

GAZETA LEKARSKA

I. MOCZÓWKA CUKROWA U PÓŁTORAROCZNEGO DZIECKA.

Opisał

Józef Jaworski,

ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu Ś-go Ducha.



„Les diabetiques avérés ne sont pas rares; les diabétiques méconnus sont peut être encore plus nombreux“.

(*Traité de médecine par CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. T. I.*)

Moczówka cukrowa u dzieci nie jest chorobą pospolitą, występuje ona jeszcze najczęściej pomiędzy 11-ym a 14-ym rokiem, i zdaje się, iż przyczyną jej wtedy bywa najczęściej dziedziczność. Jednak i pierwsze lata życia dziecka, nawet zaranie jego nie jest wolne od tej choroby. W literaturze, poświęconej wzmiankowanemu przedmiotowi, znajdujemy na to liczne dowody.

W starannem zestawieniu zbiorowem E. KUELZ'a ¹⁾ na 111 przypadków moczówki cukrowej u dzieci trzy przypada na wiek ssawców. Najmłodszem było 14-dniowe, własne dziecko autora KIRSELL'a, u dziecka tego ojciec już w kilka dni po urodzeniu stwierdził cukromocz.

Drugi przypadek — ROESING'a. Autor ten spostrzegął moczówkę cukrową u 2-cio-miesięcznego dziecka.

Wreszcie trzeci przypadek należy do ROSSBACH'a, a dotyczy 7-miesięcznej dziewczynki, dotkniętej cukrzycą.

Dwa ostatnie przypadki — nawiasem mówiąc — zakończyły się śmiercią.

W pracy o moczówce cukrowej u dzieci — STERN'a ²⁾ na 117 przypadków podano sześć u dzieci, niestarszych nad rok, w tej liczbie są już jednak i trzy wyżej poczerpnięte z monografii E. KUELZ'a.

Nie wchodząc w bliższy rozbiór ogłoszonych przypadków moczówki cukrowej u ssawców, zauważymy, że chorobę tę, jako taką, w tym wieku poddano w wątpliwość.

Ciekawą w tej kwestyi pracę podjął i z wielką dokładnością poprowadził JULIUS GRÖSS ³⁾ z kliniki prof. A. EPSTEIN'a w Pradze. Badania Gröss'a

¹⁾ GERHARDT's Handbuch der Kinderkrankheiten, Bd. III. 1878.

²⁾ Archiv für Kinderheilkunde, XI. 1890.

³⁾ Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. XXXIV. II. I. 1892.

potwierdził następnie HENRY KOPLIK ⁴⁾. Ze spostrzeżeń tych, między innymi, wypływa: że u ssawców wprawdzie pojawia się cukromocz [glikozurya], lecz jest on alimentarny; że cukromocz przy ostrożnem karmieniu mlekiem nie pojawia się; że przy zmianie diety znikał; że zdrowi ssawcy cukromoczowi nie podlegają, u chorych jest przemijający; wreszcie, że ów cukromocz jest zależny od zaburzeń w trawieniu, a niepodrzedną rolę w występowaniu tutaj glikozuryi odgrywają zapewne bakterye kiszkowe, rozkładające cukier mleczny. Tegoż zdania, co i poprzedni dwaj autorzy, jest POLLAK ⁵⁾, który glikozurę u ssawców stawia w zależności od pożywienia. Tak jak z drugiej strony przy zaburzeniach w trawieniu u ssawców, mianowicie podczas *cholera infantilis*, v. HOFSTEN ⁶⁾ i LESAGE ⁷⁾ stwierdzili glikozurę.

Zupełnie zaś zaprzeczają istnieniu cukromoczu u ssawców CRUSE ⁸⁾, również PARROT i ROBIN ⁹⁾, a jednocześnie MARTIN i RUGE ¹⁰⁾, w swoich pracach o składzie moczu u noworodków, powikłania cukromoczu wcale nie dotykają. Zresztą i E. KUELTZ ¹¹⁾, podając dwa pierwsze przypadki, czyni o nich takie uwagi: „*Ich halte jedoch diesen Fall [KIETSELE] nicht für sicher genug konstatirt*“, o drugim zaś: „*der Fall von Rösing darf wohl als symptomatischer Diabetes bezeichnet werden*“.

Przypadek, który ja podaję, dotyczy półtorarocznego dziecka, niedomającego od 6-ciu miesięcy, a od 3-ch wyraźnie chorego. Cukromocz tutaj był trwałym, nawet po zastosowaniu diety antydyabetycznej, a obok tego, w ostatnich tygodniach choroby nie brakowało niemal żadnego z klasycznych objawów moczoówki cukrowej, o czem przekonywa następująca historia choroby.

W kwietniu b. r. wezwano mnie wspólnie z kol. SŁUPECKIM do półtora-rocznego dziecka, E. O., już od dłuższego czasu cierpiącego. Przy badaniu wówczas chorego znaleźliśmy: chłopiec na wiek swój [1½ roku] dobrego wzrostu, prawidłowego ciałaśkładu, o niepomiernie podupadłym odżywianiu, mięśnie wiotkie, skóra sucha, cienka, fałdująca się, warstwa tłuszczowa podskórna prawie nie istnieje, wyniosłości kostne na kończynach bardzo wydatne. Twarz dziecka pomarszczona, brzegi żwaczy rysują się, podbródek zaostrowany, gałki oczne zapadnięte wgłąb oczodołów, skóra na szyi pofałdowana, mięśnie mostko-objczykowo-sutkowe i krtań podają się naprzód. Ciemiona zarośnięte. Błona śluzowa łącznicy i dziąseł blada, niedokrwista. Język lekko obłożony, o brzegu czerwonym; błona śluzowa ust sucha. Duży, wypukłony brzuch, ciastowatej konsystencji, swoim kształtem tworzy rażący kontrast z uwydatnionemi żebrami i cienkimi nóżkami dziecka. Przechodząc do oddzielnych narządów,

⁴⁾ Archives of pediatrics oct. 1892, str. 781, refer. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. XXXV. Heft 3.

⁵⁾ Jahrbuch für Kinderheilkunde. N. F. II. 1869 et XII. 1878.

⁶⁾ Referat w Centralblatt f. Kinderheilk. 1887.

⁷⁾ Cyt. w pracy Gróss'a.

⁸⁾ Jahrbuch f. Kinderheilkunde. XI. 1877.

⁹⁾ Arch. gener. 1876. I.

¹⁰⁾ Cyt. u Gróss'a.

¹¹⁾ L. c.

konstatujemy: w granicach płuc wszędzie odgłos opukowy jasny, wysłuchiwanie daje *respirationem puerilem*; granice serca nie zmienione, tony czyste, jasne; tętno regularne, 90 uderzeń na minutę. W prawem podżebrzu dokładnie wyczuwamy powiększoną, znacznie z pod łuku żeberowego wystającą wątrobę, na ucisk bolesną; śledziony nie wyczuwa się. Wypróżnienie co 3—4 dni. Kał zbity, spieczony; łaknienie umiarkowane; pragnienie wielkie 7—12 szklanek płynu na dobę [2—3 litry], przeważnie mleka i wody. Mocz dziecko oddaje kilkanaście razy na dobę, dużemi ilościami w sumie od 8—11 szklanek [od 2—3 litrów].

Wywiady dały nam następujące dane: dziecko [pierwsze] pochodzi ze zdrowych, młodych rodziców, sfery rzemieślniczej, urodziło się bez pomocy akuszeryjnej, obciążenia dziedzicznego jakkolwiek z t. zw. dyskrazji, lub chorobą konstytucjonalną—niema; z wyjątkiem krótkotrwałych zaburzeń żołądkowych [obserwowane wówczas było przez kol. SŁUPECKIEGO] w pierwszych miesiącach życia, żadnych innych chorób nie przechodziło. W 6-ym miesiącu życia spadło na głowę z wysokości $\frac{1}{2}$ metra; wypadek ten przeszedł bez następstw, a wezwany wówczas lekarz nie stwierdził nic patologicznego. Dziecko karmione było przez 11 miesięcy piersią matczyną, odstawione już podczas ciąży dwumiesięcznej. Matka dziecka obie cięższe znosiła dobrze. Zmianę w dziecku spostrzeżono w końcu stycznia r. b., t. j. mniej więcej przed 3-ma miesiącami. Chociaż już na 2 miesiące przedtem chwilami dziecko było kapryśne i zaspokajało się tylko bardzo często podawaniem piersi. Przed 3-ma zaś miesiącami zauważono zwiększenie się głodu i pragnienia już w znacznej mierze. Kładziono to na karb łakomstwa chłopca, gdy jednak pomimo obfitego pokarmu dziecko zaczęło chudnąć i źle trawiło, zwrócono się po radę do lekarzy. Zalecono środki regulujące trawienie i *roburantia*. Poprzednie jednak objawy, polidypsja i polifagia, posuwały się *crescendo*, a wychudzenie i spadek wagi ciała równocześnie robiły postępy. Badani obecnie rodzice przypominają sobie, iż już wtedy, t. j. przed 3-ma mniej więcej miesiącami dziecko często oddawało mocz, a nadewszystko nocną porą, tak, iż, ile razy matka podniosła się w nocy do dziecka, zawsze znajdowała mokre pieluchy. Uderzającą też w ostatnich tygodniach była ilość oddawanego moczu: przeciętnie po 10—12 szklanek [$2\frac{1}{2}$ —3 litry]; obecnie dziecko oddaje mocz rzadziej i w znacznych odstępach czasu po picciu. Równoległe z tem co do czasu postępuje i zwiększanie się pragnienia [3—4-ch litrów] na dobę; przytem dziecko podany mu płyn wypija gwałtownie, chciwie, a w razie usiłowania odjęcia mu od ust szklanki, sprzeciwia się temu płaczem. Natomiast łaknienie ma w ostatnich tygodniach mniej niż umiarkowane. W tymże czasie kilkakrotnie wymiotowało bez przyczyny, wogóle jest kapryśne, apatyczne, senne.

Przebieg choroby, a również badanie chorego nie pozostawiały wątpliwości co do natury cierpienia; to też wraz z kol. SŁUPECKIM od razu przypuściliśmy, iż w danym przypadku mamy do czynienia z moczówką cukrową. Jakoż wzięty przezemnie zaraz po naradzie mocz do zbadania rozpoznanie nasze potwierdził.

Mocz w ilości 750 ctm. sześciennych, przezroczysty, barwy żółtawej, z odcieniem zielonkawym; oddziaływa mocno kwaśno; ciężar właściwy 1035; białka nie zawiera; cukru jest dużo [próby: TROMMER'a i BOETGER'a], acetonu — niema [próba LIEBEN'a]. Ilościowa analiza na cukier za pomocą polarymetru wykazała 60 grm. na litr, *resp.* 6% cukru. Ilościowe analizy cukru wykonywałem w pracowni szpitali warszawskich D-ra NENCKIEGO. Wogóle podczas obserwacji chorego wykonałem jedenaście razy rozbiór moczu na osad, białko, aceton i ilościowo na cukier, a raz ilościową wszystkich części składowych [D-r KARPIŃSKI]. Mocz był badany w odstępach czasu 2—3 dniowych; rozbierane były dwie porcje: jedna brana w 3—4 godzin po *maximum* nakarmienia dziecka, druga z nocy, *resp.* po obudzeniu się ze snu. Wahania w glikozurii były dość znaczne. Po zastosowaniu diety przeciwcukrzycowej, po zastosowaniu Karlsbad-Mühlbrunn i antypiryny 0,03 *pro dosi*, a 0,12 *pro die*, ilość cukru z 60 grm. spadła na 48,62; następnie znów podniosła się do 50 grm.. Jednocześnie polidypsja się zmniejszyła do 6—8 szklanek.

Podano następnie *Myrtilla* ¹²⁾. Przez czas używania tego leku ilość cukru w moczu zmalała do 2,5 grm.. *Maximum* podczas choroby było 6%, *minimum* 2½% cukru. *Minimum* wypijanego płynu 6½ szklanek przypadało mniej więcej na czas zmniejszającej się glikozurii. Wówczas waga ciała chwilowo podniosła się z 17 funtów na 18. Dla dokładności przytaczamy tutaj jeszcze ilościową analizę moczu; ciężar właściwy 1028; cukru 43,73; mocznika 7,91; chlorków 3,53; kwasu fosforowego 0,75, kwasu moczowego 0,5; kwasu siarczanego 0,25; ilość części stałych 65,24.

Z dalszego przebiegu choroby zanotować wypada: pojawienie się przyczecy na przedniej części głowy, trądzika i wrzodzielek na górnych i dolnych kończynach, wreszcie odleżyn w okolicy kości krzyżowej. W końcu dziecko to — przy coraz zwiększającej się apatii, senności, denutrycji, wychudnieniu w najwyższym stopniu — sprawiało wrażenie raczej szkieletu, a nie żywej istoty. W ciągu kilku ostatnich dni ilość moczu znacznie się zmniejszyła i to nieproporcjonalnie do ilości cukru. Śmierć nastąpiła podczas *coma* [24. V.]. Badania zwłok z przyczyn od nas niezależnych nie wykonano.

Przechodząc do etyologii i patogenetyki przypadku tego, przede wszystkim zaznaczyć muszę, że badanie rodziców dziecka i przodków jego pozwala wykluczyć skłonność dziedziczną, usposobienie wrodzone. Wprawdzie ta dziedziczność w etyologii moczówki cukrowej u dzieci odgrywa wybitną rolę. Na 111 przypadków w zestawieniu KUELTZ'a ¹³⁾ w jedenastu skonstatowano u rodziców lub u przodków cukrzycę, z drugiej jednak strony są obserwacje moczówki cukrowej u kilkorga nawet dzieci w jednej rodzinie, których

¹²⁾ *Pibulae Myrtilli Jasper*. Preparat pod tą nazwą sprowadziliśmy do kliniki od D-ra WEIL'a w celu wypróbowania go przy cukrzycy. Pigułki te rozpuszczaliśmy w wodzie i miksturę *experimenti gratia* podawaliśmy dziecku. Ilość cukru szybko wówczas w moczu się zmniejszała. Rzecz naturalna, iż w tym przypadku, wobec powiększającego się charłactwa, do środka tego znaczenia nie przywiązywaliśmy.

¹³⁾ L. c.

rodzice byli zdrowi: CLARKE obserwował u sześciorga dzieci, ROBERT u ośmiorga — w jednej rodzinie. To samo zaznaczają: THOMAS, WATSON, BENGE JONES, WEST ¹⁴⁾. Pacjent nasz również nie przechodził żadnej wogóle cięższej choroby, *resp.* zakaźnej i znajdował się w warunkach, pod względem zdrowotnym, korzystnych. Pozostaje przeto jeden moment predysponujący do wybuchu choroby, a przy dokładnem zbieraniu anamnezy przez matkę wskazany, t. j. upadnięcie na głowę dziecka w 6-ym miesiącu życia.

Rozpatrując pracę KUELtz'a ¹⁵⁾, widzimy, że w jego tablicy jako przyczynę powstania moczówki cukrzycowej wskazano w 3-ch przypadkach upadek na głowę (*Fall auf den Kopf. №№ 75, 79, 111*). Pierwszy przypadek NIEDERGESAEs'a dotyczy dwunasto-letniej dziewczynki, śmierć nastąpiła wskutek moczówki cukrowej, w siedem miesięcy po wypadku. Drugi—ROSSBACH'a: siedmioletnia dziewczynka wypadła z rąk niańki; *commotio cerebri, diabetes mellitus*; śmierć w 3 miesiące. Trzeci—ZIMMER'a: dwunastoletnia dziewczynka, upadek na tył głowy, moczówka cukrzycowa; zejścia autor nie podaje. Połączenie tego upadku na głowę w przyczynowy związek z następnem rozwinięciem się moczówki cukrowej — u naszego pacyenta — rzecz naturalna, jest hypotetyczne, ale więcej niż prawdopodobne. Wszak postać moczówki urazowej spotyka się we wszystkich okresach wieku. U dzieci np. cieszących się doskonałym zdrowiem i nie mających skazy dziedzicznej spostrzegano niejednokrotnie moczówkę urazowego pochodzenia. Oprócz wyżej już cytowanych przypadków, wskażę jeszcze FISCHER'a ¹⁶⁾: jedenastoletni chłopiec uderzony w okolicę nerek (*Schlag auf die Nierengegend*), po wypadku stwierdzono moczówkę, wskutek której śmierć w 2½ roku. Wspomniany już ZIMMER ¹⁷⁾ obserwował wystąpienie moczówki u dwunastoletniej dziewczynki po uderzeniu w okolicę żołądka (*Stoss gegen die Magengegend*). BROUARDEL i H. RICHARDIER ¹⁸⁾ podają 33 przypadki moczówki cukrowej urazowego pochodzenia, w których 17 razy rany głowy spostrzegano: dalej szły upadki i uderzenia z obrażeniem kręgosłupa, łędwii, tułowia lub kończyn.

Moczówka taka może występować bezpośrednio po wypadku — moczówka urazowa wczesna (*diabète traumatique précoce*), albo też po upływie kilku miesięcy, a nawet lat kilku (*diabète traumatique tardif*)—moczówka urazowa późniona. Jeżeli moczówka zjawia się zaraz po urazie, to wszczyną się: poli-dypsya, poliurya, glikozurya, które występują bezpośrednio po wypadku i idą w parze z innymi objawami moczówkowymi; wyzdrowienie następuje zwykle po 3-ch miesiącach. W moczówce urazowej późnionej na razie po wypadku brak często klasycznych objawów moczówki, co miało miejsce u naszego cho-

¹⁴⁾ DESCROISILLES. Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles. T. II.

¹⁵⁾ L. c.

¹⁶⁾ GERHARDT's Handbuch der Kinderkrankheiten. Bd. III. 1878.

¹⁷⁾ L. c.

¹⁸⁾ Annal. d'hyg. publ. et de med. leg. 1888, cyt. w Traité de médecine publié sous la direction de CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD. T. I.

rego, a jest szereg zaburzeń nieokreślonego charakteru, które kładzie się u dorosłych na karb udawania lub neurastenii ¹⁹⁾).

Przytoczony przebieg choroby wskazuje, że moczówka w przypadku tym dosyć jasno się zarysowała już przed trzema miesiącami. Jednym z najpierwszych objawów, który zwrócił uwagę nawet rodziców dziecka, była częstość moczenia [pollakiurya], a zwłaszcza nocną porą; następnie stale występować zaczęło zaparcie stolca; nieco później spostrzeżono polidypsę i polifagię. Prawie równocześnie, a może nieco wcześniej, nastąpiła zmiana w usposobieniu dziecka, stało się ono wrażliwe, kapryśne, trapiła je bezsenność [w przeciwieństwie do późniejszej senność]. Już do następnych objawów należy bardzo szybkie chudnienie, obok: polifagii, polidypsii i poliuryi. W ostatnich kilkunastu dniach przed śmiercią dziecko straciło zupełnie łaknienie, weszło, powiedziałbym, w okres autofagii. Choroba w danym przypadku postępowała szybko: wychudzenie i osłabienie zwiększały się prawie z dnia na dzień, nawet wówczas, gdy zastosowaliśmy przeciwcukrzycową dietę.

Pod tym względem przypadek nasz nie różni się od innych. Wszyscy autorzy, z wyjątkiem DURAND-FARDEL'a i REDON'a ²⁰⁾, zgadzają się na to, że moczówka cukrowa u dzieci przebiega szybko i sprowadza śmierć w ciągu miesiąca do dwóch lat. Nigdy u dzieci moczówka nie występuje łącznie z otyłością (*diabète gras*), lecz od razu przychodzi tutaj wychudzenie (*diabète maigre*). Chory umiera częstokroć od gruźlicy płuc. Sądzone nawet, że moczówka cukrzycowa u dzieci zawsze się kończy gruźlicą płucną [BOUCHARDAT, DURAND-FARDEL, LECORCHÉ], jednakże inni [LEROUX, REDON, ROJAS] twierdzą, iż cukrzyca u dzieci, to wychudzenie, rzadko koincyduje z gruźlicą. U naszego pacjenta, pomimo starannego badania przez nas i przez innych kolegów w klinice, nie wykryliśmy nic, coby upoważniało do przypuszczenia gruźlicy. *Ex visu* sprawiało ono jednak wrażenie dziecka obciążonego t. zw. *tabes mesaraica*.

Przypadek ten w ciągu kilku miesięcy przebiegał jako nierozpoznany, leczenia przeciwcukrzycowego nie stosowano. Wskazuje on przeto, że, jeżeli w pediatrie wogóle ważną rolę odgrywać może badanie moczu na cukier, to badanie to w pewnych razach staje się koniecznem.

Zupełnem wskazaniem do niego będą właśnie wszelkie uszkodzenia ciała, wstrząśnienia i t. d., w jakie wiek dziecięcy tak obfituje. Trafną, a praktyczną w tym względzie czyni uwagę w swej pięknej pracy E. KUELTZ, którego dosłownie pozwolę sobie w tem miejscu zacytować: „*Wie bei Erwachsenen so wird man auch bei Kindern den Diabetes mellitus stets diagnostizieren, wenn man daran denkt. Ganz besonders wird man Veranlassung nehmen müssen, den Harn auf Zucker zu untersuchen bei traumatischen Schädlichkeiten (Erschütterungen des ganzen Körpers, des Gehirns oder Rückenmarks, aber auch anderer Körpertheile (Leber, Magen, Nierengegend) durch Schlag, Stoss oder Fall*“.

¹⁹⁾ Porównaj: *Traité de médecine* par CHARCOT-BOUCHARD-BRISSAUD.

²⁰⁾ DESCROISILLES. *Traité élémentaire* etc..

II. BADANIA KLINICZNE NAD DZIAŁANIEM BODŹCÓW ZEWNĘTRZNYCH MIEJSCOWYCH.

Podał

Adam Chelmoński,

ordynator szpitala Dz. Jezus.



Jakkolwiek wiekowa empirya stwierdza użyteczność bodźców zewnętrznych miejscowych w pewnych cierpieniach organów wewnętrznych, to jednak na naukowe uzasadnienie stosowania tych środków, na zrozumienie sposobu ich działania, długo jeszcze czekać wypadnie. I nie dziwnego. Fizyologia odruchów nerwów naczynioruchowych do dziś dnia dużo jeszcze pozostawia do życzenia ¹⁾, a działanie bodźców zewnętrznych na tych właśnie odruchach przedewszystkiem polega. Skąpe fizyologiczne wiadomości nasze pod tym względem, brak dokładniejszej metody klinicznego badania w tym kierunku, wreszcie duże trudności nastęrczające się przy tego rodzaju badaniach: oto są przyczyny, dla których tak mało dotąd zajmowano się tym przedmiotem.

Przedmiot to jednak o tyle ważny zarówno dla fizyologa, jak i dla klinicysty, że nie waham się podać do wiadomości moich nielicznych spostrzeżeń.

Termometrya w jamach ciała stanowi do dziś jedyny kliniczny sposób oceniania stosunków cyrkulacyjnych w jamach i organach wewnętrznych. Przekonawszy się, że ciepłota w żołądku jest stale wyższą [przeciętnie o 0,28°C] od ciepłoty w odbytnicy, *resp.* bliższą jest ciepłoty jamy brzusznej, przystąpiłem do określania wahań temperaturowych w żołądku pod wpływem bodźców zewnętrznych miejscowych w mniemaniu, że badania te nie tylko zapoznają nas ze stosunkami cyrkulacyjnymi w żołądku, lecz mogą być do pewnego stopnia miarą tychże stosunków w całej jamie brzusznej.

Doświadczenia wykonywałem na chorej J. wieku lat 17, średniego wzrostu, ze skórą bladą, z bardzo małą ilością tkanki podskórnej, z mięśniami wiotkimi, niedostatecznie rozwiniętymi, nerwowo mało wrażliwej. U chorej tej na 8 tygodni przed rozpoczęciem doświadczeń kol. CIECHOMSKI dokonał gastrostomii z powodu bliznowatego zwężenia przelyku, wywołanego przez otrucie kwasem siarczanym. Gdy chora przybyła na mój oddział, polykanie wszelkich pokarmów odbywało się już z łatwością.

Postępowanie moje było następujące: stale o jednej porze [w trzy godziny po spożyciu przez chorą szklanki mleka z bułką] przez otwór w ścianie brzucha wprowadzałem do żołądka długi, bardzo czuły i dokładny maksymalny termometr; po 5 m. wyjmowałem go ostrożnie, aby uniknąć tarcia, i daną temperaturę notowałem; następnie stosowałem dany zabieg, wprowadzałem termometr do żołądka, co 5 m. wyjmowałem go i temperaturę notowałem.

¹⁾ TIGERSFEDT. Lehrbuch der Physiologie des Kreislaufes. 1893, str. 516.

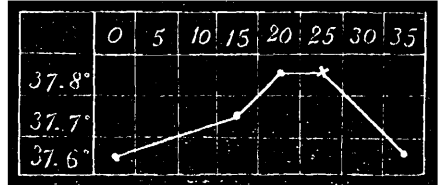
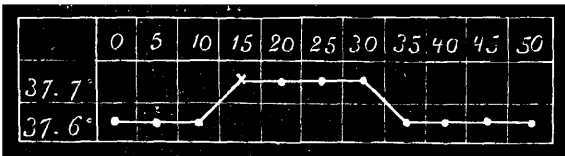
Badania moje uważać należy zaledwie za rozpoczęte: u chorej bowiem wystąpiły na nowo objawy zwężenia, które zmusiły mnie do przerywania dalszych poszukiwań. Pewna niesystematyczność, jaką łatwo dostrzedz w przytoczonych spostrzeżeniach, wynika stąd, że z konieczności liczyć się musiałem z ogólnym stanem badanej, z jej zmęczeniem, uczuciem głodu i t. d..

Wyniki moich doświadczeń przedstawione są graficznie. Cyfry w kierunku poziomym oznaczają minuty, w kierunku pionowym ciepłotę w żołądku. Liczba stopni, odpowiadająca 0 minut, oznacza ciepłotę w żołądku przed rozpoczęciem doświadczenia. Krzyżyk oznacza koniec stosowania danego zabiegu.

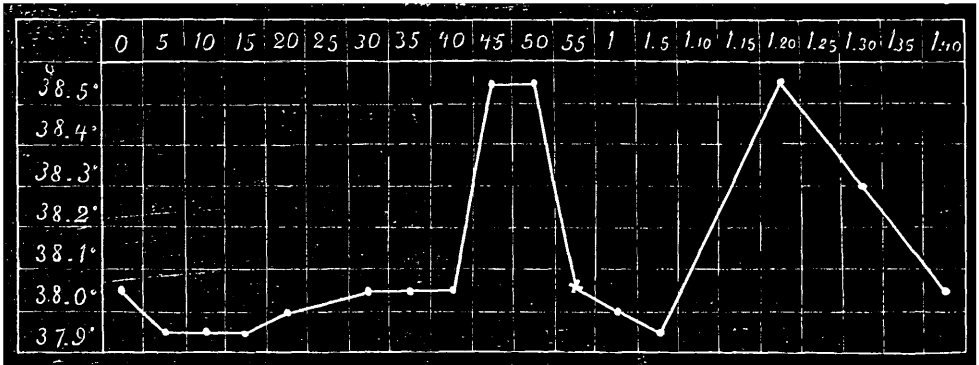
I. E p i s p a s t i c a.

№ 1. Bańki suche [11] na brzuchu.
[Mx+0,1, mx—0].

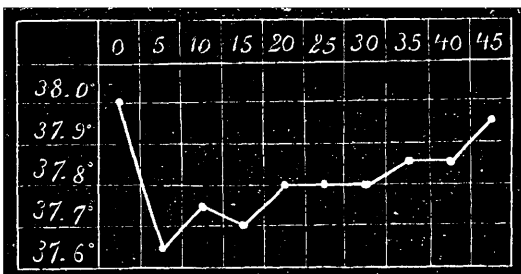
№ 2. Bańki suche [12] na plecach.
[Mx+0,2, mx—0].



№ 3. Synapizmy [4 RIGOLLOT na brzuchu. [Mx+0,5, mx—0.1].



№ 4. Wytarcie mocne na sucho łydek.
[Mx+0, mx—0,35].



Z powyższych tablic widać, co następuje:

1) Bańki suche, stawiane tak na brzuchu, jak i na plecach, sprowadzają podwyższenie ciepłoty w żołądku; podwyższenie to jest nieznaczne; efekt działania szybko przemijający [trwa 10—15 minut], a rozpoczyna się dopiero po 15 m. od chwili postawienia baniek.

2) Synapizmy [RIGOLLOT], położone na brzuchu, sprowadzają wybitne, choć krótkotrwałe perturbacje temperaturowe: po bardzo lekkim spadku temperatura podnosi się gwałtownie, na tej wysokości trzyma się krótko, spada szybko niżej normy i po zdjęciu synapizmu znowu się podnosi; wybitny efekt występuje późno—po 45 m. od chwili położenia synapizmu.

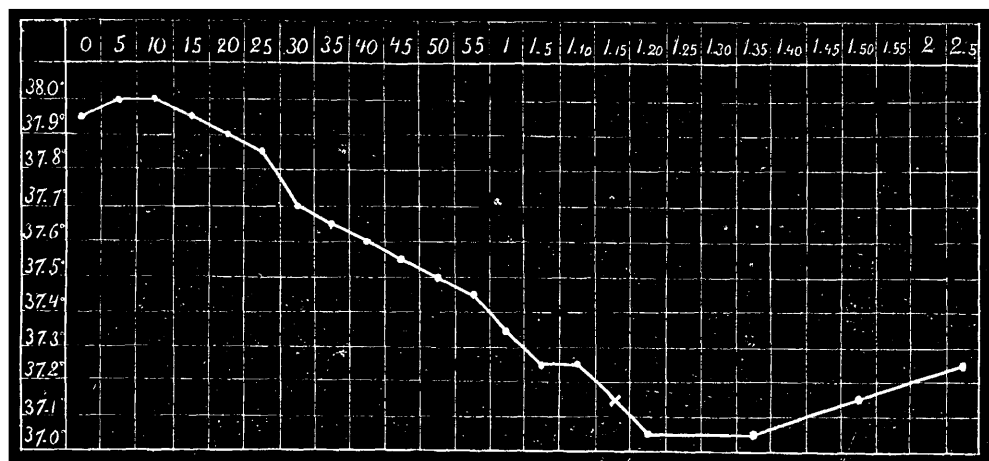
3) Wytarcie łydek suchym ręcznikiem wywołuje szybko dość znaczny spadek ciepłoty w żołądku; działanie trwa około 45 m..

Jak wiadomo, istnieje wiekami uświęcony zwyczaj stawiania baniek, synapizmów i t. p. na skórze, odpowiednio do umiejscowienia spraw zapalnych w narządach wewnętrznych. Mniemano, że tą drogą, czy to w myśl starej derywacyjnej teorii, czy nowszej odruchowej, można wywołać skurcz naczyń w narządach wewnętrznych. Jakkolwiek fizjologia uczy, że pod wpływem podrażnienia jakiegokolwiek nerwu czuciowego z łatwością występuje raz skurcz, to znowu rozszerzenie naczyń unerwionych przez nerw trzewiowy (*n. splanchnicus*) ¹⁾, brak nam jednak bezpośrednich dowodów na to, że między unerwieniem naczyń skórnych a unerwieniem jamy brzusznej istnieje taki antagonizm, jakiego w praktyce przy stosowaniu bodźców zewnętrznych miejscowych zwykliśmy się spodziewać.

Przytoczone powyżej doświadczenia wskazują, że takiego antagonizmu tu nie ma, że raczej między nerwami naczyńnioruchowymi skóry brzucha, a takimiż nerwami jamy brzusznej istnieje zgoda: bodźce, wywołujące przekrwienie skóry, nie anemizują żołądka *resp.* jamy brzusznej, lecz przeciwnie sprowadzają przekrwienie, przyczem miejsce aplikacyi danego bodźca skórniego, zdaje się, nie odgrywa tej roli, jaką zwykliśmy mu przypisywać [porównaj krzywe Nr. 1 i 2].

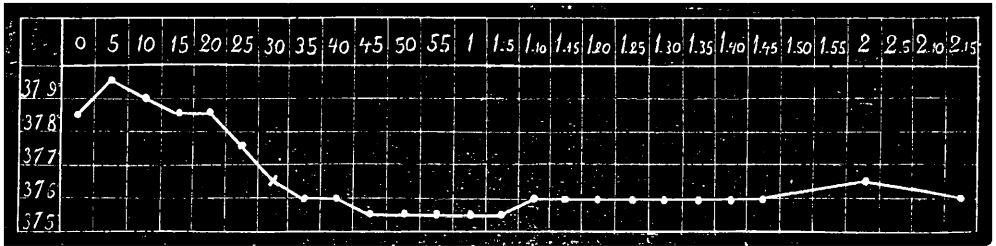
II. Bodźce termiczne miejscowe.

Nr 1a. Worek z lodem na brzuchu. [$Mx+0,05$, $mx-0,9$].

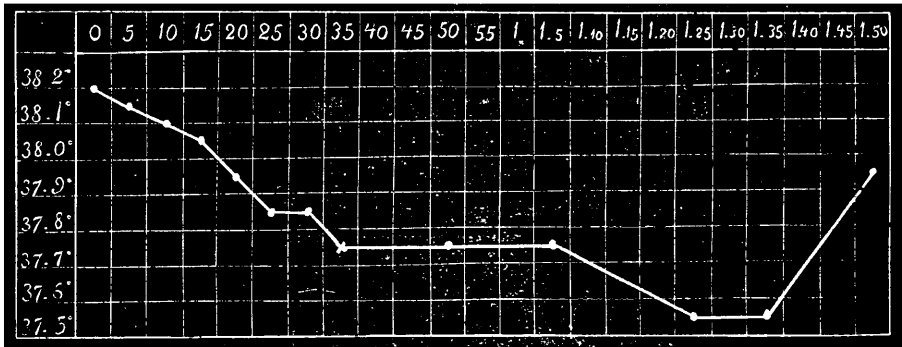


¹⁾ TIGERSTEDT, l. c. str. 520.

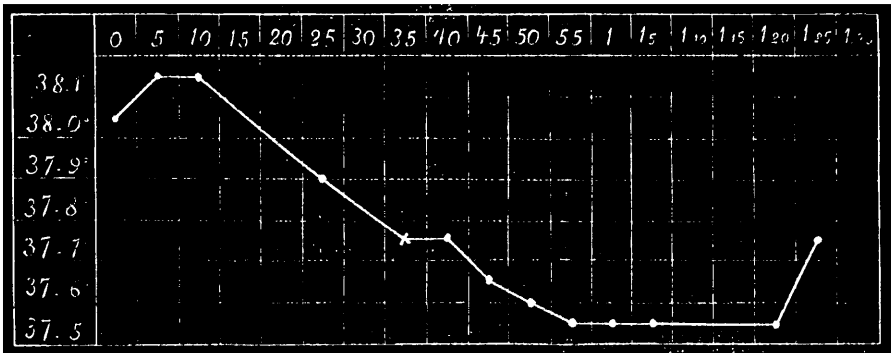
№ 1b. Worek z lodem na brzuchu. [$Mx+0,1$, $mx-0,4$].



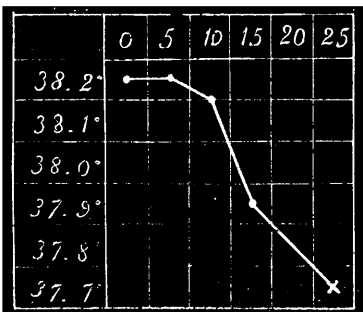
№ 1c. Worek z lodem na brzuchu. [$Mx+0$, $mx-0,7$].



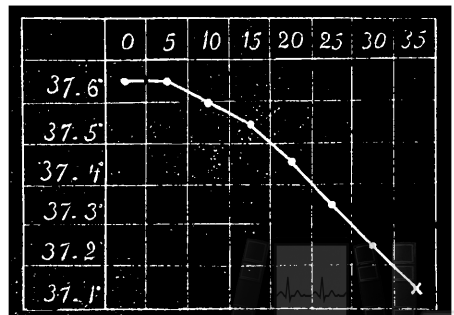
№ 1d. Worek z lodem na brzuchu. [$Mx+0,1$, $mx-0,5$].



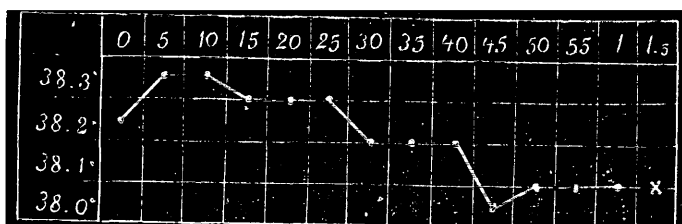
№ 1e. Worek z lodem na brzuchu po
okładzie gorącym. [$Mx+0$, $mx-0,5$].



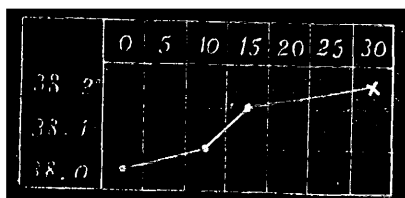
№ 2. Worek z lodem na piersiach.
[$Mx+0$, $mx-0,5$].



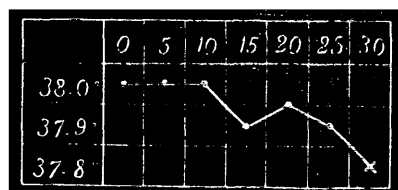
№ 3. Worek z lodem na plecach [$Mx+0,1$, $mx-0,3$].



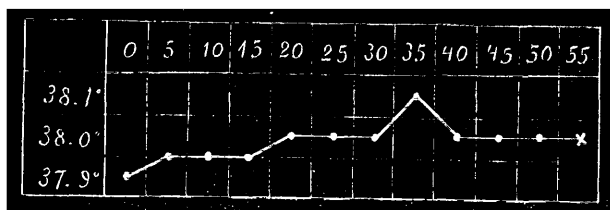
№ 4. Okład gorący na brzuchu, [$Mx+0,2$].



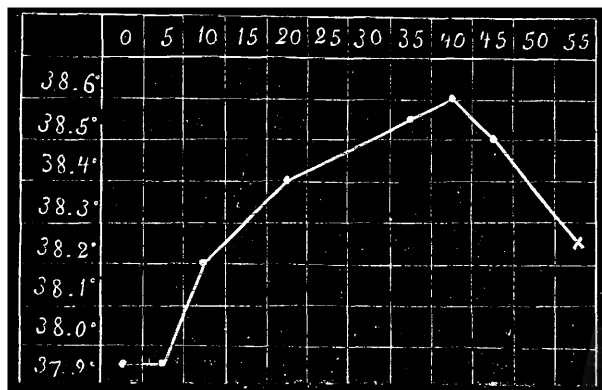
№ 5. Nasiadówka 7° R. [$Mx+0$, $mx-0,2$].



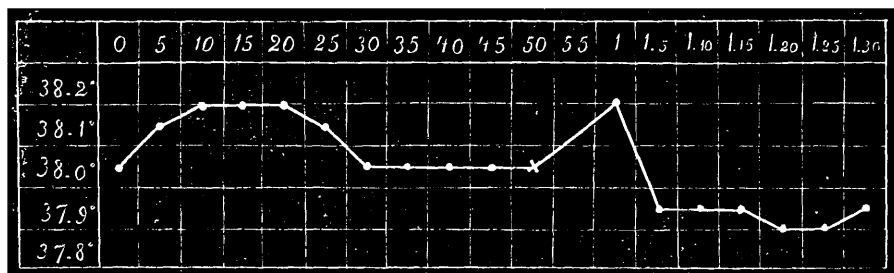
№ 6. Kąpiel nożna zimna [6° R.]. [$Mx+0,2$, $mx-0$].



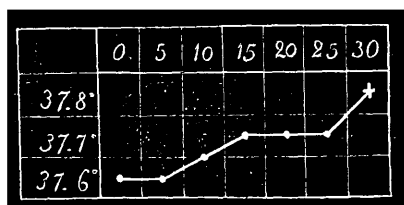
№ 7. Kąpiel nożna gorąca [37° R.]. [$Mx+0,65$, $mx-0$].



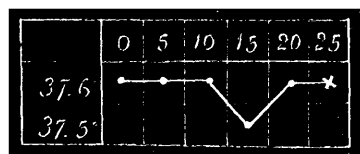
№ 8. Kąpiel nożna ciepła [29° R.]. [Mx +0,15, mx -0,15].



№ 9. Kąpiel ręczna zimna [7° R.].
[Mx +0,2, mx -0].



№ 10. Kąpiel ręczna gorąca [40° R.].
[Mx +0, mx -0,1].



Krzywe powyższe wskazują, co następuje:

1) Co do tułowia.

a) Woda zimna, lód, aplikowane na tułowiu, sprowadzają bezpośrednio lub po nieznacznym podwyższeniu spadek ciepłoty w żołądku; spadek ten jest tem znaczniejszy, im dłużej trwa zabieg i im bliżej żołądka znajduje się miejsca aplikacyi. W związku z odległością od żołądka miejsca aplikacyi znajduje się szybkość spadku ciepłoty; uprzednie ogrzanie ściany brzucha przyspiesza spadek spowodowany przez zimno.

b) Okład gorący, położony na brzuchu, podnosi ciepłotę w żołądku.

2) Co do kończyn.

a) Zimno aplikowane na kończyny sprowadza podwyższenie ciepłoty w żołądku.

b) Kąpiel gorąca nożna powoduje wybitne podwyższenie, ręczna wywiera wpływ nieznaczny.

Z prac nad działaniem miejscowych bodźców termicznych wiadomo, że przy aplikacyi lodu na powierzchnię brzucha ciepłota w jamie brzusznej stopniowo spada więcej w miejscach bliższych aplikacyi, mniej — w bardziej oddalonych ¹⁾. Fakt ten w zupełności zgadza się ze spostrzeganymi przezemnie, przeczy im jedynie doświadczenie SILEX'a ²⁾, który po położeniu worka z lodem na brzuch królika znajdował w jamie znaczne podwyższenie ciepłoty.

¹⁾ Według WINTERNITZ'a. Die Hydrotherapie. 1890, str. 141, 142, 143, 147 etc..

²⁾ Ref. z Przegl. Lek. 1894.

Jak mamy rozumieć powyższe fakty? Jeżeli przypomnimy sobie, że przewodnictwo mięśni jest 2 razy gorsze, niż wody [ADAMKIEWICZ ¹⁾], że bodźce termiczne miejscowe nie wpływają wybitnie na ciepłotę ciała [FLEURY, WERTHEIM ²⁾], że ciepłota pod skórą nie zmienia się ani pod wpływem ciepła, ani gorąca stosowanego na powierzchnię skóry [ERCOLANI i VALLA ³⁾], że wreszcie, przykładając lód lub okład gorący w przeciągu 6 godzin na skórę trupa, zauważyć można zaledwie nieznaczne wahania ciepłoty w jamach brzusznych [LOCHES ⁴⁾], to przyjdziemy do przekonania, że wzmiankowane wyżej różnice ciepłoty, występujące pod wpływem bodźców termicznych w jamie, brzusznej, założyć muszą przede wszystkim wbrew twierdzeniu niektórych autorów [SCHLIKKOFF] od stosunków cyrkulacyjnych, że więc są nie tyle fizycznego ile fizyologicznego pochodzenia.

Obniżenie ciepłoty w żołądku [o 0,2] pod wpływem 30-minutowej zimnej nasiadówki odpowiada w zupełności obniżeniu, jakie WINTERNITZ znajdował w odbytnicy pod wpływem tego zabiegu.

Duże stosunkowo wahania ciepłoty w żołądku pod wpływem bodźców termicznych stosowanych na kończyny potwierdzają oddawna empirycznie znany związek pomiędzy nerwami naczynioruchowymi dolnych kończyn a jamy brzusznej, że wspomnę tu o wpływie kąpeli gorących nożnych na przyspieszenie miesiączki u kobiet, o wpływie zaziębienia nóg na powstawanie spraw zapalnych w otrzewnej i t. p..

Przechodzę do wniosków ostatecznych.

1) Bodźce zewnętrzne miejscowe są w stanie zmodyfikować stosunki cyrkulacyjne w żołądku, *resp.* w jamie brzusznej.

2) Użyteczność w sprawach zapalnych jamy brzusznej t. zw. „*epispastica*“ nie daje się objaśnić niedokrwistością, mającą występować w narządach wewnętrznych.

3) Wpływ t. zw. „*epispastica*“ na krążenie w jamie brzusznej nie zależy od miejsca aplikacji na tułowi.

4) Zimno, zastosowane na tułów, sprowadza niedokrwistość w jamie brzusznej, gorąco—przekrwienie.

5) Nerwy naczynioruchowe kończyn wogóle, a kończyn dolnych przede wszystkim, znajdować się muszą w ścisłym związku z nerwami naczynioruchowymi jamy brzusznej.

Powyższe spostrzeżenia nasuwają mi kilka uwag nad pojmowaniem przeciwwapalnego działania bodźców zewnętrznych miejscowych.

Jeżeli zważymy, że z jednej strony t. zw. *epispastica*, których przeciwwapalnego działania wielokrotnie zaprzeczyć niepodobna, sprowadzają przekrwienie w jamie brzusznej, a z drugiej strony, że nie wiele na prawdę zależy na tem, czy w sprawach zapalnych jamy brzusznej zastosujemy na powierzchnię gorąco lub zimno, t. j. bodźce o wręcz przeciwnem działaniu naczynioruchowem, to

¹⁾ Według WINTERNITZ'a l. c. str. 126.

²⁾ Według WINTERNITZ'a l. c. str. 139, 141, 142.

³⁾ Według WINTERNITZ'a l. c. str. 140.

⁴⁾ Według WINTERNITZ'a l. c. str. 141.

przyjść musimy do przekonania, że przeciwzapalne działanie zarówno t. zw. *epispastica*, jako też bodźców termicznych miejscowych nie może zależeć od niedokrwistości, którą środki te w ogniskach zapalnych sprowadzać mają.

Spodziewać się raczej należy, że wchodzi tu w grę inne ważniejsze czynniki.

GENZMER¹⁾ w swej doświadczalnej pracy nad przeciwzapalnym działaniem miejscowych upustów krwi przyszedł do przekonania, że działanie to polega nie na bezkrwistości w ogniskach zapalnych, lecz na przyspieszeniu prądu krwi, przez który ciała przylegające do ścianek naczyń zostają oderwane i uniesione.

Coś podobnego, sędzę, zachodzić może przy stosowaniu wszelkich zewnętrznych, pobudzeń miejscowych. Rozszerzenie naczyń, jakie występuje na skórze pod wpływem każdego dłużej trwającego bodźca zewnętrznego miejscowego, poprzedzone najczęściej przez niedokrewność, z konieczności przyspieszać musi choćby nieznacznie obieg krwi w pewnych okolicach ciała, a między innemi, być może, w ognisku zapalnym.

Z drugiej znów strony WINTERNITZ²⁾ wykazał, że przy stosowaniu miejscowym zimna ilość zarówno bezbarwnych, jak i czerwonych ciałek krwi w miejscu aplikacji powiększa się, przyczem w miejscach oddalonych ilość tychże elementów zmniejsza się.

Otóż, silniejszy prąd krwi w ogniskach zapalnych oraz nagromadzenie się morfotycznych elementów krwi [*resp.* bakteryi] na powierzchni ciała, są to momenty, na których, przypuszczać by można, polega przedewszystkiem przeciwzapalne działanie omawianych środków.

Przez takie pojmowanie sposobu działania środków przeciwzapalnych zbliżam się do teorii panującej dawniej wśród lekarzy, a do dziś powszechnej wśród ludu, teorii której środki te zawdzięczają swą nazwę („*derivantia*“), a wedle której w sprawach zapalnych działać mają „odciągająco“.

III. O PATOLOGII I LECZENIU NIEŻYTU PRZEWLEKŁEGO UCHA ŚREDNIEGO

Podał

D-r S p i r a [z Krakowa].

— ❧ —

[Ciąg dalszy, — Patrz Nr. 26].

BEZOLD (29) [ob. Przegl. lek. 1889. № 23], znakomity badacz w zakresie otologii, zajął się bliżej tym przedmiotem i z własnych doświadczeń wysnuwa następujące wnioski: We wszystkich przypadkach obustronnego cierpienia uszu, w których różnica słuchu po obu stronach nie jest znaczna, ujemny wynik

1) Centralblatt f. die med. Wissensch. 1882. Nr. 13.

2) Blätter f. klin. Hydrotherapie. 1873. Nr. 11.

próby RINNE'go dowodzi istnienia zmian w narządzie głos przewodzącym. Odwrotnie zaś nie we wszystkich przypadkach zajęcia ucha środkowego musi wynik tej próby być ujemnym. Przeciwnie wynik i w takich przypadkach może być dodatni 1) w przewlekłych sprawach z ujemnym wynikiem badania za pomocą wziernika i cewnika, jeżeli słuch jeszcze jest względnie dobry, [nad 1 M. dla mowy cichej (LUCAE)], 2) w ostrych i ostrawych chorobach ucha średniego z wypociną w jamie bębenkowej, mimo znacznego obniżenia zdolności słyszenia. W sprawach daleko posuniętych i jednostronnych wynik może wypadać ujemnie, mimo nienaruszenia układu głos przewodzącego. Dodatni, prawidłowo długi lub nieznacznie skrócony wynik próby RINNE'go przy bardzo upośledzonym słuchu i wobec ujemnego wyniku badania za pomocą wziernika i natrysku każe wykluczyć ważny współudział układu głos przewodzącego w zaburzeniu czynności słuchowej i wskazuje z wielkiem prawdopodobieństwem na cierpienie nerwu słuchowego bez względu na to, czy ono jest obustronne, czy jednostronne.

Ale i co do wartości tej próby niema zgody między lekarzami, np. POLITZER, SCHWABACH, GRUBER i inni przypisują próbie WEBER'a większą wartość pod względem rozpoznawczym niż próbie RINNE'go. EITELBERG (30) przeprowadził na 100 chorych odpowiednie doświadczenia i znalazł na 94 razy [47 przypadków] nieżyty przewlekłego ucha środkowego 56 razy R+, 38 razy R—, 15 razy wynik był przeciwny, niż należało się go *a priori* spodziewać. W przypadkach EITELBERG'a rozpoznawano: zatkania woszczkiem (31), zapalenie przewodu zewnętrznego (1), zapalenie ropne ostre i przewlekłe (32), nieżyt ostry i przewlekły ucha środkowego (33) i cierpienie nerwu słuchowego (34); na podstawie wszystkich tych przypadków doszedł do wniosku, że względnie dobremu słuchowi odpowiada R+, złemu R—.

Nowa metoda różniczkowa, przez BING'a (35) podana, polega na tem, że się przystawia brząmiący kamerton na linii środkowej czaszki lub na wyrostku sutkowym, aż kamerton przestanie dźwięczyć. Jeżeli się wtedy natychmiast zatyka ucho palcem, ton na nowo na jakiś czas występuje. Ujemny wynik tej próby, t. j. brak następnej percepcyi, wskazuje na przeszkodę w przewodnictwie, względnie na zajęcie ucha środkowego. Tak samo znacznie skrócona percepcya powtórna, wobec przedłużonej lub przynajmniej nie skróconej percepcyi pierwotnej, każe przypuścić istnienie jakiegoś oporu w przewodnictwie głosu, podczas gdy dodatni wynik tej próby nie daje rękojmi, że utrzymaną jest czynność nerwu słuchowego, lub że niema przeszkody w przewodnictwie zewnętrznem.

W doniesieniu tymczasowem podaje JANKAN (36) nowy sposób odróżniania tych chorób, a mianowicie: jeżeli lekarz połączy swoje uszy z uszami chorego za pomocą dwóch otoskopów, to pierwszy słyszy brząmiący strojnik, na ciemieniu chorego nałożony, lepiej ze strony chorego ucha przy zajęciu narządu przewodzącego, a ze strony zdrowego lub mniej zajętego ucha przy zajęciu narządu przyjmującego dźwięki.

SCHWABACH (37) poleca w tym samym celu próbę trwałości percepcyjnej dla strojnika przyłożonego do ciemienia nałożonego. Przedłużenie percepcyi

przemawia za zajęciem narządu głos przewodzącego, skrócenie za cierpieniem narządu głos odczuwającego.

EITELBERG (38), pilny i pracowity badacz na tem polu, znalazł w 50 przypadkach z pewną dyagnozą powiększoną energię nerwu słuchowego u zdrowych lub u osób, chorobą ucha środkowego dotkniętych. Odwrotnie energia ta była zmniejszona w cierpieniach nerwu słuchowego. Doświadczenia bowiem wykazały, że kamerton brzącający, który badany słyszał przy uchu przez 15 – 20 minut, dał się, po ponownem uderzeniu, również długo lub dłużej słyszeć w wszystkich przypadkach nienaruszonego nerwu słuchowego. Na odwrót trwałość percepcyi wypadła później coraz krótszą w przypadkach zajęcia tego nerwu, co się tłumaczy osłabioną energią i prędkiem wyczerpaniem nerwu.

Poszukiwania BEZOLD'a (39) nad strojnikami wykazały, że narząd głos przewodzący pośredniczy w przewodnictwie fal dolnej części gamy, które drogą powietrza do ucha się dostają. Dla górnej części gamy ta część narządu słuchowego jest zbyteczną. Z tego powodu B. używa w celu próbnym najchętniej kamertonu najniższego, którego ton już w najlżejszem zajęciu ucha środkowego nie daje się słyszeć.

WOLF (40), proponuje w celach rozpoznawczych używać pewnych słów do badania słuchu i podaje, że w chorobach narządu głos przewodzącego upośledzona jest percepcya wysokich głosek syczących, tak, że chorzy np. zamiast „masa“ słyszą „matta“ i t. p.. W przypadkach, gdy chory nie słyszy zupełnie mowy, ani nie odczuwa drgań strojnika, można prawie z pewnością przypuścić chorobę nerwu słuchowego; nie można jednak wówczas rostrzygnąć, czy chorobą zasadniczą nie był nieżyty uszny, w którego przebiegu skutkiem pogorszenia mogło przyjść do zajęcia nerwu słuchowego.

Jak już wyżej wspomniano, wszystkie wrażenia słuchowe podmiotowe pochodzą od nerwu słuchowego, za pośrednictwem narządu głos przewodzącego, lub bez tego pośrednictwa. Szmerzy śróduszne, od zboczeń w krążeniu zależne, różnią się od pierwszych tem, że można zupełnie je stłumić za pomocą ucisku żyły lub tętnicy szyjowej lub innych mniejszych tętnic. W innych przypadkach można te szmerzy naczyniowe rozpoznać po ruchach tętniących na niezmienionej błonie bębenkowej, albo też niekiedy po tem, że dają się stwierdzić przedmiotowo.

Zawrót głowy, tak często wnikający nieżyty uszny i zależny, podobnie jak podmiotowe uczucia słuchowe, od drażnienia ośrodków nerwowych, występuje z powodów czysto nerwowych w chorobie MENIÉRE'a. Dla odróżnienia należy uwzględnić, że zbiór objawów MENIÉRE'a występuje u osób dotąd może zupełnie zdrowych nagle, jak błyskawica, obejmuje, prócz zawrotu i szumu, jeszcze ból głowy, wymioty i t. p.. Prócz tego zawrót głowy w nieżycie ucha środkowego prędko przemija, w chorobie MENIÉRE'a jest stały. Stępienie słuchu w pierwszym przypadku powoli dochodzi do wysokiego stopnia, w drugim występuje od razu jako zupełna głuchota. Wogóle cechą choroby MENIÉRE'a jest gwałtowne wystąpienie wszystkich wspomnianych objawów naraz.

Powiększenie pobudliwości nerwu słuchowego na prąd elektryczny, nad czem doświadczenia wyczerpujące przeprowadzili GRADENIGO (41) i POLLAK-

GAERTNER (42), daje się tylko częściowo wyzyskać w celach rozpoznawczych. BENEDIKT (43) odmawia jej wszelkiego znaczenia rozpoznawczego i twierdzi, że byłoby wielkim błędem przypisywać elektryczności jakąkolwiek wartość rozpoznawczą w tym zakresie.

Zdaniem URBANTSCHITSCH'a (44), objaw tak zw. *hyperacusis Willisii* nie jest bez znaczenia rozpoznawczego. WILLIS pierwszy w r. 1860 doniósł o głuchej kobiecie, która słyszała słowa tylko podczas bębnienia. Podobne przykłady podniesienia zdolności słuchu podczas szmeru podali później inni. JAN MUELLER odnosi to zjawisko do odrętwienia nerwu słuchowego, przyczem tylko silniejsze bodźce słuchowe pobudzają czynność słuchową. Inni badacze w rozmaity sposób starali się objaw ten tłómaczyć. Bądź co bądź, objaw ten może przyczynić się do pewniejszego rozpoznania. Jak bowiem potwierdzają ROOSA (45) i BUERKNER (46), objaw ten można spotykać tylko w cierpieniach ucha środkowego, a nigdy w zajęciu nerwu słuchowego. URBANTSCHITSCH przyznaje wprawdzie, że osoby dotknięte chorobą nerwu słuchowego mogą także doznawać polepszenia słuchu pod wpływem szmerów pobocznych, lecz ma to miejsce tylko z początku pojawienia się szmerów, potem zaś, i to bardzo prędko, słuch znowu się pogarsza, wskutek prędkiego wyczerpania zdolności słuchowej. Dłużej trwającą poprawę słuchu podczas szmeru można więc uważać za oznakę, że niedosłyszenie zależy od zmian w narządzie głos przewodzącym.

Jeżeli niedosłyszeniu towarzyszy nadczułość słuchowa [przykre lub bolesne odczucie pewnych dźwięków lub tonów, albo dłuższe utrzymywanie się wrażenia słuchowego po przestaniu brzmienia], to przemawia ona za pochodzeniem więcej centralnem upośledzenia słuchu. Należy jednak pamiętać, że przeczulica słuchowa może niekiedy wystąpić także w chorobach ucha środkowego, szczególnie jeżeli one są połączone z przekrwieniem części sąsiednich.

Słyszenie podwójne (*paracusis duplicatu*) jest to jakościowo zmienione odczucie tonów, skutkiem czego słyszymy zamiast jednego tonu 2 tony, jeden wyższy, drugi niższy; zależy ono od zaburzeń w narządzie głos odczuwającym. Przy zajęciu jednak narządu głos przewodzącego może wystąpić słyszenie podwójne, pozorne, z powodu różnej bystrości słuchu w obu uszach. W takim razie trzeba w celu rozróżnienia rzekomej *paracusis* od rzeczywistej zbadać przewodnictwo kostne.

Jeżeli chory np. odczuje, że jeden i ten sam dźwięk kamertonu jest przy jednym uchu wyższym lub niższym niż przy drugim, wtedy przystawimy kamerton na kości czaszki. Stąd fale głosowe dochodzą poczęści wprost do nerwu słuchowego, przyczem słyszenie podwójne rzekome znika i chory usłyszy tylko jeden ton w obu uszach, *paracusis* rzeczywista zaś pozostaje i chory usłyszy dalej dwa tony. Stwierdziwszy w ten sposób jedno lub drugie, zyskalibyśmy nowy czynnik w celu rozpoznania źródła istniejącego niedosłyszenia.

Głuchota ograniczona do pewnych tonów lub do pewnej grupy tonów zależy po największej części od zajęcia nerwu słuchowego. Wpływ stanów psychicznych, usposobienia i innych pewnych środków na bystrość słuchu przemawia za przyczyną nerwową; brak objawów ze strony układu ośrodkowego nerwowego i innych nerwów obwodowych—przeciwnie.

Powstanie głuchoty nagle po chorobie ostrej, zakaźnej, z wysoką gorączką przebiegającej, lub wśród choroby nerwowej, każe również przypuścić nerwową przyczynę choroby. W taki sposób dojdziemy, ściśle wzięwszy, często do rozpoznania choroby w mowie będącej, rzec można, tylko drogą wyłączenia (*per exclusionem*).

Jeżeli za pomocą różnych prób i sposobów jesteśmy w stanie wyłączyć chorobę układu głos odczuwającego, a dokładne badanie przewodu zewnętrznego i błony bębenkowej nie wykazuje żadnej innej choroby ostrej lub przewlekłej układu słuchowego obwodowego, wtedy jesteśmy uprawnieni nawet przy zupełnym braku objawów przedmiotowych, jedynie na podstawie podanych objawów podmiotowych i wyników rzeczonych metod badania rozpoznać z największym prawdopodobieństwem nieżyt przewlekły ucha środkowego. Do ustalenia rozpoznania tego dużo przyczynić się może przebieg choroby i wywiady. Skryty początek i powolny przebieg, powoli i niedostrzegalnie postępujące i rozwijające się objawy, powstanie choroby po zaziębieniu u osób zółzowatych, krzywiczych, suchotników, często lub stale na nieżyt dróg oddechowych cierpiących, nareszcie częste zmiany w nasileniu objawów podmiotowych, zależne od zmian atmosferycznych i klimatycznych w połączeniu z poprzednio podanymi sposobami badania, czynią rozpoznanie pewnem. O wiele trudniejsze—rzec można, niemożliwe—jest dokładniejsze umiejscowienie zmian i bliższe ich określenie w uchu środkowym. Zaledwie z niejakim prawdopodobieństwem wnioskować można z upośledzenia słuchu o znacznej nieprawidłowości okienka okrągłego i owalnego, które w narządzie głos przewodzącym największe mają znaczenie akustyczne. Gdzie zaś zmian szukać należy, czy w okienku okrągłym do ślimaka prowadzącym, czy w owalnym przysionku i na czem owe zmiany się zasadzają, o tem, opierając się na obecnych wiadomościach fizyologicznych i środkach pomocniczych rozpoznawczych, trudno orzekać. Nie tylko bowiem nie posiadamy w tej mierze cech rozpoznawczych, ale nawet przypuszczenia i domysły pod tym względem okazują się niedostateczne. Łatwo z poprzedniego pojąć, że choroba ta często może być nierozpoznaną i przeoczoną. Nie tylko dawniej, lecz nawet w najnowszych czasach pod miano stopienia słuchu nerwowego podciągane bywają rozmaite choroby, a głównie nieżyt przewlekły jamy bębenkowej; trudność rozpoznania w niektórych przypadkach tłómaczy znaczną ilość rzekomo-nerwowych cierpień ucha.

R o k o w a n i e można streścić w kilku słowach. *Quo ad vitam* jest ono zawsze pomyślne, *quo ad sanationem completam* niepomyślne, co do polepszenia bardzo względne. Wogóle można powiedzieć, że rokowanie zależy od stopnia niedosłyszenia, od nasilenia wrażeń słuchowych i od czasu ich trwania.

Zmiany na błonie bębenkowej bardzo małą w rokowaniu odgrywają rolę. Jeżeli błona jest zgrubiała, po części zwapniała, albo jeżeli widać liczne i mocne zrosty, które spowodowały częściowe lub całkowite zarośnięcie jamy bębenkowej, rokowanie bywa niepomyślne; albowiem zmiany te każą się domyslać, że obok zmian widocznych istnieją jeszcze inne głębsze w okienkach błędnikowych. Ważniejszy dla rokowania jest stopień ruchomości strzemiączka, do badania którego SCHWARTZE (47) polecił otworzenie jamy bębenkowej w tyl-

nym górnym odcinku błony. Nieruchomość tej kostki, jakoteż niedająca się usunąć niedrożność światła trąbki pogarszają znacznie rokowanie.

Tam, gdzie upośledzenie słuchu trwa dopiero od krótkiego czasu i bardzo powoli i stopniowo się powiększa, istnieje jeszcze jaka taka nadzieja, że leczenie będzie przydatne; stopień słuchu zaś zastarzałe, na jednym stopniu od kilku lat pozostające, mało zostawia nadziei polepszenia, gdyż w takim razie przypuszczać należy, że sprawa chorobowa, a zwłaszcza jej następstwa usunąć się więcej nie dadzą. Przeważnie bardzo smutnem wydaje się rokowanie w przypadkach, w których przewodnictwo głosu przez kości czaszki jest upośledzone. Wtedy bowiem podejrzenie następczego cierpienia błędnika jest usprawiedliwione, a to prawie zawsze jest nieuleczalne. Z tego samego powodu brak percepcji dla wysokich tonów, według poszukiwań LUCAE'go, nakazuje źle rokować. ROOS'a i BUERKNER (*l. c.*) spostrzegali wyleczenie zupełne spraw chorobowych usznych w przypadkach, w których istniało t. zw. „*paracusis Willisii*“ i uważają objaw ten, w przeciwieństwie do POLITZEN'a, jako czynnik, co najmniej, nie pogarszający rokowania.

Wrażenia słuchowe podmiotowe, dopóki są niestałe i zmienne w nasileniu, świadczą o stanie chorobowym, który się może jeszcze poprawić, stanowią zatem czynnik dla rokowania pomyślny. Tam zaś, gdzie szum w uszach jest trwały, a zwłaszcza gdzie występuje w połączeniu, wskazuje na współudział ucha wewnętrznego i czyni rokowanie niepomyślne.

Doniosłe znaczenie pod względem rokowania należy przypisać wynikom pierwszych prób leczniczych. Im znaczniejszą poprawę słuchu po pierwszych natryskach powietrznych otrzymać można, tem rokowanie jest pomyślniejsze. Wiadomo jednak, jak często w przypadkach nieżyty ucha, szczególnie jeżeli są zastarzałe i uporczywe, usiłowania lecznicze lekarza są bezskuteczne. Bywają jednak przypadki, w których leczenie nawet w zastarzałych nieżytych znaczne sprowadza polepszenie. Czasem zabiegi lecznicze o tyle pomyślnym bywają uwieńczone skutkiem, o ile upośledzenie słuchu się nie powiększa i nie przechodzi w całkowitą głuchotę. Bardzo pouczające pod tym względem są wyniki doświadczeń URBANTSCHUTSCU'a, które ten uczony przedstawił w postaci kilku krzywych linii i które można streścić w następujący sposób:

1) Stopień słuchu obustronne w nieżycie jamy bębenkowej przewlekłym może się wskutek leczenia po obu stronach równomiernie polepszyć.

2) Przy pierwotnie istniejącej znacznej różnicy w bystrości słuchu, może się ona na uchu silniej zajętem niestosunkowo znacznie polepszyć, tak, że ostatecznie pozostanie tylko nieznaczna różnica między jednym a drugim uchem, lub też nie będzie jej wcale.

3) Ucho poprzednio gorzej słyszące może doznawać większej poprawy i odzyskać lepszy słuch, niż drugie mniej chore ucho, mimo zupełnie jednakowego leczenia obu.

4) Szybkie polepszenie słuchu w początku lub w przebiegu leczenia można wogóle uważać za korzystne. Nie można jednak w każdym takim przy-

padku liczyć na trwałe polepszenie, ponieważ niekiedy jeszcze później słuch może się pogarszać i poprawa więcej nie nastąpi.

5) Odwrotnie, z pogarszania słuchu w początku leczenia nie należy rokować absolutnie niepomyślnie, albowiem może później nastąpić znakomite i trwałe polepszenie.

6) Nierzadko zdarzają się przypadki, w których słuch w jednym uchu się polepsza, podczas gdy przy jednakowym leczeniu obu uszu w drugim się pogarsza. Tylko stałe, mimo leczenia przez dłuższy czas, postępujące stępienie słuchu należy bezwarunkowo uważać za niepomyślne.

Jako znakomity przykład doraźnego nagłego pogorszenia słuchu zaraz po pierwszym natrysku, niech mi wolno będzie przytoczyć następujący pouczający przypadek: N. J. z Zarki, 50 lat. Przed dwoma laty doznał po zaziębieniu w lewym uchu szumu i osłabienia słuchu, który się coraz bardziej pogarszał. Zegarka nie słyszy wcale, mowę średnią w odległości 5 cm.. W prawym uchu czuje od 20 dni tępość i pełność, szum i stępienie słuchu. Zegarek na 1 ctm. mowę średnią na 2 m.. Badanie błony bębenkowej wykazało zmiany odpowiadające nieżyłowi ośrodkowemu ucha środkowego. Zaraz po pierwszym kateteryzowaniu słuch w prawym, t.j. lepszym uchu, tak się pogorszył, że pacjent zegarka wcale nie słyszał, a mowę głośną tylko przy uchu. Na lewej stronie nie było zmiany. Można sobie wyobrazić przerażenie chorego, który teraz, jak się zdawało, na jedno ucho prawie zupełnie ogłuchł i kłopotliwe położenie lekarza. Pomimo to, pogorszenie jest często tylko przemijające i ustępuje później miejsca poprawie, co miało także miejsce w przypadku przytoczonym. Fakty takie zawsze są i dla lekarza zbyt przykre i należy być zawsze przygotowanym na takie niespodzianki. **URBANTSCHITSCH** uważa takie objawy za odruchy ze strony nerwów czuciowych na ośrodek słuchowy. Niekiedy należy uważać za doskonały skutek leczenia, jeżeli choroba doprowadzona została do tego, że się dalej mało tylko pogarsza lub zostaje *in statu quo*. I taka poprawa jest wielkiej wagi, szczególnie jeżeli z wywiadów wypada, że dotąd choroba szybko postępowała i należy przypuścić, że przy takim samym dalszym przebiegu bez naszej pomocy przyszyłoby w krótkim czasie do zupełnej głuchoty. W pozornie bardzo niekorzystnych i nawet rozpaczalnych przypadkach, mimo znacznych następczych zmian w jamie bębenkowej leczenie może jeszcze być uwieńczone dobrym skutkiem, świadczą o tem doświadczenia poczynione, szczególnie w zakładach leczniczych publicznych, gdzie z przyczyn łatwo zrozumiałych leczenie częściej przez dłuższy czas przeprowadzać można. Poleca się w takich trudnych przypadkach leczenie przez lata całe i to 2—4 razy w roku przez 4—6 tygodni, a przy takim postępowaniu można czasem w późnym okresie jeszcze dodatnie skutki osiągnąć, a w najgorszym razie wstrzymać pogorszenie.

Sprawy nieżytowe należą do szeregu tych spraw chorobowych, które po ustąpieniu pozostawiają skłonność do powrotu. Nieżyt raz przebyty powoduje mniejszą odporność, tak, że najblachsza podniecia zewnętrzna, któraby w innym razie przy mniejszem usposobieniu nie wywarła najmniejszego wpływu szkodliwego, w tym razie cierpienie zaledwie przytłumione na nowo roznieca. Te częste nawroty również wymagają u pewnych chorych ciągłego leczenia.

U chorych starszych i szczególnie przy długiem trwaniu choroby rokowanie przedstawia się niekorzystnie. Nie tylko bowiem w takich razach zmiany w jamie bębenkowej są znaczniejsze, trwalsze, odporniejsze i trudniej usunąć się dające, lecz też nerw słuchowy wskutek długotrwałej nieczynności staje się mniej wrażliwym, a stan taki zaledwie niekiedy daje się poprawić.

Oslabienie wrażliwości nerwu słuchowego następuje w takich przypadkach w sposób podobny do tego, w jaki powstaje niedowidzenie z nieużywania (*amblyopia ex anopsia*) skutkiem zezu u dzieci, i w jaki, według LEBER'a, powstaje zupełna utrata pocucia światła w następstwie długotrwałego zamknięcia powiek w skurczu tychże.

Niektórzy osłabienie wrażliwości nerwu słuchowego w przebiegu chorób ucha średniego uważają za następstwo ustawicznego zwiększonego ciśnienia śródusznego.

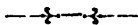
Doniosły wpływ wieku na uleczalność wszystkich chorób ogólnie jest znany. Co do chorób usznych wyraża się COZZOLINO w następujący sposób: Od wieku dzieciństwa do wieku młodzieńczego można wyleczyć, a co najmniej znacznie poprawić wszystkie choroby uszne z wyjątkiem głuchoty wrodzonej i tej, która zależy od zboczeń ośrodkowych lub od zajęcia nerwu słuchowego. Od 15—30 roku życia $\frac{3}{4}$ przypadków są uleczalne. W późniejszym wieku zachodzi odwrotny stosunek i choroba tem mniej jest uleczalna, im starszy jest wiek chorego.

Co do pierwszej części, zapatrywanie to, według mego zdania, nie wytrzymuje krytyki. Niestety, i w młodszym wieku nie wszystkie choroby uszne i nie zawsze są uleczalne i zależy to, oprócz wieku, jeszcze od wielu innych czynników, o których mówiłem wyżej.

W przebiegu nieżytu przewlekłego jamy bębenkowej można odróżnić okres rozrostowy i zanikowy. Ale nie zawsze choroba przechodzi oba te okresy. Niekiedy stan w początku rozrostowy nie przechodzi nigdy w stan zanikowy; w innych znowu przypadkach choroba zaraz w początku występuje w postaci zanikowej. Otóż, rokowanie jest zawsze lepsze w okresie rozrostowym, w postaci zaś zanikowej w t. zw. stwardnieniu (*sclerose*), w którym błona śluzowa jamy bębenkowej jest sucha, skurczona, bliznowata, ścięgnisto-biała, naczynia krwionośne zmienione i niezdolne do przywrócenia prawidłowego odżywienia, polepszenia nawet skromnego oczekiwać nie należy.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



59. Aldibert. Osteomyelitis acuta u dzieci poniżej lat dwóch.

SENN opisał przypadek dziecka, które przyszło na świat z objawami ropnego zapalenia szpiku kostnego; istnieje przeto możliwość zakażenia wewnątrzmacicznego. O wiele częściej zakażeniu podlegają noworodki w czasie samego porodu, przyczem u dziecka rozwija się *osteomyelitis*, u matki zaś gorączka połogowa, lub też zakażenie następuje przez ranę, powstałą po odpadnięciu

pępowiny. Jeszcze łatwiej rozwija się *osteomyelitis* u ssawców, u których z jednej strony zaburzenia żołądkowo-kiszkowe osłabiają ustrój i czynią go bardziej podatnym do zakażenia, z drugiej zaś strony rozmaite wysypki, owrzodzenia dziąseł przy ząbkowaniu, wreszcie szczepienie ospy, stanowią czynnik, wielce sprzyjający przedostawaniu się drobnoustrojów do krwi.

Pod względem objawów klinicznych ostre zapalenie szpiku kostnego, występujące w ciągu pierwszych dwóch lat życia, odznacza się mnogością ognisk ropnych, rozwijających się w rozmaitych kościach. Ilość tych ognisk bywa o tyle większa, o ile dziecko jest młodsze.

Na 33 spostrzegane przypadki w 14 znaleziono *osteomyelitis multiplex*. Taka łatwość rozsiewania się ognisk ropnych po kościach zależy od zmian w odżywianiu i ukrwieniu, jakim podlegają kości w tym okresie życia. Obok łatwości, z jaką przenosi się *osteomyelitis* z jednych kości na inne, zwraca A. jeszcze uwagę na skłonność procesu do rozszerzania się na całą lub znaczną część kości porażonej. Podczas gdy u dzieci starszych ogniska ropne bywają bardziej umiejscowione, u dzieci poniżej lat dwóch sprawa zapalna rozlewa się, przechodzi bardzo często na nasady, a następnie na stawy. Taką częstość porażenia nasadowych części kości A. uważa za drugi charakterystyczny dla omawianego wieku objaw. Do rzędu najczęściej występujących powikłań należą: oddzielenie nasad i zapalenie stawów. Z pomiędzy 30 przypadków, spostrzeganych w ostrym okresie cierpienia, w 15 widziano oddzielnie nasad jednej lub wielu kości. Co do częstości tego powikłania, to występuje ono w następującym porządku: udo [obadwa końce], goleń [koniec górny], kość łokciowa i promieniowa [obadwa końce], ramię [koniec górny], strzałka [koniec dolny]. Ropne zapalenia stawów, jako powikłanie ostrego zapalenia szpiku kostnego, widziano 15 razy na ogólną ilość 30 przypadków. Zapalenia takie zajmowały jeden lub też wiele stawów i co do częstości występowały w takim porządku: kolano, staw biodrowy, łokieć, staw barkowy, staw napięstkowy, staw krzyżowo-biodrowy. Najczęściej powstają tego rodzaju powikłania wskutek przeniesienia się sprawy zapalnej z kości bezpośrednio na staw, rzadziej—wskutek pęknięcia do stawu ropnia około-stawowego lub ropnia podokostnego. We wszystkich przypadkach, powikłanych zapaleniem stawów, pierwotne ognisko zapalne w kości dawało objawy bardzo wyraźne. Wobec tego autor nie mógł sprawdzić słuszności poglądu KOPLICK'a i ARSDALE'a, którzy twierdzili, że takie wtórne ropne porażenia stawów mogą stanowić powikłanie pierwotnego zapalenia szpiku kostnego, które to zapalenie przebiega jednakże bez żadnych zewnętrznych objawów. Z pomiędzy innych powikłań, towarzyszących zapaleniu szpiku, na uwagę zasługuje jeszcze ropne zapalenie sutek.

Przy rozpoznawaniu cierpienia należy baczyć, zdaniem autora, by nie pomylić go z t. zw. chorobą PARROT'a (*pseudoparalysis syphilitica*). Tu jednakże należy zwracać uwagę, że sprawa syfilityczna zaczyna się zwykle pod postacią gumatów. Nadto przy *osteomyelitis* mamy zawsze gorączkę, ciężkie objawy ogólne, miejscowo ból i obrzmienie wokół ogniska ropnego, co pozwala odróżnić tę sprawę od porażenia syfilitycznego. Co do rokowania, omawiane cierpienie należy do rzędu bardzo ciężkich *quo ad vitam*. Na 25 dzieci, których los

wiadomy, zmarło 15. Najczęściej umierały dzieci pomiędzy 4 i 12 dniem wskutek zakażenia ogólnego. Raz tylko śmierć nastąpiła po upływie półtora miesiąca wskutek posocznicy przewlekłej. *Quo ad functionem*, rokowanie przedstawia się nieco lepiej. Najczęściej wskutek choroby występowały zgrubienia kości, oraz zgorzel z długotrwałymi przetokami. Raz widziano wydłużenie uda na 3 centymetry. W przypadku OLLIER'a dziecko 8 dniowe uległo wieloogniskowemu zapaleniu kości; w kilka miesięcy potem wydzielił się całkowicie trzon promienia. W 17-ym roku też dziewczynka przedstawiała skrócenie promienia na 55 mm., i skrócenie kości łokciowej na 45 mm.. Ruchy były prawidłowe.

Leczenie zapalenia szpiku kostnego w omawianych warunkach niczem nie różni się od leczenia, w późniejszym wieku stosowanego. Polega ono na trepanowaniu nasad i szerokiem otwieraniu stawów w razie ich ropnego porażenia. Jeżeli ropnemu zapaleniu ulega chrząstka nasadowa i trzon, należy także natychmiast wykonać trepanację, aczkolwiek nie zapobiega ono zwykle odzieleniu się nasad. Trepanację taką wykonać można za pomocą łyżeczki.

(*Gaz. hebdomadaire*, 1894. Nr. 22 Juin 2).

Sawicki.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 15 V. 1894 r.

BRONISŁAW SAWICKI przedstawił dwóch chorych. Pierwszy przypadek dotyczył chorego, u którego S. przed 5-ciu laty wykonał plastyczną operację MAAS'a na lewej goleni. Z powodu *osteomyelitis tibiae sin.* powstało znaczne owrzodzenie na przedniej powierzchni goleni. Dwukrotnie wykonana operacja THIERSCH'a nie dała wyników zadawalających, cel został osiągnięty dopiero po wykonaniu operacji MAAS'a, przyczem płat wziętym był z biodra prawego. Drugi przypadek dotyczył dziecka, któremu przy porodzie rozdarto palcem krocze. *Incontinentia alvi et urinae* w danym przypadku skłoniły SAWICKIEGO do zeszczenia krocza metodą LAWSON TAIT'a [w lecznicy D ra BĄCZKIEWICZA]; cel został w zupełności osiągnięty.

Prof. KOŚCIŃSKI przedstawił preparat znacznych rozmiarów *lipomatis arborescentis*. Tłuszczak ten usunięty został ze stawu kolanowego 19-o letniej dziewczyny z pozostawieniem całego stawu.

BRUNER MIKOŁAJ przedstawił chorą 49-oletnią, pochodzącą z rodziny zdrowej. W 33-im roku życia podczas 7-ej ciąży dostała skutkiem przestrawu mdłości, wymiotów i zawrotu głowy, a wkrótce potem zjawily się kurcze mięśni twarzy i przepony, które trwają dotychczas. Badanie narządów wewnętrznych zmian żadnych nie wykazuje. Kurcze występują pod wpływem jakiegokolwiek wrażenia w postaci symetrycznego kurczu mięśni twarzy, języka, czasem powiek górnych; prawie jednocześnie zjawia się i kurcz przepony. Gdy chora zaśnie, kurcze ustają. Przy badaniu nie znaleziono żadnych objawów historycznych. Na wysokości 2-go kręgu szyjowego B. wynalazł punkt, przy

ucisku którego następuje pełny obraz skurczów. Chora przez cały ten czas leczona była niejednokrotnie; przypuszczano zależność skurczów od *oxyuris* lub od solitera, leczenie jednak w tym kierunku było bezskuteczne; również bez wpływu były wszelkie środki nanerwne. Chora miała to przekonanie, że po santoninie kurcze się zmniejszają, i tak było w istocie, ale zmniejszały się również po *saccharum album*, który podawano jako santoninę. Br. przypuszcza, że jest to forma płasawicy rytmicznej.

BIERNACKI uważa, że jest to najklassyezniejszy przypadek z grupy *tic*ów. Do rozpoznania tego skłania go przedewszystkiem okoliczność, że, jak twierdzi BRUNER, chora nie ma objawów historycznych. Zapewne *chorea rhythmica* może się przejawiać w postaci takich celowych, koordynowanych ruchów, jakie ma przedstawiona chora; ale *chorea rhythmica* zjawia się jako równoważnik jednego z objawów historycznych, nagle się zjawia i prawie nagle może zniknąć i właśnie ta zmienność przebiegu zasadniczo ją różni od *tic*ów, które są nader uporczywe, trwają całymi latami bez przerwy, bardzo często kojarzą się lub kończą zaburzeniami psychicznymi.

BRUNER odpowiada, że regularność i rytmiczność ruchów, jak również fakt, że ruchy te ustają we śnie, wskazuje, że jest to płasawica, nie *tic*; prócz tego przy *tic*u po 16 latach byłyby już inne objawy.

WOŁKOWICZ przedstawił 15-letnią pannę, R. J., z e z n a c z n e m s k r ó c e n i e m l e w e g o r a m i e n i a. Skrócenie wynosi 9 ctm.. Po stronie prawej odległość pomiędzy brzegiem wyrostka barkowego (*acromion*) i górnym brzegiem główki kości promieniowej wynosi 30 ctm., po lewej zaś 21; lewe ramię jest więc prawie o trzecią część krótsze od prawego.

Skrócenie to chora zauważyła po raz pierwszy 9 miesięcy temu; przymierzając wtedy stanik, spostrzegła, że lewy rękaw jest o parę cali dłuższy, niż prawy i że łokieć tego rękawa przypada niżej właściwego miejsca. Badając przyczynę tego faktu, chora została mocno zdziwioną, gdy spostrzegła, że ma lewe ramię krótsze od prawego. Skrócenie to ma być obecnie znaczniejsze, niż w owym czasie, kiedy je chora po raz pierwszy dostrzegła. Prawie jednocześnie miały wystąpić bóle w okolicy łopatki, stawu barkowego, ramienia, po stronie łokciowej przedramienia i w 4-ym i 5-ym palcu lewej ręki. Po każdym wysiłku [chodzeniu lub pracy ręcznej] ból miał się zwiększać. Charakter bólu był łamiący, a niekiedy tętniący. Zdarzały się niekiedy jakoby drgawki we wskazicielu, a raz nawet jeden w całej lewej kończynie; trwały one wtedy około 15 minut; więcej się jednak nie powtórzyły.

Jednocześnie z wystąpieniem bólu spostrzegła chora, że kończyną lewą nie może tyle poruszać co prawą, że następnie ruchy były coraz bardziej utrudnione, tak, że obecnie jednak ruchy ma swobodniejsze i że coś cięższego prędzej tą ręką podnieść może.

Chora pochodzi z rodziny zdrowej i żadnych poważniejszych chorób, prócz odry w dzieciństwie, nie przechodziła.

Chora dobrze i prawidłowo zbudowana; badanie narządów wewnętrznych żadnych zmian nie wykazuje. Stan bezgorączkowy.

Przy oglądaniu chorej rzuca się w oczy owo skrócenie lewego ramienia; obojczyki i łopatki stoją na jednym poziomie, łokieć zaś lewy stoi o wiele wyżej, niż prawy. Długość przedramion i dłoni zupełnie jednakowa. Okolica barkowa lewa w porównaniu z prawą bardziej spłaszczona w kierunku strzałkowym (przednio-tylnym). *Processus coracoideus* po stronie lewej o wiele wyraźniej się zarysowuje i wyczuwa, niż po stronie prawej.

Przy usiłowaniach ruchów czynnych w stawie barkowym lewym jednocześnie z ramieniem porusza się łopatka. Ruchy bierne w tymże stawie możliwe, choć ograniczone; przy tych ruchach czuć i słyszeć w stawie trzeszczenie (*crepitatio*), a okazuje się jednocześnie, że główka kości ramieniowej jest mocno zmieniona, albo też może jej wcale nie ma. Badając kość ramieniową, znajdujemy, że cała jej górna część jest zmieniona: jest ona jakby spłaszczona i wygięta w górnej części łukowato na zewnątrz, przedstawia na powierzchni swojej nierówności, i pomiędzy nimi na wysokości przedniej fałdy pachowej dość duży, dający się w palce ująć, występ kostny.

Przyczynę tak znacznego skrócenia kości ramieniowej upatrywać należy w zniszczeniu lub w zbyt wczesnem skostnieniu chrząstki nasadowej. Jaka jednak sprawa wywołała w danym przypadku owo zniszczenie lub skostnienie, jasnem nie jest. Na uraz żadnych danych w anamnezie nie ma; przypuszczać jaką sprawę nowotworową lub torbiel lub też bąblowca, rozwijającego się w okolicy chrząstki nasadowej—niepodobna, mielibyśmy bowiem wtedy nadmiar tkankiw okolicy barku, a nie brak jej, jak to u naszej chorej widzimy. Pozostaje więc tylko przypuszczenie sprawy zapalnej, mianowicie zapalenie szpiku kostnego kości ramieniowej, które przebiegało skrycie i które spowodowało powolne zniszczenie [niejako topnienie] kości, a jednocześnie i górnej chrząstki nasadowej kości ramieniowej. (*Autoreferat*).

W dyskusyi prof. Kosiński sądzi, że chora musiała nie zwrócić uwagi na swój stan, i że cierpienie, po którym pozostało skrócenie, odnieść należy do wczesnego dzieciństwa. Widoczne obecnie zmiany pozwalają przypuszczać, że była to sprawa zapalna, mianowicie *osteo-myelitis et chondritis epiphysearia*.

Sekretarz stały zapytuje się, czy chora miewała dawniej bóle w skróconej kończynie i czy gorączkowała?

Wołkowicz odpowiada, że chora bóle miewała; co się zaś tyczy gorączki, to trudno pod tym względem coś stanowczego powiedzieć: chora przypomina sobie, że miewała dreszcze, że po dreszczach doznawała uczucia gorąca; pragnienie jednak nie było zwiększone, łaknienie zawsze dobre, a od pracy nigdy się nie odrywała.

Sekretarz stały zwraca następnie uwagę na guzik twardy, jak kość, znajdujący się w miejscu odpowiadającem chrząstce między trzonem a główką kości. Jest to prawdopodobnie skostniała narośl chrzęstna, na wspomnianej chrząstce niekiedy powstająca. Takie narośle chrzęstne podczas wzrostu kości stopniowo posuwają się ku dołowi i tym sposobem z czasem taka narośl chrzęstna może się znaleźć na kości, a skostniawszy, tutaj może dać początek narośli kostnej, powstałej nie z okostnej, lecz z chrząstki. Jeżeli w ciągu 15-tu

lat guzik ten znajduje się jeszcze na miejscu odpowiadającym chrząstce, między trzonami a główką położonej, a skostnienie jego może powstać tylko wskutek skostnienia samej chrząstki, to świadczyłoby to o dawnym, a więc bardzo przedwczesnym skostnieniu tej chrząstki, a tem samem o uniemożliwieniu rośnięcia kości z końca górnego. A więc skrócenie kończyny żadną miarą nie mogłoby powstać w ostatnich miesiącach, jak to się chorej wydaje.

JAWDYŃSKI również uważa skrócenie kończyny w danym przypadku, jeżeli nie za wrodzone, to przynajmniej za bardzo dawne. Przyczyna skrócenia mieści się niewątpliwie w górnej chrząstce epifizearnej. Ciekawem byłoby dowiedzieć się, czy poród tej chorej odbywał się prawidłowo, czy też z pomocą i czy nie było złamania przy pociąganiu za rączkę, które spowodowało zmiany, w następstwie doprowadzające do skostnienia chrząstki epifizearnej. Bóle mogła spostrzedz chora jednocześnie ze zwróceniem uwagi na skrócenie.

KRYSIŃSKI uważa pogląd JAWDYŃSKIEGO za słuszny. KUETZNER zwracał uwagę na możliwość powstrzymania wzrostu kończyny przy oderwaniu epifizy od diafizy podczas porodu.

Wiadomości bieżące.

— W N-rze czerwcowym „Zdrowia“ czytamy, iż otrzymano pozwolenie na urządzenie w r. 1895 w Warszawie wystawy higienicznej. Wybrano już komitet zarządzający wystawę. Prezesem komitetu jest prof. BRODOWSKI, wice-prezesami: starszy inżynier wodociągów GROTOWSKI; starszy inżynier miasta MOŚCICKI; D-r PRZEWOSKI; inspektor urzędu lekarskiego miasta Warszawy D-r TROICKI; sekretarzem głównym D-r POŁAK. Jeśli komitet otrzyma pozwolenie zarządu miasta, to wystawa odbędzie się na stacyi filtrów.

— **Komitet Kassy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** w wykonaniu warunku w testamencie śp. D-ra JANA BĄCEWICZA zastrzeżonego ogłasza nazwiska 5-ciu wdów po lekarzach, którym na posiedzeniu Komitetu w dniu 20 b. m. przyznane zostały wsparcia z legatu BĄCEWICZA każdej po rs. 90 a mianowicie: Lubodzieckiej Stefanii, Różyckiej Józefie i Wierzbickiej Maryi w Warszawie zamieszkałym, oraz Ambrożewicz Ludwice we Włodawie i Treпка Ludwice w Lublinie.

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia,
D-r Rogowicz.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 24 Юня 1894 г.

Друк К. Ковалевського, Królewska Nr. 29.