny Sądowej T. II. ark. 4. Choroby zaraźliwe ostre ark. 11. Farmacyi T. II. ark. 10.

## Angina pectoris vasomotoria.

Przez Dra E. Cordes.

Opis wypadku Anginae pectoris uleczony za pomocą prądu galwanicznego przez Dra Huebnera zniewala i mnie również do podzielenia się z czytelnikami obserwowanym przezemnie podobnym wypadkiem.

Kobieta 31 lat wieku mająca, niezamężna, będąc jeszcze dzieckiem cierpiała na kurcze nerwowe, o naturze których nie szczegółowego dowiedzieć się nie mogłem; później przechodziła błonicę, a do roku 1872 była zupełnie zdrową. W jesieni tegoż roku zapadła na reumatyzm ostry, przyczem lewe ramię obrzękło, na co zaaplikowano miejscowy krwi upust — W 8 dni po wystąpieniu objawów reumatyzmu, pokazał się po raz pierwszy kurcz

w okolicy serca, który się w ciągu zimy powtarzał dwanaście razy, a na wiosnę dochodził do bardzo silnych napadów, w czasie których traciła chora przytomność. Kobieta ta jest silnie zbudowaną, wygląd nieco skrofaliczny, cierpienie powyższe przebija się na tle histeryi. W ogóle zauważyć można silne rozdrażnienie nerwowe, lubi samotność i mało mówi.

Napady nerwowego bicia serca (*angina pectoris*) rozpoczęły się w odstępach czasu nierównych i z wielką mocą. Główne objawy były ból w okolicy serca, któremu towarzyszyło uczucie ciężenia na piersiach, chora nie może leżeć, lecz musi w czasie napadu siedzieć z głową ku przodowi zgiętą. Ból i uczucie ciężenia są tak silne, że chora przewraca się na wszystkie strony i jęczy, wszystkie mięśnie silnie napręża. Przytomność umysłu jest zupełnie zachowaną, niepokój tak wielki, iż sądzi, że każdej chwili umrze. Napad poprzedza rodzaj aury, opis której jest niewyraźny, co według mego zdania należy przypisać niepokojowi poczynającego się napadu. Wkrótce po rozpoczęciu się napadu, zaczynają kończyny chłodzić, bledną, końce palców sine (*cyanosis*). Temperatura ciała obniża się znacznie, co można ręką wyczuć; dokonywać wymiarów ciepłoty ciała z powodu niespokojności chorej nie można. Obniżenie tempatury było najwybitniejszém na samych końcach palców rąk i nóg, a która zbliżając się coraz bardziej do tułowia była wyższą, tułów i głowa były temperatury normalnej. Żadnym środkiem nie można było rozgrzać kończyny, używano tarcia, szczotkowania, kąpieli, wszystko to nie pomogło.

Badanie fizykalne serca nie wykazało wad organicznych w tymże, i dla tego trzeba było przyjąć, że mamy do czynienia z newralgią serca. Tętno promieniowe, szyjowe i inne dostępne badaniu były podczas napadu mocno naprężone, zwolnienie pulsu było nieznaczne i jestem przekonany, że opisywane przyśpieszenie pulsu w podobnych wypadkach raczej na karb wysilenia w czasie napadu kłaść należy; aniżeli przypisywać temuż cierpieniu.

Czas trwania napadu był różny, przecięciowo trwał od 2—3 godzin, jakkolwiek zdarzały się napady trwające 6—8 godzin.

U chorej tejże lewa źrenica była bardziej rozszerzona niż prawa; okolica nerwu sympatycznego po lewej stronie była bolesną, a prócz tego znajdowały się bolesne okolice, a mianowicie od wierzchołka mostka do przyczepienia mostkowego 2 i 3 lewego żebra. Prócz tego rozpromieniał się ból z lewej strony szyi do lewego ucha, bóle te rozpromieniały się wzdłuż nerwu sympatycznego i n. usznego tylnego głębokiego. Na piersi przestrzenie międzyżebrowe były punktem wyjścia bólu. Bóle w tychże okolicach w czasie zwolnienia napadów utrzymywały się, czy takowe podczas napadu zwiększyły się, lub też czy miał wpływ jakiś ucisk tychże miejsc na wywołanie napadu, z powodu wielkiej niespokojności chorej sprawdzić nie było można.

Napady podczas mojej obserwacji powstawały zawsze skutkiem psychicznego rozdrażnienia, mianowicie po gniewie lub też zmartwieniu. W czasie wolnym od napadu chora uskarżała się zawsze na ból głowy.



Chora zanim przeszła pod moją obserwację używała różnych środków odurzających, następnie chininę, waleryanę, bromek potasu, ale wszystkie one nie sprowadzały najmniejszej ulgi. Przekonany będąc, że mamy tu do czynienia z cierpieniem naczynio-ruchowem (*vasomotorisches Leiden*) na tle histerycznem, postanowiłem przyprowadzić krążenie krwi do normalnego stanu i tonus obwodowych naczyń uregulować. Dla tego też poleciłem mokre obwijanie do zupełnego rozgrzania, nie wywołując jednakowoż potów, i następnie wycierania coraz zimniejsze; przy tej manipulacji szczególniejszą uwagę zwracałem na kończyny. Prócz tego przepisałem kąpiele siedzienne, unikanie wszelkich silniejszych wzruszeń, pobyt na świeżem powietrzu, ruch odpowiedni, jak również użyłem strumienia galwanicznego w sposób następujący. Nasamprzód prócz elektryzowania n. sympatycznego, przepuszczałem strumień wstępujący z 12 elementów przez rdzeń kręgowy, jednakowoż zaprzestałem używać tutaj, albowiem pojawiło się osłabienie ogólne i bóle krzyża. Dla tego też ograniczyłem się na elektryzowaniu n. sympatycznego i punktów bolesnych. Przy galwanizowaniu n. sympatycznego umieszczałem biegun dodatni w dołku nadmostkowym, ujemny w kącie szczęki dolnej, również przenosiłem biegun dodatni na ostatni krąg szyjowy, pozostawiając biegun ujemny w témże samém miejscu. Strumień działał za każdą razą początkowo  $\frac{1}{2}$  minuty, dochodząc do  $\frac{3}{4}$  minut. Na miejsca bolesne na piersi stosowałem w ten sposób, że pokrywszy takowe wilgotnym płatem, działałem przez 5 minut strumieniem elektrycznym przyłożywszy biegun ujemny do okolicy potylicowej, biegunem dodatnim na toż miejsce działałem. Stos składał się z 10 elementów. Posiedzeń takich było 63.

Skutkiem tego leczenia zauważyć można było zmniejszenie cierpienia, do tego stopnia, że napady nie przychodziły tak często, i że takowe pojawiając się nie tak długo trwały, bóle nie dochodziły do tak silnego nateżenia, i chora podczas napadu mogła leżeć spokojnie. Główny jednakowoż rezultat był osiągnięty w tem, że obniżenie się temperatury kończyn nie dosięgało tak wysokiego stopnia w czasie napadu. Podczas leczenia zauważyłem raz jeden, że po rozpoczęciu galwanizowania miejsc bolesnych bez żadnej widocznej przyczyny przyłączył się napad, czego nigdy nie było, ale owszem po każdym użyciu strumienia chora doznawała ulgi. Napad ten miał miejsce wtedy, skoro ochłodzenie kończyn w czasie napadu było bardzo nieznaczne. W samym początku leczenia elektrycznością chora omdlewała czasami, ale w stopniu tak nieznacznym, że nie było powodu wstrzymywać dalszego użycia strumienia; zresztą galwanizowanie miejsc bolesnych uspakajało zawsze chorą, i ból na czas pewien ustępował, a z postępem leczenia skutek ten coraz widoczniejszym okazywał się i na dłużej utrzymywał. Dodać należy, że w czasie regularności napady były silniejsze i częstsze. Zdaje mi się nieulegać wątpliwości, żeśmy mieli tu do czynienia z naczynio-odruchowem nerwowem biciem serca (*angina pectoris vasomotoria*) spoczywającym na tle histerycznem; współudział nerwu sympatycznego był widoczny, lewa źrenica rozszerzona; i podczas gdy objawy rozdrażnienia, jako też bóle w okolicy przedniej piersi były ciągłe z przebie-

giem chronicznym, to objawy w naczyniach obwodowych, ich skurcze występowały jakoby ostro i zawsze jednocześnie z napadem. Jakaż rolę tu odgrywa n. sympatyczny, czy i jaki ma wpływ na zmiany w naczyniach, lub też je wywoływał, zostawiam to do dalszego rozbioru, a teraz zajmuję się tylko danymi znalezionemi.

Nie ulega wątpliwości, że rozdrażnienie psychiczne za każdą razą wywoływało atak, a więc obierało sobie za punkt wyjścia organa centralne, o ile więc też objawy naczynioruchowe działały na nerwicę serca, to zwróć uwagę na zdania Landois, Nothnagela, Eulenburger'a i Guttman'a. Zdaje mi się zawsze, że gdzie przy braku wszelkich zmian organicznych serca, wszelkie objawy kłaść trzeba na karb nerwicy, zgodzić się trzeba ze zdaniem wyż wymienionych autorów, że objawy te mogą być wywołane skurczem naczyń w organach odległych od serca. Żałuję mocno, że w danym wypadku nie można było dokonać dokładnych wymiarów temperatury, może być że przy podrażnieniu n. sympatycznego po lewej stronie i w temperaturze była różnica po jednej połowie ciała, jak to i zauważyłem, że oziębienie jednej kończyny zwykle pierwiej występowało niż drugiej. Jakkolwiek skutek leczenia nie był zupełny, w każdym razie do tego stopnia zawałniający, iż dalsze obserwacje mogą doprowadzić do pożądanego celu.

## O użyciu terapeutycznym Amylnitritu (*aether amylo-nitrosus*),

Przez Dra Fackel.

Wiadomości o zastosowaniu Amylnitritu w ostatnich czasach coraz częściej się pojawiają, jakkolwiek zakres chorób, w którym takowy był używany z pomyślnym skutkiem, pozostaje bardzo ograniczony.

Od pół roku obserwowałem wpływ amylnitritu w różnych cierpieniach. Otrzymałem pomyślne rezultaty przy migrenie, działanie jego przy melancholii jest wątpliwem. W 13 obserwowanych przezemnie wypadkach bólu nowego żołądka otrzymałem bardzo świetne rezultaty, gdyż w kilka sekund po wetchnięciu bóle najgwałtowniejsze ustępowały, jakby laską czarodziejską odjęte, dla tego też środek ten przekładamy nad wstrzykiwania podskórne morfiny, gdyż nie pozostawia po sobie właściwych morfinie nieprzyjemnych następstw. Wprawdzie zdarzało mi się obserwować, że w pół godziny potem znowu bóle się pojawiały, nie były one jednakże tak silne i po wetchnięciu środka tegoż prędko ustępowały. W wypadkach, gdzie można było podejrzewać wrzód dziurawicy żołądka, środek ten nie okazywał się skutecznym. Pomyślne skutki użycia amylnitritu w nerwowym bólu żołądka, zwłaszcza jeśliby obserwacje w innych tego rodzaju cierpieniach to poparły utwierdzą zdanie Romberg'a pochodzenie tegoż cierpienia od newralgii splotu śródbrzusznego, a nie jak dotychczas utrzymywano, że kurcze żołądka zależą od nienormalnego rozdrażnienia rozgałęzień n. błędnego w żołądku.



W dalszych obserwacjach amylnitrit oddawał mi pomyślne wyniki przy newralgiach zdarzających się w czasie regularności.

Zebrałem następujące wypadki:

1. R. kobieta, lat 25 mająca, w 17 roku życia miała przechodzić zapalenie otrzewnej, i od tego czasu pozostała bolesność w okolicy prawego jajnika. Od tamtej pory podczas każdej regularności, prócz rozwolnienia połączonego z napieraniem pojawiały się w tejże okolicy silne bóle, które dopiero drugiego dnia ustępowały, skoro nastąpił obfity odpływ miesięczny. Prócz tego nadmierne czułość zewnętrznych rodnych organów jak również pochwy, która trwała kilka dni po wstrzymaniu się odpływu. Badanie pochwy i macicy dało ujemne rezultaty. Jakkolwiek ze wszystkich środków najlepiej działały podskórne wstrzykiwania morfiny, mimo to bóle zupełnie nie ustępowały. Wetchnięcie trzech kropeł amylnitritu usunęło boleści, i przy następnej regularności nie wystąpiły już z taką siłą.

2. M. cierpi na przodozgięcie macicy w małym stopniu; część nadpochwowa macicy nieco obrzękła i bardzo wrażliwa. Na cztery dni przed pojawieniem się regularności występowały silne bóle brzucha. Prócz tego napady kurczu żołądka. Amylnitrit parę razy użyty, usunął bóle kompletnie.

3. L. panna lat 24, organa rodne której nie mogły być zbadane, doznawała z rozpoczęciem się odpływu miesięcznego, który był zawsze regularny i w odpowiedniej ilości, bólów rozprzestrzeniających się od krzyża ku przodowi. Kilkakrotne zastosowanie amylnitritu w ilości trzech kropeł usunęło bóle prawie zupełnie.

4. A. kobieta lat 27 mająca, cierpiąca przodozgięcie macicy, doznawała silnych bólów w podbrzuszu podczas rozpoczęcia się regularności, które wnikały głęboko do małej miednicy. Amylnitrit, kilka razy użyty, sprowadził znaczne polepszenie.

5. S. kobieta 27-letnia, u której są objawy chronicznego zatrucia ołowiem, a żadnych zmian patologicznych w organach rodnych, doznaje na 2 dni przed pojawieniem się odpływu miesięcznego silnego bólu w podbrzuszu. Po pierwszym zastosowaniu wdęchań amylnitritu nastąpił pomyślny rezultat.

6. R. kobieta 26-letnia cierpi nieżyt przewlekły macicy. Chora oczekiwała zawsze z wielką niespokojnością pojawienia się odpływów miesięcznych z powodu towarzyszących im silnych bólów w podbrzuszu. Zaraz po pierwszym wetchnięciu 2 kropeł amylnitritu nastąpiło polepszenie; rezultat tenże otrzymywano przy każdym pojawieniu się regularności.

Ilość przez mnie obserwowanych wypadków w których używałem amylnitritu jest nie wielka, ale w każdym razie wyniki takowych zachęcać winny do dalszych spostrzeżeń.

Obserwacja Nr 5 wykazuje skuteczność amylnitritu w zatruciu ołowiem, dla tego spostrzeżenie to zasługuje na dalsze w tym względzie próby. Sam drugi raz sprawdzić nie miałem sposobności.

Nakoniec można przypuścić, że środek ten może mieć wpływ i na bóle porodowe, a zasługuje na przeprowadzenie obserwacji w tym kierunku, bacząc na to, że użycie jego nie grozi niebezpieczeństwem.

Zestawiwszy powyżej opisane wypadki, wykazujące działanie uśmierzające amylnitritu, przytoczę jeszcze wypadek tężca, jaki miałem sposobność spostrzegać:

J. W. wyrobnik, lat 53 mający, cierpiał od roku 1865 ciągle rozwolnienie. W r. 1865 wytworzyła się trachoma skutkiem której pracować nie mógł. W 1866 r. na wiosnę kiedy jeszcze istniała trachoma, dostał napadów tężca bez widocznej przyczyny. Napady te rozpoczynały się lekkim trętwieniem w udach, poczem występowały kureze mięśni brzucha, przepony, mięśni twarzy i mięśni zginających ramię. W kilka dni kureze kończyn dolnych znikaly, a zaczynały się zwykle z mięśni brzucha, postępując ku górze, wedle wyżej opisanego porządku. Napady trwały od kilku minut do 2 godzin; dziennie bywało 12 takich napadów. Mięśnie znajdowały się w czasie napadu nie w ciągłym skurczu (*sp. tonic.*), ale występowały od czasu do czasu zwolnienia, po których znowu zjawiało się silne kurczowe napięcie mięśni. W czasie ataku chory jęczał. Na silny ból nie uskarżał się. W ciągu dwóch lat leczył się bezskutecznie. W r. 1868 objawy tejże choroby znikły. Później kiedy niekiedy chory doznawał napadów, ale tylko jednorazowo. Od roku 1871 nie miał ani jednego napadu. W pierwszych miesiącach 1874 r. wskutek wzburzenia wywołanego gniewem i kłótnią, wystąpiły napady tężca podobne do poprzednich i w tym samym kierunku zjawiające się. Przed południem bywały one silne, trwały co najmniej od 10 — 15 minut; wieczorem około 6 godziny był jeden jeszcze silniejszy napad, poczem noc była zupełnie spokojna. Po wystąpieniu napadu zadałem do wetchnienia 2 krople amylnitritu poczem atak zwolnił się, i na pewien czas zupełnie ustąpił. Polecilem prócz tego wdechanie 3 razy dziennie po 2 kropel; następnych dni już nie było żadnego napadu. Nacisk mocny na pnie nerwowe i naczyniowe nie zdołał potem wywołać uczucia, podobnego do poprzednich napadów.

Przytaczając powyższy wypadek nie chcę żadnych stanowczych z niego wyciągać wniosków, bacząc na jedyną obserwację; sądzę jednakowoż, że dalsze spostrzeżenia powinny kwestyę tę wyjaśnić i dać obszerniejszy pogląd na działanie amylnitritu.

---

**Jednostronne zapalenie migdałka (*Amygdalitis unilateralis inflammatoria*) niespecyficznego pochodzenia, obumarcie. Jednostronne porażenie podniebienia miękkiego i gardzieli, obrzęk głośni, obustronne porażenie podniebienia miękkiego, gardzieli i krtani, śmierć.**

Opisał Dr Perkowski (z Beaumont nad Sartą).

Dnia 16 września 1872 r. przybyła do mnie dla zasięgnięcia porady pani C. lat 33 mająca, żona rolnika, zamieszkałego w małej wiosce gminy Luce, dosyć znacznie od mego zamieszkania oddalonej.



Chora, pomimo słabej budowy ciała i nerwowego temperamentu, cieszyła się dosyć dobrem zdrowiem. Prócz rzadko się zdarzających bólów żołądka, wywoływanych prostym wiejskim pożywieniem, żadnych chorób nie przechodziła. Przed jedenastu dniami skutkiem przeziębienia dostała silnego bólu gardła; z początku nie było gorączki, tylko ogólne osłabienie. Na trzeci dzień wystąpiła dosyć znaczna gorączka i silny ból, który chora czuwała poniżej i ku tyłowi kąta żuchwy z lewej strony, cierpienia wzmagaly się jednocześnie z nateżeniem gorączki. Siódmego dnia choroby chora stała się bardzo niespokojną, dręczona ciągłą bezsennością, trudnością połykania i pragnieniem, którego nie mogła uśmierzyć. Następnego dnia, powiada chora, po silnym ataku kaszlu, połączonego z nadzwyczajną niespokojnością wyrzuciła trochę plwociny czerwouawej, posokowatej, bardzo nieprzyjemnego smaku i odrażliwej woni. Ból i gorączka ustąpiły; jednakże dni następnych, głos już dosyć zmieniony w dźwięczności, stał się bardziej nosowym; połykanie, chociaż mniej bolesne, pozostało jednak utrudnionem i jeżeli chora nie przechyliła głowy w stronę przeciwną stronie chorej, w takim razie płyn połknięty dostawał się do nozdrzy i do krtani.

Gdy siły nie wracały, a smrodliwość oddechu coraz bardziej się powiększała, postanowiła pani C. do mnie przyjechać dla porady.

Uderzony zostałem jej przerażającym wyglądem. Tętno małe, miękkie, uderza 84 razy na minutę; głos przedstawia charakterystyczny oddźwięk nosowy; krtani niebolesna przy nacisku, gruczoły podszczękowe i szyjowe nie były obrzmiałe. Ku dołowi i z tyłu kąta żuchwy z lewej strony wyczułem nadzwyczaj bolesną przy dotknięciu nabrzmiałość, która nie była niczem innym, jak tylko obrzmiałym migdałkiem. — Oddech swą wonią cuchnącą przypominał raka macicy znacznie rozwiniętego. Przycisnąwszy ku dołowi język mocno obłożony szarą powłoką, zobaczyłem połowę lewą przesmyku paszczy prawie w zupełności zatkana przez olbrzymi migdałek. Ten ostatni był pokryty w  $\frac{5}{6}$  częściach dolnych błoną ciemno-szarą, gdzie nigdzie zupełnie czarną, na około której wznosił się prostopadle wystający brzeg ząbkowany koloru żółtawego. Chcąc odjąć tę błonę słabo przylegającą i jak sądziłem, powierzchowną, wprowadziłem kleszczyki i wyciągnąłem bez żadnego wysiłku ani szarpania duży kawał migdałka zmartwiałego w  $\frac{5}{6}$  częściach dolnych. Na miejscu odjętego strupa pozostało owrzodzenie głębokie, krwawiące, wzgórkowate, otoczone przez resztę organu nabrzmiącego, czerwonego i lekko wystającego ponad łuki podniebienne. Połowa przesmyku paszczy niezatkana pozwoliła mi zbadać dokładnie gardziel. Cała jej połowa prawa cokolwiek przekrwiona, migdałek mały, schowany między łukami podniebienia, nie przedstawia żadnej zmiany widocznej. Tymczasem na stronie cierpiącej znalazłem oba łuki i części sąsiadujące z podniebieniem miękkim i twardem, obrzękłe, ciemno-czerwono zabarwione. Przy silnem naciśnięciu języka ku dołowi, cała ta część podniebienia miękkiego pozostaje zwieszoną, nieczułą, gdy przeciwnie połowa podniebienia nie dotknięta zaburzeniami czynnościowymi, odbywa częste ruchy wahadłowe. Przy podrażnieniu, podniebienie miękkie, podobnie jak i łu-

ki, nie wykonywają tych odruchów, któremi w stanie normalnym nadzwyczaj wielka czułość tych okolic odpowiada na podrażnienie.

Obrzęk nie oszczędził i języka, przechylonego na stronę prawą. Bezpośrednie podrażnienie języka z prawej strony powiększa jego odchylenie, przy czem takowy usuwa się w tył i ku górze, razem z nieporażoną połową podniebienia miękkiego. Lechtanie strony lewej nie wywiera podobnego skutku i pierwotne zgięcie języczka pozostaje w tym samym stopniu.

Chora może dosyć łatwo połykać świeżą wodę, która już niepowraca przez nozdrza. Zauważyłem jednak fakt godzien uwagi, mianowicie, przy każdym połknięciu pani C. przechyla głowę na prawo. Chciałem się przekonać, czy ten ruch jest w związku z czułością błony śluzowej i ze skurczem mięśnia gardzielo-podniebiennego, który działając sam jeden (ponieważ mięsień strony przeciwnej jest porażony), tworzy z odpowiednią połową podniebienia miękkiego połowę przegrody, oddzielającej górną część jamy gardzieli, czyli nosową, od części dolnej czyli przełykowej; tym sposobem nie dopuszcza przejścia płynu przez tylne otwory nosowe. W tym celu poleciłem chorą połykać przy prostym nieruchomym położeniu głowy. Atak kaszlu, a co najważniejsza, odpłynięcie pewnej ilości wody przez nozdrza, w zupełności stwierdziły moje przypuszczenia. Przy płokaniu gardła chora przechyla głowę w tył i na prawo, twarz skierowuje w tę samą stronę i wykonywa słabe ruchy ze strony lewej na prawą—w przeciwnym bowiem razie jest zmuszona wypłuć płyn skutkiem napadu kaszlu. Nie może ani zagasić zapalanej świecy (przyczem płomień się tylko zgina cokolwiek) ani też ssać ustami; jednakże lekko wydyma policzki. Mocz nie zawiera białka, ani żadnych innych zmian nie przedstawia.

Wypędzłowawszy owrzodzony migdałek kwasem solnym, przepisałem chorą dyetę wzmacniającą (napój z wyciągu chinu, kawa z arakiem, galareta z mięsa, *gargarisma aluminatum*). Nie mogłem jednak podzielać zadowolenia chorej, która czuła znaczną ulgę, a nawet się uważała za zupełnie wyleczoną—obawiałem się bowiem krwotoku, który skutkiem przejścia zgorzeli na tętnicę szyjową wewnętrzną łatwo mógł nastąpić. Nie ukrywałem więc przed mężem chorej możliwych niepomyślnych następstw i nalegałem, aby mi często donosił o zdrowiu swej żony i natychmiast wezwał, skoro tylko się zdarzy jaki wypadek. Jednak mnie nie usłuchano.

W pięć dni przychodzi do mnie p. C. z oznajmieniem, że dnia poprzedniego żona znowu dostała bólu gardła i utrudnienia oddechu, które się stopniowo wzmogło do tego stopnia, że obecnie wystąpiły objawy zaduszenia.

Zastałem chorą podczas napadu duszności, czemu towarzyszyło syczenie krtańowe podczas wdechania, gdy tymczasem wydechanie było prawidłowe, twarz blada miała taki wygląd jak u ludzi podległych asphyxii—bezgłos; chora wymawia z wielką trudnością kilka zaledwie zrozumiałych wyrazów. Krtań bardzo czuła na ucisk. Znalazłem błonę śluzową gardzieli obrzękłą i silnie zaczerwienioną i siność naokoło zmartwiałego migdałka. Z objaśnień, jakich mi udzielono, dowiedziałem się, że pani C. w przeddzień wypłuła kilka ma-



łych strupów; w każdym razie zdaje mi się, że zgorzel nie zrobiła znacznych postępów. Owrzodzenie przedstawia takąż samą postać: jest głębokie, nierówne, pokryte błoną czarniawą bardzo powierzchowną, łatwo dającą się zdejmować. Wprowadziwszy palec ponad otwór krtani, wyczułem nabrzmienie obrzkowe nagłośni i więzów nalewko-nagłośniowych. Nie było żadnej wątpliwości w rozpoznaniu.

Nie zwlekając ani chwili wyjmuję nóż i wprowadziwszy go po wskazicielu ręki lewej, robie kilka nacięć na nagłośni i więzach nalewko-nagłośniowych. Chora przyszedłszy do siebie z tej strasznej trwogi, jaka towarzyszy takiej operacyi, wypłula kilka kropel krwi, zmieszanej ze znaczną ilością śluzu. Duszność i syczenie krtaniowe ustało natychmiast, jakby za dotknięciem laski czarodziejskiej. Mocz ciągle normalny. Pozostawiłem tenże sam przepis, płukanie alunowe i wezykatoryę na kark. Odchodząc, ponowiłem moje przestrogi, których tak jak i poprzednio nieusłuchano; rzeczywiście w 7 dni (28 września) przysyłają mi następną wiadomość: „wszystko było dobrze aż do wczorajszego rana, od której to chwili chora nie może połykać, ponieważ wszystko wraca nosem, wśród napadów kaszlu i strasznej duszności.“

Znajduję chorą bardzo osłabioną, kończyny zimne. Tętno małe, prawie niewyczuwalne, uderza zaledwie 70 razy na minutę. Krtani bardzo czuła na ucisk; zupełny bezgłos. Oddech wcale nie jest utrudniony. Puchlina gardła znikła, zaledwie zauważyć można słabą czerwonosć około owrzodzenia migdałka, które się już pokryło ziarniną i dąży do zabliznienia; nakoniec zupełna beczulność i porażenie podniebienia. Przy wprowadzeniu palca głęboko w gardło, gardziel się nie kurczy; krtani jest nieco podniesiona do góry przez mięśnie zewnętrzne. Trudność połykania jest tak znaczna, że chora lęka się jak kary, nawet połknięcia śliny. Osoby otaczające chorą mówią, że nie przyjmuje żadnego posiłku. Zatkawszy jej nos, dałem kilka łyżeczek kawy i napoju wzmacniającego, który z wielką trudnością przełknęła. Poleciłem osobie dozorującej, aby po mojem wyjściu postępowała w podobny sposób.

Dnia 1 października pani C. czując się już bardzo słabą, prosiła gościami swego męża, aby mnie do niej zawezwał. Uderzyła mnie zaraz na wstępie jej twarz wychudzona, powieki i okolice licowe miały odcień fioletowy, reszta skóry twarzy była przerażająco żółta. Kończyny sine i zimne, częstość tętna spadła do 48 uderzeń na minutę, język biały. Oddecha ustami ciągle otwartemi, aby dać swobodny odpływ ślinie i śluzowi, który wyjmuje palcami głęboko wsuniętymi w gardło. Pomimo duszności na którą się skarży, akt oddychania słabo wykonywa. Przyłożywszy rękę do piersi, wyczuwałem zaledwie słabe ruchy klatki piersiowej. Chora ani na chwilę nie może zatrzymać powietrza w piersiach. Zupełny bezgłos i dysphagia. Kończyny górne i dolne odbywają ruchy prawidłowe. Dwuwzrocności, zezowości, ani też rozszerzenia źrenic nie ma. Przepisałem jej lewatywy karmiące.

Pomimo zupełnego osłabienia sił, śmierć nastąpiła dopiero po czterech dniach wśród syncopy; strona intelektualna pozostała niezakłócona aż do ostatniej chwili.

Doszedłszy do końca tej obserwacji, czuję się w obowiązku jeszcze raz rzucić okiem na cały przebieg choroby dla zebrania w jeden szereg najwybitniejszych punktów, mających dość wielką wagę ze względu na ich znaczenie patologiczne:

- 1) Zejście w obumarcie jednostronnego zapalenia migdałka niespecyficznego pochodzenia.
- 2) Dążność do ograniczenia się tego rodzaju zgorzeli, w przeciwstawieniu do tych jej rodzajów, które mają źródło w głębokim zakłóceniu organizmu przez przyczynę specyficzną.
- 3) Prędkie pojawienie się jednostronnego porażenia podniebienia miękkiego i gardzieli.
- 4) Rozszerzenie się tego zaburzenia funkcjonalnego na całość tych organów i na krtani po uprzednim rozszerzeniu się obrzęku.
- 5) Ścisły związek tych porażen z miejscem, jakie poprzednio zajmował obrzęk.
- 6) Nakoniec ostateczny upadek sił i śmierć wśród syncope.

## K R O N I K A   Z A G R A N I C Z N A.

### O patologicznych utratach białka przez organizm.

Przez Prof. Dra F. W. Beneke'go.

Podał Dr W. Kosmowski.

(Dokończenie).

Białkomocz przechodni może nawet występować tylko w niektórych godzinach codziennie i wśród okoliczności, dających się ściśle oznaczyć. Pod tym względem F i s c h e r (z Wrocławia) i J ü r g e n s e n (z Kielu) podali dwa bardzo interesujące przykłady na zebraniu badaczy natury w Rostocku. Jeden tyczył się kobiety ciężarnej w trzecim miesiącu, która codziennie około 10—12 godziny rano oddawała niewielką ilość moczu, mocno białkowego i mającego 1012—1015 c. g. Kobieta ta była zbudowaną prawidłowo, i prof. F i s c h e r przyczynę białkomoczu widział w podrażnieniu odruchowem naczyń nerkowych skutkiem podrażnienia macicy. Kobieta ta codziennie na krótki czas przed wystąpieniem białkomoczu opuszczała łóżko. Drugi wypadek tyczył się chłopca 15-letniego, który na klinice prof. B a r t e l s'a przebywał zapalenie opon mózgowych rozlane. U niego występował białkomocz stale skutkiem przemiany położenia ciała. Przy przechadzaniu się pojawiało się tętno częstsze, szmer systoliczny (w prawej komórce) i białkomocz, przy leżeniu zaś objawów tych całkiem nie było. Białkomocz i szmer systoliczny w prawem sercu zależały od ucisku takowego przez kolumnę kręgową, którą chłopiec skutkiem porażenia mięśni, musiał przy chodzeniu skrzywiać, jak w lordozie.

Oдноśnie t e r a p i i b i a ł k o m o c z u, niezmiernego jest znaczenia, nie porzestawać na prostem skonstatowaniu obecności białka w moczu, lecz jasno się przekonać o przyczynach białkomoczu. Powinniśmy przedewszystkiem zbadać własność ścian naczyńiowych w nerkach, i z drugiej strony ciśnienie, pod jakim krew znajduje się w naczyniach. Ściana naczyniowa znajduje się albo w stanie kruchości i większej przepuszczalności, jak to według K ü s s'a ma miejsce w naczyniach w ogniskach zapalnych, albo też znajduje się w stanie tak zwanym przerodzenia mączkowego. W narządziach mięszsowych podobny przesiek białka przy zapaleniu następuje tak samo, jak przy zapaleniu nerek. Lecz w pierwszym razie białko nie odkłada się na zewnątrz, pozostaje jako wysiek mięszsowy, i proces wysiękowy musi w końcu sam przez się skutkiem własnego ucisku miejscowego natrafić na przeszkodę do dalszego wytwarzania się. Przeciwnie w nerkach surowica, zawierająca białko, nie znajduje żadnej prze-



szkody do wydzielania się, i dopóki kanaliki moczowe nie zostaną w zupełności zatka-  
ne przez nabłonki, masy włóknikowe i t. d., dopóty trwa wysiękanie, czyli białko-  
mocz w mniejszym lub większym stopniu. Jasną jest rzeczą, że w wypadkach tych terapia  
musi być skierowaną z całą siłą przeciw procesowi zapalnemu i staramy się wówczas  
stosować odpowiednie upusty krwi, bańki cięte, kalomel (który jednakże według *O w e -*  
*n a R e e s a* przy białkomoczu łatwo sprowadza ślinopłyn), odciąganie na przewód  
pokarmowy i skórę, w innych razach chininę, tanninę i t. d. Przy przeistoczeniu  
mączkowatém zachodzi prawdopodobnie to samo, co przy kruchości i przenikliwości  
ściany naczyniowej. Przerodzenie to samo bywa przyczyną białkomoczu, jeżeli zajmuje  
kłębki naczyniowe (*glomeruli*) lub oboczne naczynia nerkowe (*arteriolae*). Zawsze musimy  
pamiętać przytém o stosunkach patologicznych ciśnienia w zdrowych jeszcze częściach na-  
czyń. Lecz terapia jest tutaj bezsilną, przynajmniej o ile nasze wiadomości na to pozwalają;  
nie jesteśmy w stanie nie działać przeciw przerodzeniu mączkowatemu naczyń i musimy o-  
graniczyć się na paliatywném postępowaniu. Inna rzecz ma się w białkomoczach, wy-  
wołanych przez patologiczne podwyższenie ciśnienia krwi w naczyniach. Tutaj opór  
ściany naczyniowej zostaje przewyciężony przez powiększone ciśnienie boczne krwi,  
i jako skutek występuje przesiekanie surowicy przez kanaliki moczowe, jako też pato-  
logiczne zmiany tkankowe, które charakteryzują tak zwane zapalenie nerek śródmiąższo-  
we. W tych wypadkach terapia przedewszystkiem zasadza się na zmniejszeniu ciśnienia  
krwi w nerkach, przez lekkie środki drastyczne (*Gummi gutti*, *Ol. ricin.* i t. d.), przez  
odciąganie na skórę za pomocą ciepłych kąpiel, jako też przez współczesne leczenie  
cierpienia pierwotnego, najczęściej cierpienia serca i płuc. Szkoda tylko, że tak rzadko  
to ostatnie leczenie może być uwieńczone pomyślnym skutkiem.

Co się tyczy białkomoczu, powstającego skutkiem *Hyperalbuminozy* lub *Hypal-*  
*buminozy*, racjonalne uregulowanie diety zajmuje pierwsze miejsce w terapii i miano-  
wicie w pierwszym razie, obok użycia soli, prędko prowadzi do skutku. Przytém mu-  
simy wspomnieć, czy podobna *Hyperalbuminoza* nie ma miejsca w razie białkomoczu,  
jaki spostrzegamy w okresach początkowych ostrego reumatyzmu. Nie możemy zamil-  
czeć, że widzieliśmy bardzo prędko znikający tego rodzaju białkomocz po upuszcie krwi  
ogólnym.

**W y k r y c i e b i a ł k a w m o c z u** jest bardzo łatwe i proste, ponieważ  
zaś często w praktyce zdarzać się może, przeto nie bez korzyści będzie podać tutaj  
niektóre pod tym względem uwagi. Pierwszą rzeczą przy każdym badaniu moczu jest  
wykrycie jego oddziaływania czyli reakcyi<sup>1)</sup>. Dla pewności pożyteczną jest rzeczą zba-  
dać obecność białka na dwojakięj drodze, a mianowicie przez ogrzanie moczu lub przez  
dodanie kwasu saletrzanego<sup>2)</sup>. Jeśli mocz jest wyraźnie kwaśny, wówczas możemy go  
zaraz **o g r z e w a ć**; tworzy się przytém zmętnienie lub też opadają kłaczkki, które po  
dodaniu kropli kwasu saletrzanego lub solnego nie rozpuszczają się. Możemy mieć  
wówczas pewność o obecności białka w moczu. Jeżeli ogrzewamy mocz bardzo słabo  
kwaśny, lub obojętny, albo też z oddziaływaniem alkaliczném, wówczas będą się osa-  
dzać fosforany ziemne (fosforan wapna i fosforan magnezyi), i mocz będzie także męt-  
nieć, co niedoświadczeni mogą brać za osadzenie się białka. Konieczną zatem jest rze-  
czą, przed ogrzewaniem moczu, **s ł a b o** go zakwasić kwasem octowym lub saletrzanym,  
a po utworzeniu się mętów, jeszcze raz dodać kwasu, celem przekonania się, czy po-  
wstający osad jest w kwasie nierozpuszczalny, czy więc jest rzeczywiście białkiem. Je-  
żeli wybieramy do tego celu kwas octowy, wówczas unikać winniśmy użycia go w nad-  
miarze, gdyż w takim razie białko się rozpuszcza. Przy **p r ó b i e z k w a s e m**  
**s a l e t r z a n y m** możemy wprost mocz nim traktować, lub też według metody  
*H e l l e r a* wlać do kieliszka od wina szampańskiego kwasu saletrzanego na wy-  
sokości  $\frac{1}{2}$  cala i następnie ostrożnie do niego dodawać mocz badany. Przy wystę-  
powaniu zmętnienia i osadzeniu się kłaczków, mamy wszelkie prawdopodobieństwo  
istnienia białka. Lecz przy badaniu moczu, bardzo bogatego w kwas moczowy lub mo-  
czany, może tu nastąpić się inne źródło błędu. Jeżeli jest bardzo wielka ilość kwa-

1) Mocz, zawierający białko, jest zwykle lekko kwaśny, nieco opalizujący, zapa-  
chu serwatezanego, mocno pienisty, cięż. gat. niskiego. Kolor bywa rozmaity, co za-  
leży od przymieszek krwi lub barwików żółci.

2) *G o l d i n g B i r d* radzi dodawać mieszaninę 1 cz. Acid. nitric. i 3 cz.  
Acid. hydrochloric. (*Urinary deposits*. 1846. str. 261).

su moczowego, wówczas oddziela się on w kształcie białej masy drobinkowej, i mocz może w takim razie mętnieć zupełnie w podobny sposób, jak przy osadzaniu się białka. W takim wypadku rozstrzyga najlepiej następne zagotowanie moczu, przyczem kwas moczowy się rozpuszcza, jeśli tylko nie znajduje się w zbyt wielkiej ilości; następnie upewniamy się za pomocą próby kontrolującej przez ogrzewaniu moczu, przy dodaniu do niego tylko takiej ilości kwasu, jaka zaledwie wystarcza do jego zakwaszenia; nakoniec, badanie mikroskopowe osadu może usunąć wszelką wątpliwość. Trzecią, bardzo dogodną w praktyce metodą, jest tak zwana próba alkoholowa. Silny wyskok wywołuje zupełne osadzenie się białka z roztworu. Lecz i zwykły wyskok, w handlu się znajdujący, wystarcza do wykrycia białka w moczu. Jeżeli przy dodaniu do moczu równej ilości takiego wyskoku powstaje zmętnienie, wówczas możemy z wielką pewnością wnosić o obecności białka. Ten stosunek białka do alkoholu użytym został w ostatnich czasach do ilościowego oznaczenia białka, i Liborius mówi, że ta metoda oznaczania „daje zawsze najściślejsze rezultaty.“ Co się tyczy ilościowego oznaczenia białka, nie będziemy tutaj podawać metod, do tego służących i odeszliśmy czytelnika do dziełka Neubauera pod tyt: „Analyse des Harns,“ jako też do świeżej pracy Liborius'a pod tyt: „Beiträge zur quantitativen Eiweißbestimmung“ w „Deutschen Archiv für klinische Medizin,“ T. X. str. 319.

Oprócz istotnego białka surowicy krwi występują w moczu niekiedy jego modyfikacje, znajomość których także jest potrzebną dla lekarza praktycznego. Oznaczają modyfikacje te rozmaitemi nazwami: jako paralbumin, Albuminoza, Pepton (Parkes), Paraglobulina (Lehmann) i t. d. O chemicznej ich różnicy od istotnego białka nie wiadomo nic pewnego. Dotychczas znamy je tylko z pewnych reakcyj i o ile wnosić możemy z prawdopodobieństwem, odpowiadają one w części lub może są identyczne z peptonami przewodu trawienia.

Nie ulega wątpliwości częste pojawianie się substancji fibrynoplastycznej, paraglobuliny Kühn'e'go i Lehmann'a. Takowa osadza się w delikatnych klaczkach z moczu kwaśnego przy bardzo silnem rozcieńczeniu go wodą przekroploną, z moczu zaś niekwaśnego po zakwaszeniu go i silnem rozcieńczeniu.

Co się tyczy innych modyfikacyj substancji białkowatych w moczu, nie możemy podać o nich nic pewnego. Znaleziono modyfikację tego rodzaju, która osadzała się nie przy prostem dodaniu kwasu saletrzanego, lecz dopiero po dodaniu tego kwasu i jednoczesnem jego ogrzewaniu (Parkes); inna modyfikacja osadzała się przez kwas saletrzanym, nie strącała się zaś przez gotowanie (Prot, Bencke); trzecią modyfikację spostrzegł Bence Jones w wypadku *Mollities ossium*. W wypadku tym nie tworzył się osad w moczu ani przez dodanie kwasu saletrzanego, ani przez gotowanie, ani przez obydwie działania razem uskutecznione. Jeżeli jednak, po zagotowaniu lub po dodaniu kwasu saletrzanego, mocz został oziębiący, wówczas tworzył się w nim osad, który znowu rozpuszczał się w ciepłe. Substancja ta wydzielala się w wielkiej ilości 66,97 gm. na 1000 gm. moczu, zawierała 1,03 p. c. siarki i 0,19 p. c. fosforu i posiadała wzór  $C_{48}H_{38}N_6O_{18}$ . Wspomniany pacjent oprócz rozmięczenia kości, cierpiał na chorobę nerek i wydzielal cylindry włóknikowe. Jednego dnia nastąpiło u niego osadzanie moczu tak przez gotowanie, jak i przez dodanie kwasu saletrzanego. Nakoniec, czwartą podobną modyfikację opisuje Gerhardt. Była ona spostrzegana u wielu chorych w ten sposób, że nie tworzyła osadu ani przez dodanie kwasu saletrzanego, ani przez gotowanie moczu, lecz powstawała przy dodaniu alkoholu. Osad okazywał rozmaite reakcje białka i Gerhardt sądzi, że chorzy, którzy stale, lub często ulegają podwyższeniu ciepłoty do 40°, wydzielają z moczem białko, jeżeli nie w zwykłej, to przynajmniej w tej postaci.

Szereg możliwości, za pomocą jakich starano się wytlómaczyć rozmaite te objawy i reakcje, jest tak wielki, że nie możemy ich tutaj przytaczać. Ograniczamy się tylko na gołem przytoczeniu faktów, tlómaczenie ich bliższe zostawiając przyszłości. Fakty te jednakże dowodzą, iż rozbiór moczu winien być robiony z wielką uwagą i doświadczeniem, jeżeli ma doprowadzić do pewnych rezultatów. Samo się przez się rozumie, że obok prób chemicznych, nie powinniśmy zapomnieć o badaniu mikroskopowem.

Tyle o białkomoczu.

Za daleko doprowadziłaby nas chęć bliższego rozpatrywania tutaj w podobny sposób rozmaitych przyczyn patologicznych utrat białka na innych drogach. Dość powiedzieć, że wszędzie w tych wypadkach winniśmy myśleć o ciśnieniu, pod jakim krew się znajduje, o własności naczyń krwionośnych, ich inercji i ich patologicznym roz-



woju, o bodźcach działających na naczynia od zewnątrz lub wewnątrz (w formie lekarstw lub ciał obcych), o zmianach, jakie wpływają na rozdział i własności krwi, jako też na inercję naczyń, nakoniec o własności samej krwi. Stosownie do każdego pojedynczego wypadku terapia różnić się musi. I tylko taka teoria może być prawdziwie skuteczną, która osiąga przedewszystkiem momentów etiologicznych i takowe zwalcza odpowiednimi środkami.

### **Błonicowe zapalenie płuc i zapalenie błon mózgowo-pacierzowych (*meningitis cerebrospinalis*) u dzieci w pierwszym roku ich życia**

Przez Dra A. Maurera (Deutsches Archiv f. Klin. Med. tom 14, zeszyt I. 1874).

Podał w streszczeniu Dr St. Jerzykowski.

Immermann i Heller zestawiając obszerną literaturę błonicowego zapalenia płuc w połączeniu z ropnym zapaleniem błon mózgowych utrzymują, że z objawów występujących przy tem cierpieniu za życia, w większej części wypadków nie można było stawić rozpoznania na zapalenie błon mózgowych, i że objawy mózgowe można było rozmaicie sobie tłómaczyć. Na takie zapatrywanie się pod względem rozpoznania zgadza się autor tylko o tyle, o ile ono dotyczy osób dorosłych albo dzieci z zamkniętą już czaszką; uważa je zaś za nieprawidłowe u dzieci, mających jeszcze otwarte wielkie ciemię. Na dowód, jak trudnem jest rozpoznanie u dorosłych, przytacza autor dwa wypadki z własnego doświadczenia. W jednym z nich, w którym zapaleniu błonicowemu uległa część dolnego zraza lewego, było bardzo prawdopodobnem, że chodziło o powikłanie z zapaleniem błon mózgowych, chociaż dowieść tego było niepodobna; nie przyjmując jednakże zapalenia błon mózgowych nie można było sobie wytłómaczyć wcale ciężkich objawów mózgowych. W drugim zaś wypadku, który za życia wskazywał znamiona zapalenia błon mózgowych i w którym autor skłonił się nawet do przyjęcia powikłania z zapaleniem błon mózgowo-pacierzowych (*meningitis cerebrospinalis*), przy oględzinach pośmiertnych przekonał się, że jego rozpoznanie było mylnem.

Inaczej ma się rzecz z rozpoznaniem tego cierpienia u dzieci, mających jeszcze otwarte wielkie ciemię. Jak w chorobach mózgowych w ogóle, tak też w zapaleniu błon mózgowo-pacierzowych, odgrywają, zdaniem autora, bardzo ważną rolę stopień napięcia i stopień wypukłości ciemienia, które wskazują jak silnem jest śródczaszkowe ciśnienie; jeśli przy rozpoznawaniu cierpień, o których mowa, wysledzimy, że się wzmogło to ciśnienie, natenczas okoliczność ta wraz z innymi znamionami, o których pomówimy poniżej, posiada bardzo wielkie znaczenie. Wyśledzenie to, czy ciemię jest więcej wypukłem i więcej napiętem, jest w cierpieniach, o których mowa, tem ważniejszem z tego powodu, że:

1) tym chorobom podlega stosunkowo wiele dzieci w pierwszym roku życia i że

2) po największej części da się stwierdzić zwiększenie tak napięcia jak wypukłości; protokoły bowiem sekeyjne wykazują, że przy powikłaniu błonicowego zapalenia płuc, z zapaleniem błon mózgowych u dzieci przychodzi do bardzo znacznego surowiczo-ropnego wysięku w całym obwodzie mózgu, a nieraz nawet w komórkach mózgowych skutkiem czego musi się znacznie powiększyć śródczaszkowe ciśnienie.

U dorosłych jak to już wyżej nadmieniliśmy, jest rozpoznanie bardzo trudnem, ponieważ niejedne objawy nerwowe mogą występować także przy ciężkiem zapaleniu płuc, albo dają się wyjaśnić z wysokiej gorączki, albo też wytłómaczyć z innych chorób (*alcoholismus*), ponieważ nadto wiele objawów, właściwych samemu zapaleniu błon pacierzowo-mózgowych (ból w karku, stężenie mięśni karkowych, wymioty, kurcze rozszerzenie źrenicy, zezowatość i t. d.) pojawia się tylko sporadycznie u dorosłych, gdy się to cierpienie wikła z zapaleniem płuc. U dzieci jednakże odważa się autor postawić to twierdzenie, z przekonaniem powszechnemu niezgodne, że tutaj można zapalenie błon mózgowych rozpoznać daleko pewniej, nie jedynie dla znanego objawu z strony ciemienia, lecz także dla tego, że inne groźne objawy nerwowe następują z daleko większą regularnością, mianowicie co do kolejności.

W dalszej pracy przytoczywszy autor część wypadków chorobnych oraz protokoły sekeyjne zastanawia się nad zaburzeniami, jakie cierpienia te spowodowały w czynnościach systemu nerwowego oraz nad patologiczno-anatomicznemi zmianami w ciele, i w tych zestawia je mniej więcej słowach:

1) Pierwszym znakiem powikłania z zapaleniem błon mózgowych była w czterech wypadkach nieprzytomność, która się pojawiała szybko i w krótkim czasie wysokiego dosięgła stopnia. Nieprzytomność tę poprzedzała raz nadzwyczajna spokojność, raz senność, dwa razy wymioty.

2) We wszystkich sześciu wypadkach krótko przed śpiączką (*coma*) albo razem z nią pojawiały się w twarzy i w kończynach kurecze gwałtowne, które się powtarzały, trwały długo, występowały już to po jednej już to po obu stronach, i były natury już to tępcowej już też drgawkowej.

3) W pojedynczych wypadkach zaszyły ściągnięcia górnych i zewnętrznych prostych mięśni oka, raz drżenie powiek (*nystagmus*) w obu oczach, raz nadczułość (*hyperaesthesia*) nerwu słuchowego i wzrokowego, raz porażenie nerwu słuchowego. Zrenice były dwa razy bardzo wąskie, równo szerokie, raz krótko przed śmiercią nadzwyczaj rozszerzone.

4) Z objawów pochodzących z strony rdzenia pacierzowego, nie dało się wysledzić żadnych. W pięciu wypadkach jak najwyraźniej nie dostawało wcale stężenia w mięśniach karkowych, które w jednym tylko razie trwało przemijająco.

5) Wielkie ciemię było w czterech wypadkach trzy razy w wyższym stopniu napięciem i znacznie wypukłem. W pierwszym wypadku było ono nadzwyczaj napięte, a przy oględzinach pośmiertnych znaleziono też bardzo znaczny obrzęk błon mózgowych. W drugim wypadku nie można było stwierdzić zmiany w ciemieniu, chociaż i w tym razie znaleziono mocny obrzęk błonowy. W trzecim zaś wypadku dało się wysledzić znaczniejsze wypuklenie ciemienia, wszakże napięcie nie było podwyższonem.

6) Z sekeyjnych rezultatów przytaczamy tutaj tylko następujące: W czterech wypadkach był mocny, zapalny obrzęk w jednym wypadku na kilka linii gruby, ropno-włóknikowy wysięk, w dwóch zaś prócz zapalnego nacieczenia w miękkich błonach jeszcze gruby pokład wysiękowy na wewnętrznej powierzchni błony twardej. Boczne komórki w pięciu wypadkach nie były wcale rozszerzone, albo tylko w małym stopniu, a w jednym tylko mocno rozdęte jasną, żółtawą surowicą. Rdzeń pacierzowy i jego błony w czterech razach, w których było możliwem dochodzenie pośmiertne, wskazywały zmiany charakterystyczne dla nagminnego zapalenia błon mózgowych. Dwa razy dało się stwierdzić żółte zabarwienie skóry i spojówki, raz małoznaczne i dwa razy bardzo wielkie obrzmienia śledziony.

7) We wszystkich sześciu wypadkach, mniej więcej w równym czasie po pojawieniu się objawów mózgowych, nastąpiła śmierć, i to pięć razy w drugim dniu cierpienia, a raz w trzecim dniu.

W dalszej pracy swęj stara się autor przedstawić obraz przebiegu zapalenia błon mózgowych powikłanego z zapaleniem płuc u dzieci, i w tych mniej więcej opisuje je słowach:

Po różnie długiem trwaniu (3—6—8—10, raz 28 dni) błonicowego zapalenia płuc po jednej albo po obu stronach, nie różniącego się niczem od zwyczajnego przebiegu tego cierpienia u dzieci, zmienia się scena dość nagle; dzieci popadają w śpiączkę, poczem przystępują wkrótce kurecze, różne co do trwania, rodzaju, siedliska, ale zawsze gwałtowne i ponawiające się aż do śmierci. Na mniej doświadczonego zmiana ta nie sprawia wrażenia, jako by się pogorszyło cierpienie, lecz wrażenie nowego niespodziewanego zjawiska.

Jeśli się zapytamy z kąd pochodzi to wrażenie, to przedewszystkiem o tēn należy wiedzieć, że przy zapaleniu płuc pogorszenia (z wyjątkiem powikłań jak zapalenia oplucnej, zapalenia oserca albo nadzwyczajnego powiększenia się gorączki) powstają głównie skutkiem tego, że się dalej rozszerza sprawa nacieczenia i tym sposobem zwiększa niedostateczność (*insufficiencia*) płuc, zmniejsza się więc powierzchnia do oddechania. Koniecznym tego następstwem bywa częstsze oddechanie; później po wytworzeniu się obrzęku płuc staje się ono powierzchownem i charczącym, a w końcu przychodzi śmierć. Dopóki więc nie nastąpi zapalenie błon mózgowych, widzimy, że dziecko, jak przy każdym zapaleniu płuc, oddycha pośpieszniej i powierzchowniej. Skoro się powiększy wysięk błon mózgowych, oddech bywa czas niejaki spokojniejszym i wolniejszym, aż ku końcowi znowu się pospiesza. Dziecko chore na zapalenie płuc oddycha nadzwyczaj szybko, skoro zaś do tego cierpienia przystąpiło zapalenie błon mózgowych, to oddycha stosunkowo wolniej, przy czem jednakże oddech może zawsze być częstszym, aniżeli w stanie prawidłowym.



Nie jesteśmy zresztą pierwszymi, jak się to później o tem przekonaliśmy, którzyśmy spostrzegli, że po przystąpieniu zapalenia błon mózgowych wolniej oddech poprzednio przyspieszony. Rilliet i Barthez mówią, że oddech przyspieszony przez poprzedzające cierpienie wolniej, gdy nastąpi zapalenie błon mózgowych. Chomel pisze, że się oddech zwalnia i staje nierównym, skoro (w ostatnich 24—36 godzin) z zapaleniem płuc wikła się surowiczo-ropne zapalenie błony pajęczej. Hassse wreszcie twierdzi, że u cierpiących na mocno rozwiniętą gruźlicę płucną, lub u osób, u których się szybko rozwija gruźlica jagłowata (*tuberculosis miliaris*), oddech staje się teraz częstszym, chociaż duszność nie osiąga nigdy owego wysokiego stopnia, do jakiego dochodzi przy powyższych cierpieniach płucnych wtenczas, gdy nie masz równoczesnego zapalenia błon mózgowych. To spokojniejsze i wolniejsze oddychanie w śpiączce się znajdującego dziecka ma na pierwszy rzut oka dla lekarza coś w sobie dziwnego i pozostawia wrażenie, jakoby zaszło coś niezwyčajnego.

Proces zapalny, który ogarnia cały obwód dziecięcego mózgu i wytwarza grube warstwy wysięku, sprowadza w 2—3 dniach śmierć wśród znacznie podwyższonej ciepłoty ciała, przyczem się rzadko w pojedynczych wypadkach dało stwierdzić żółtaczkę, i prawie we wszystkich znaczne obrzmienie śledziony.

W tym krótkim czasie wzmaga się ciśnienie wśród jamy czaszkowej, co się w większej części wypadków da stwierdzić przez zwiększone napięcie lub wypukłość ciemienia.

Jeśli zestawimy inne ostre cierpienia mózgowe, które mogą przyłączyć się do błonicowego zapalenia płuc, ten sam przedstawiać objaw, to przedewszystkiem wypada się nam zastanowić nad ostrą puchliną mózgową (*hydrocephalus acutus*) wraz z gruźlicą lub bez niej, i nad ropnem zapaleniem błon mózgowych.

Ropne zapalenie błon mózgowych odróżnić od zapalenia błon mózgowo-pacierzowych jest prawie niepodobieństwem, ponieważ pospolicie nie masz żadnych objawów ze strony rdzenia pacierzowego. Trzeba tylko wiedzieć o tym fakcie, że ropne zapalenie błon mózgowych przyłącza się tylko nadzwyczaj rzadko do zapalenia płuc. Rilliet i Barthez w takim razie widzieli raz tylko zapalenie błony mózgowej cienkiej (*piitis*), Ziemssen nie dostrzegł żadnego wypadku, a Chomel w 50 wypadkach tylko 4 razy zapalenie błony pajęczej (*arachnitis*). Przez prace jednakże Hellera i Zimmermanna, jako też przez moje spostrzeżenia jest dowiedzionem dostatecznie, że epidemiczne zapalenie błon mózgowo-pacierzowych bardzo często się wikła z błonicowym zapaleniem płuc.

Ostra puchlina mózgu bez gruźlicy jest nadzwyczajną rzadkością, doprowadza zazwyczaj szybko do śmierci przez udar i trudno nader ją rozpoznać; zresztą żadni autorowie nie przytaczają jej jako powikłania z zapaleniem płuc.

Jeśli puchlina mózgu towarzyszy jagłowatej gruźlicy w błonach mózgowych, to przed mylnem rozpoznaniem chroni nas zupełnie inny, przeciągły przebieg jagłowatej gruźlicy, długi okres znaków zwiastunowych, anamneza, wreszcie w wielu wypadkach badanie dna ocznego pod względem gruzełków, dalej nierówność oddechania i szybka zmiana w częstości tętna. Jagłowata gruźlica zachodzi zresztą nadzwyczaj rzadko u dzieci w pierwszym roku życia.

Co się tyczy różnicy między cierpieniem, o którym mowa, a tak zwanem mózgowem zapaleniem płuc (*Gehirnpneumonie*) u dzieci, to zdaniem autora mózgowie zapalenie płuc nie polega na znaczniejszej zmianie w istocie mózgu; ztąd też nie można dostrzedz ani zmiany co do kształtu ciemienia, ani też większego w niem napięcia. W mózgo-błonowej (*meningeale Form*) formie tego cierpienia nie masz kurczów, odznacza się ona śpiączką, wymiotami, bredzeniem, skurczeniem się mięśniów karkowych. Śpiączka zwykle nie jest tak głęboką, jak przy zapaleniu błon mózgowych, i chorzy dają się jeszcze z niej przebudzić. Z przesileniem choroby znikają jednakże szybko te wszystkie objawy. W drgawkowej zaś formie (*eclamtische Form*) mózgowego zapalenia płuc pojawiają się zaraz z początku kurcze, już to ogólne, już też częściowe, nadto śpiączka i inne objawy mózgowie.

Przy mózgowem zapaleniu płuc (*Gehirnpneumonie*) podpadają nam najprzód groźne objawy mózgowie, a zapalenie płuc spostrzegamy dopiero znacznie później. Przy zapaleniu zaś błon mózgowem wikłającym się z zapaleniem płuc, wy-

stępują objawy mózgowe wśród zapalenia płuc, albo pod jego koniec, i nie dają się niemi wytłómaczyć.

Dalej nadmieniam autor, że w nader wielkiej liczbie wypadków zapalenie płuc, jakie widział w swej jedynastoletniej praktyce, nigdy nie dostrzegł żadnego wypadku zapalenia płuc u dzieci, któryby się nie wikłał ostatecznie z kurczami. Jeśli kurcze są następstwem sympatycznego podrażnienia mózgu, natenczas, zdaniem autora, występują one w pierwszych dniach zapalenia płuc; jeśli zaś ich przyczyną jest zapalenie błon mózgowych, to wespół z innymi objawami nerwowymi pojawiają się pod koniec normalny zapalenia płuc. Nie widział zaś autor żadnego wypadku, w którymby się rozpoczęły równocześnie i zapalenie płuc i zapalenie błon mózgowych.

W końcu zestawia autor następujące badań swych rezultaty:

- 1) Powikłanie zapalenia błon mózgowych z zapaleniem płuc (*Complicationsmeningitis*) zachodzi nadzwyczaj często (50%) u dzieci w pierwszym roku życia.
- 2) Powikłanie z zapaleniem błon mózgowych da się rozpoznać u dzieci po objawie z strony ciemienia, po zwolnieniu oddechu i po kurczach, występujących zawsze w miejscu pewnym, i to wespół z innymi groźnymi objawami nerwowymi.
- 3) Przy mózgowym zapaleniu płuc (*Gehirnpneumonie*) występują kurcze zaraz na początku cierpienia, przy zapaleniu zaś błon mózgowych wikłającym się z zapaleniem płuc (*Complicationsmeningitis*) pojawiają się dopiero w końcu choroby.

## Wiadomości bieżące.

— Przystawanie skóry do powierzchni brodawkujących. Metoda Reverdin'a leczenia wrzodów i ran za pomocą przenoszenia kawałków skóry (*transplantation cutis*) na powierzchnie brodawkujące wrzodów lub zupełnie świeże rany znalazła już we wszystkich szpitalach codzienne zastosowanie. Mechanizm przystawania skóry nie jest anatomicznie w zupełności wyjaśnionym. Prof. Thiersch miał sposobność przenoszenia skóry na wrzodzącą powierzchnię nogi, która miała być amputowaną; doświadczenia zaczął robić na trzy tygodnie przed operacją, ostatecznie zaś przenoszenie skóry wykonał na 18 godzin przed odjęciem kończyny. Do przenoszenia brał kwadratowe kawałki skóry wielkości jednego centymetra starannie zawsze oddzielając od dolnej powierzchni tkankę tłuszczową. Cienkie kawałki skóry przeznaczone do przenoszenia wyrzynał brzytwą z brzegu samego wrzodu. Po amputacji kończyny nastrzyknął masą Gerlach'a, skórę zaś celem stwardnienia włożył do wysokoku. Badając przyrośnięte kawałki przekonał się: 1) że przystawanie odbywa się przez inokulację naczyń, to jest, że połączenie naczyń powierzchni brodawkującej (wrzodu) z naczyniami przeniesionego kawałka skóry następuje za pośrednictwem międzykomórkowych przewodów, które doprowadzają i odprowadzają krew z naczyń tkanki brodawkującej do naczyń przeniesionego kawałka skóry; 2) że naczynia przeniesionego kawałka skóry następczo się zmieniają i przyjmują budowę naczyń tkanki brodawkującej. Kawałki przeniesionej skóry mógł już po 18 godzinach po zaszezepieniu nastrzyknąć z naczyń tkanki brodawkującej. Przewody międzykomórkowe (których wlewania się do naczyń kawałka przeniesionej skóry nie widział), przy pomocy komórek granulacyjnych przeistaczają się w prawdziwe naczynia, część zaś ich zanika; potem połączenia te między naczyniami skóry i tkanki granulacyjnej z łatwością dają się spostrzec. Po 2-tygodniach po przeniesieniu skóry, już naczynia kawałków przeniesionych stają się zupełnie podobnymi do naczyń ziarniny. Te to naczynia kawałków skóry przyjmował Thierfelder za nowoutworzone. Zdarza się niekiedy, że górna warstwa przeniesionej skóry pod formą skrzepu odpada, tymczasem warstwa głębsza, w której są gruczoły potowe, zostaje na powierzchni ziarniny; na tych to miejscach po 8—14 dniach postrzegamy tworzące się wysepki nabłonkowe, wtedy kiedy sądziłszy, że przeniesienie zupełnie się nie udało.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.  
w Drukarni Gazety Lekarskiej, Ulica Śto-krzyżka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.