

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Uwagi nad dusznicą bolesną (stenocardia, angina pectoris). Napisał Władysław Biegański. (Dalszy ciąg).—Przyczynki do fizjologii zrazów czołowych. Przez D-ra A. Groszlika. (Dalszy ciąg).—Bibliografia i krytyka. Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studierende von D-r L. Jacobson. Ocenil D-r Teodor Heiman.—Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 20 marca r. b. — Streszczenia i Wyciągi. 44. Badania kliniczne żółtaczki noworodków. 45. O leczeniu gruźlicy zapomocą przekrwienia zastoinowego metodą Bier'a. 46. O plamicy (Purpura). 47. O zapaleniu płuc u małych dzieci. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) D-r L. Biegański—Quelques considerations sur l'angine de poitrine. 2) D-r A. Groszlik—Contributions à la physiologie des lobes frontaux.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Biegański—Ueber das Wesen der Angina pectoris. 2) D-r A. Groszlik—Beiträge zur Physiologie der Frontal-Lappen.

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

UWAGI NAD DUSZNICĄ BOLESNĄ

(stenocardia, angina pectoris).

Napisał **Władysław Biegański,**

lekarz Szpitala N. M. P. w Częstochowie.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 14).

W powyższym przypadku znajdujemy tę ciekawą okoliczność, że w czasie napadów dusznicy bolesnej wystąpił mocny uporczywy nerwoból prawego spłotu ramieniowego. Nerwoból ten należy właściwie uważać za przejaw dusznicy bolesnej z niezwykle tylko umiejscowieniem. Za takim pojmowaniem tej sprawy przemawiają: wystąpienie nerwobólu w trakcie seryi napadów dusznicy bolesnej, powrót tych napadów zaraz po ustąpieniu nerwobólu oraz brak innych jakichkolwiek momentów przyczynowych.

Nie będziemy tutaj przytaczali opisu innych spostrzeganych przypadków. Wybraliśmy trzy najwięcej typowe przypadki dusznicy bolesnej, i te, jak sądzę, doskonale całą sprawę ilustrują. Świadczą one niezbicie, że w początkowych okresach dusznica bolesna przedstawia się jako czysty nerwoból, że czynność serca w tym właśnie okresie małym ulega zmianom i że mijają niekiedy lata całe, nim w czynności serca ujawnią się wybitne zmiany, świadczące o osłabieniu mięśnia sercowego. Prędzej jednak czy później, okres taki osłabienia czynności serca przyjść musi. Wynika to nie z samego nerwobólu spłotu sercowego, nie z samej dusznicy bolesnej jako sercowej, ale ze spraw anatomicznych, zachodzących bądź w aorcie, bądź w tętnicach wieńcowych, a będących pośrednio przyczyną napadów dusznicy bolesnej. Długotrwały

przerost mięśnia lewej komory przy wadach zastawek półksiężycowych, lub samej tylko miażdżycy ścian aorty; rozwijanie się blizn łącznotkankowych w mięśniu sercowym przy stwardnieniu tętnic wieńcowych; wszystko to w końcu doprowadza do zwyrodnienia włókien mięsnych i osłabienia samej czynności serca.

Jeżeli takie osłabienie czynności serca wystąpiło, to obraz kliniczny dusznicy bolesnej znakomicie się zmienia. Do napadów stenokardyi przyłączają się przedewszystkiem napady dusznicy sercowej. Dusznica sercowa (*asthma cardiacum*), jak to już w innem miejscu zaznaczyliśmy, należy do najwcześniejszych objawów wyczerpania lewej komory serca. Wskutek takiego wyczerpania następuje zastój krwi w małym krwiobiegu, ograniczenie przestrzeni oddechowej i utrudnienie wymiany gazów w płucach. Wszystko to wyraża się w postaci napadów duszności, mniej więcej nagle występującej, przyczem wysłuchując, znajdujemy w płucach zaostrozony szmer oddechowy, liczne rżenia, bądź suche świszczące, bądź wilgotne trzeszczące. Zmiany te w oddechu i rżenia zależą od zastoju krwi w płucach, t. j. od tej samej przyczyny, co i duszność.

Otóż tedy bardzo często się zdarza w końcowych okresach opisywanej obecnie przez nas sprawy, że napady stenokardyczne występują jednocześnie z napadami dusznicy sercowej. Chory czuje mocny ból w okolicy serca jednocześnie z trudnością oddechania. Wtedy i tętno bywa najczęściej przyspieszone, drobne, niekiedy zupełnie niemiernie i stłumienie serca bywa powiększone, a w płucach wysłuchujemy liczne rżenia i oddech zaostrozony. Taką kombinację stenokardyi z dusznicą sercową spotykamy, jak już powiedziałem, tylko w końcowych okresach dusznicy bolesnej i wtedy rzeczywiście rozróżnienie obu tych spraw do takiego stopnia jest trudne, że, jak powiada STOKES, „wiele przypadków, uznanych przez jednego lekarza za dusznicę bolesną, inny nazwałby dusznicą sercową“. W każdym razie w różniczkowaniu należy się zawsze powołać do bólu: jeżeli chory podczas napadu czuje ból, to dusznica bolesna jest niewątpliwie obecna; przeciwnie zaś duszność bez bólu świadczy o dusznicy sercowej.

Dziwne mi się wydaje zdanie STOKES'a i A. FRÄNKEL'a, że czyste napady dusznicy bolesnej zdarzają się rzadko, że to, co się u nas najczęściej mianem dusznicy bolesnej oznacza, powinnyby właściwie nazywać się dusznicą sercową. Czyżby tak znakomity znawca chorób sercowych, jak STOKES, nie widywał napadów prawdziwej dusznicy bolesnej, nie powikłanej ani dusznością, ani wyraźnem zaburzeniem w czynności serca? Wszak każdy doświadczony lekarz-praktyk przypadki takie z pewnością na dziesiątki liczyć może. To jedno wszakże jest prawdą, że przypadki czystej dusznicy bolesnej w szpitalu zdarzają się niezmiernie rzadko. Przez ostatnie 5 lat nie widziałem w szpitalu ani jednego niepowikłanego przypadku stenokardyi, tymczasem liczba takich przypadków, spostrzeganych przeze mnie w tym samym czasie w prywatnej praktyce, dochodzi do 14. Chory na niepowikłaną dusznicę bolesną rzadko szuka pomocy w szpitalu, napady bowiem czystej stenokardyi szybko zwykle przemijają; dopiero z wystąpieniem dusznicy sercowej i obrzęku chory zapisuje się do szpitala, gdyż przestaje być zdatnym zupełnie do pracy. Widocznie więc i STOKES i FRÄNKEL opierają swoje zdanie tylko na spostrzeżeniach szpitalnych, i tym tylko sposobem tłómaczyć sobie mogą ten niepojęty dla mnie pogląd powyższych autorów na częstość typowej stenokardyi.

W przebiegu dusznicy bolesnej odróżnić możemy 4 następujące postacie, wybitnie różniące się pod względem klinicznym:

1) Postać poronna dusznicy bolesnej wyraża się błyskawicznymi napadami, trwającymi bardzo krótki przeciąg czasu. Ona to zaczyna zwykle szereg napadów stenokardycznych. Napady w tej postaci mają tę właściwość, że występują tylko przy wysiłkach, przy nagłych ruchach. Chory w pokoju, przy zwykłej swej czynności domowej nie doznaje żadnych dolegliwości, lecz niech tenże chory wyjdzie na ulicę, wejdzie na schody lub podniesie jakiś ciężar, wtedy natychmiast dostaje nagłego błyskawicznego napadu. Ból taki nie trwa długo, jakeśmy to już nadmienili, minutę, kilkanaście sekund zaledwie i bez śladu przemija, jest jednak tak mocny, że zmusza chorego chwilowo do przerwania wszelkiej czynności. Postać ta dusznicy bolesnej jest bardzo zwykła u ludzi wiekowych, przy mniej więcej rozległym stwardnieniu tętnic. Jej obecność dowodzi stanowczo zmian anatomicznych bądź w tętnicach wieńcowych, bądź w aorcie. Napady poronne nie zawsze tak jaskrawo i tak wyraźnie występują. W pewnych przypadkach ból nie jest ani tak mocny, ani też tak nagle nie występuje. Chory niekiedy przy dłuższym chodzeniu dopiero uczuwa pewne gniesienie, palenie pod mostkiem, w górnej jego części. Dolegliwość ta powstaje niepostrzeżenie, nie jest ona na tyle uciążliwa, żeby wstrzymywała ruchy chorego, i ustaje pomału podczas odpoczynku.

Powyżej opisana postać poronna zwykle zaczyna szereg napadów stenokardycznych. Zdarza się to szczególnie w tych przypadkach dusznicy bolesnej, którą autorzy nazywają prawdziwą (*Coronarangina*). W przypadkach czysto nerwowych ta postać dusznicy bolesnej nie spotyka się. Jeżeli wśród napadów stenokardycznych przy zatruciu nikotyną wystąpią podobne poronne napady, to fakt ten dowodzi, że w tętnicach wieńcowych serca u danego osobnika nastąpiły już pewne zmiany miażdżycowe, gdyż w obrazie czysto nerwowej stenokardii wskutek zatrucia nikotyną, podobnych błyskawicznych napadów w zależności od wysiłków niema.

Postać poronna trwa rozmaicie, niekiedy bardzo krótko, kilka tygodni lub miesięcy, a niekiedy lata całe. Znam chorego w wieku lat 50, u którego przed 5 laty po raz pierwszy wystąpiły błyskawiczne napady dusznicy bolesnej poronnej. Przez całe te pięć lat napady stenokardyczne często się u niego powtarzają, zawsze jednak tylko w postaci poronnej i tylko przy większych wysiłkach. U drugiej chorej, lat 58, z ogólnym otluszczeniem i zwężeniem ujścia aorty, napady stenokardyczne w postaci poronnej trwają już $2\frac{1}{2}$ roku. Tutaj jednak napady te widocznie stale wzmagają się. Chora poprzednio miewała tylko ból przy wchodzeniu na schody lub przy szybkim chodzeniu po ulicy, nigdy zaś nie miewała bólu przy zajęciu domowym; obecnie jednak napady te bólu przytrafiają się i podczas zajęcia domowego, nie wymagającego wysiłku. U tej chorej można również zauważyć, że, podobnie jak i wysiłki, wywołująco na napady stenokardyczne działają wzruszenia moralne. Gniew, troska, radość są w stanie wywołać napad dusznicy bolesnej, przy zachowaniu zupełnego spokoju fizycznego.

Z biegiem czasu z dusznicy bolesnej poronnej rozwija się postać t. z. seryowa, gdzie napady występują niezależnie od wysiłków, że tak powiem seryami, przez dłuższy przeciąg czasu (patrz opis przypadku III). W innych przypadkach z postaci poronnej rozwija się bezpośrednio postać, powikłana osłabieniem czynności serca (opis przypadku I).

2) Do drugiej postaci dusznicy bolesnej zaliczam te przypadki, gdzie napady występują seryami przez długi przeciąg czasu. Tutaj ztraca się już

zupełnie zależność napadów od ruchów, od wysiłków; chory podczas spokoju, nawet podczas leżenia w łóżku dostaje mocnych napadów stenokardyi. Napady te mają tę własność, że występują seryami. Kilka tygodni lub miesięcy rzędu napady powtarzają się codziennie, nawet kilka razy dziennie, poczem następuje dłuższy przestanek, niekiedy rok i więcej czasu obejmujący. Po tym przestanku może znowu nastąpić druga serya napadów, następnie znów przestanek i t. d. Przestanki mogą być zupełnie wolne od bólu, lub też w przestanku ból może występować bądź w postaci poronnej, bądź zaś jako ślad zaledwie, jako przypomnienie bólu.

Postać powyższa może się rozwinąć z dusznicy bolesnej poronnej, lub też zaczyna się odrazu jako taka. Pierwszy początek zdarza się przy zajęciu aorty i tętnic wieńcowych, jednym słowem w t. z. przez autorów dusznicy bolesnej prawdziwej, drugi zaś w postaciach czysto nerwowych. Stąd widzimy, że postać ta nie jest wcale właściwa jednej tylko przyczynie dusznicy bolesnej, lecz zdarza się we wszystkich etyologicznie różnych rodzajach tej sprawy.

3) Trzecia postać stanowi tylko odmianę poprzedzających. Zaliczam tutaj wszystkie te przypadki stenokardyi, gdzie ból umiejscawia się nietypowo, nieprawidłowo. Mówiliśmy już poprzednio, że napad dusznicy bolesnej ograniczyć się może tylko do bólu promieniowanego, mianowicie zamiast rozległego bólu w klatce piersiowej chory uczuwa ból w lewym podżebrzu, w lewej ręce tylko, lub nakoniec w prawej ręce. Otóż ze względu na takie nietypowe umiejscowienie bólu, przypadki te zasługują na wyróżnienie, jako osobna postać dusznicy bolesnej nietypowej. Napady w tej postaci najczęściej przedstawiają typ napadów seryami, zupełnie na podobieństwo tego, co spotykamy w drugiej postaci. Mogą się jednak napady postaci poronnej także nietypowo umiejscawiać. Przypominam sobie tutaj chorą, niejaką panią K., wspomnianą już przezemnie w odczytach o stwardnieniu tętnic, u której przed kilku laty wystąpiły niezmiernie uciążliwe napady bólu w łokciu na wewnętrznej powierzchni tegoż. Napady te występowały błyskawicznie tylko podczas ruchów, wysiłków; przy spokojnem zachowaniu się chorej bólu tego nie było. Dodać w końcu winniśmy, że postać nietypowa może występować nietylko przy dusznicy bolesnej prawdziwej, ale i w przypadkach tej choroby czysto nerwowego pochodzenia.

Rozpoznawanie tej postaci ze względu na nieprawidłowe umiejscowienie bólu przedstawia poważne trudności. Rozpoznawać tę postać należy na zasadzie następujących objawów: 1) umiejscowienie bólu w obrębie promieniowania tegoż przy typowej stenokardyi: lewe podżebrze, lewa ręka, lewa strona szyi, prawa ręka, plecy około kręgosłupa, pomiędzy łopatkami; 2) zależność bólu od ruchów i wysiłków, znikanie bólu podczas spokojnego zachowania się chorego; 3) poprzedzające napady typowej dusznicy bolesnej; 4) uczucie dziwnego strachu, występujące równocześnie z bólem. Na zasadzie tych objawów, rozważając każdy przypadek szczegółowo, będziemy w stanie poznać zawsze dusznicę bolesną nietypową.

4) Nakoniec czwartą postać stenokardyi stanowi postać tej choroby, powikłana osłabieniem czynności serca. Trzy poprzednie postacie odznaczają się tem, że czynność serca ani podczas napadów, ani w przestankach między napadami nie przedstawia wyraźnych zmian. Niema więc w tych postaciach ani rozszerzenia serca, ani jakichkolwiek szmerów, ani osłabienia i wyraźnego przyspieszenia tętna, jednym słowem niema żadnych objawów, świadczących o zajęciu serca lub osłabieniu jego czynności. Dodać tutaj winniśmy, że nie-

miarowość tętna, jeżeli tylko niema rozszerzenia serca i duszności, nie świadczy nic o zmianie jego sprawności. Może to być objaw czysto nerwowy, spotykany nieraz u bardzo młodych osób przy nadużyciu w paleniu tytoniu bez żadnych zmian anatomo-patologicznych w sercu. Toteż tętno niemiarowe możemy spotkać nieraz przy napadach duszniczy bolesnej, tak prawdziwej jako też i nerwowej, w postaciach czystych teje, niepowikłanych osłabieniem czynności serca (patrz opis przypadku III).

W postaci powikłanej, jak już powiedzieliśmy, przedewszystkiem pojawia się obok napadów stenokardycznych duszność. Duszność ta występuje także napadami bądź jednocześnie z napadami stenokardycznymi, bądź w postaci osobnych napadów. To też w końcowym okresie opisywanej obecnie choroby spotykamy trojakiego rodzaju napady: albo czysto stenokardyczne (ból bez duszności), albo czysto dusznicowe (duszność bez bólu), albo nakoniec połączone (ból z dusznicą). Dusznicza bolesna powikłana rozwija się albo z postaci poronnej, albo z postaci seryowej; stanowi ona zawsze końcowy okres choroby, jeżeli śmierć nie nastąpi nagle w jednej z poprzednich postaci.

W końcu tych uwag dodać winienem, że podział powyższy trzeba brać tylko względnie. Rzadko spotykamy powyżej opisane postacie same przez się; w przypadkach chorobowych obrazy kliniczne dość często wikłają się. Nieraz widzimy seryę napadów duszniczy bolesnej, w przestankach zaś pomiędzy napadami zjawiają się objawy duszniczy poronnej. Lub też wśród napadów duszniczy bolesnej powikłanej jesteśmy w stanie wyróżnić i napady poronne i nawet napady seryowe. W każdym jednak razie podział ten ułatwia nam zrozumienie wszystkich przejawów tej choroby i, co najważniejsza, jak później zobaczymy, pozwoli nam nakreślić i uzasadnić ogólny plan leczenia w tej chorobie.

Powyższymi uwagami kończymy rzecz o duszniczy bolesnej z punktu widzenia teoretycznego; przechodzimy więc obecnie do najważniejszych zadań praktycznych, mianowicie: rokowania i leczenia. Przedewszystkiem pomówimy o rokowaniu. W podręcznikach rokowanie przy prawdziwej duszniczy bolesnej przedstawione jest jako stanowczo złe. Choremu grozi w tej chorobie albo nagła śmierć w czasie napadu, albo śmierć przy objawach wyczerpania czynności serca po całej seryi napadów. Zupełne wyleczenie w tej chorobie ma być niemożliwe. HUCHARD wprowadzie opisuje w swym podręczniku lepsze rokowanie. Autor ten twierdzi, że pod wpływem systematycznego leczenia jodkiem potasu może w tej chorobie nastąpić zupełne wyleczenie. Na czytelnika jednak optymizm tego autora, wynikający z chęci przekonania o skuteczności zaleconego przez siebie leczenia, nie działa przekonująco. Ostatecznie więc większość autorów rokuje źle przy prawdziwej duszniczy bolesnej.

Powodując się takim poglądem na rokowanie w napadach stenokardycznych, zawsze uważałem sobie za obowiązek nie tać przed rodziną swoich obaw, wspominałem o możliwości nagłej śmierci i postępującym charakterze samego cierpienia. Tymczasem w przeważnej większości przypadków obawy moje, jeżeli nie okazały się płonnymi, to w każdym razie dużo przesadzonymi. Chorzy po mocnych nawet napadach poprawiali się na długi stosunkowo, bo niekiedy kilkoletni przeciąg czasu; w przestankach wolnych od napadów byli pozornie zdrowi i wracali do swoich zajęć. Ponieważ taki przebieg zjawiał się stosunkowo bardzo często, przeto zmieniłem w pewnym stopniu zapatrywanie swe na rokowanie w tej sprawie. Nie idzie za tem, żebym

dzis stenokardję uważał za sprawę zupełnie niewinną; owszem, mając na względzie postępujący charakter sprawy miażdżycowej, która, jak wiadomo, najczęściej powoduje napady prawdziwej dusznicy bolesnej, nie wierzę w możliwość zupełnego wyleczenia, przynajmniej co do samej sprawy anatomicznej zachodzącej w sercu. Napady jednak stenokardyczne, będące pośredniem następstwem tych zmian, mogą na dłuższy przeciąg czasu ustać, mogą nawet nie wracać do śmierci chorego, która nastąpić może wskutek udaru apoplektycznego, zapalenia nerek lub innych spraw wnikających. Stenokardya jest właściwie tutaj objawem, sygnałem poważnej, postępującej, lecz z drugiej strony niezmiernie przewlekłej choroby. Tak zapatrując się na napady dusznicy bolesnej prawdziwej, lecz nie powikłanej, nie będziemy tak bezwzględnie źle rokowali. Nie będziemy obiecywali wprowadzić choremu zupełnego powrotu do zdrowia, nie będziemy mogli także uchronić go od możliwych nawrotów, ale zupełnie zasadnie możemy mu zrobić nadzieję poprawy, równającej się czasowo prawie zupełnemu zdrowiu.

Jedynie możliwość nagłej śmierci rzuca pewien cień na takie względnie pomyślne rokowanie. Śmierć nagła zdarza się niewątpliwie w ciężkich napadach stenokardyi, w każdym jednak razie jest to zjawisko dość rzadkie. Przypominam sobie w ostatnich latach 7 przypadków śmierci u osób poprzednio cierpiących na mniej więcej mocne napady stenokardyczne, i we wszystkich tych 7 przypadkach śmierć nastąpiła wśród objawów wyczerpania czynności serca. Jeden tylko przypadek nagłej śmierci mógłbym tutaj przytoczyć, mianowicie u niejakiego p. R., aptekarza lat 42, który pewnego dnia dostał mocnego napadu dusznicy bolesnej i w dwie godziny później zmarł. Chorego tego sam dawniej nie leczyłem, o ile więc tylko z opowiadania wnosić mogę, cierpiał on przez dłuższy czas na poronne napady dusznicy bolesnej i z powodu tych napadów, uważanych prawdopodobnie za nerwowe, wysłany był przez lekarzy do Krynicy na leczenie zimną wodą. Jednem słowem, nagła śmierć w przebiegu stenokardyi jest zjawiskiem dość rzadkiem, jakkolwiek niezaprzeczalnie możliwem.

Musimy tutaj bliżej omówić zjawisko nagłej śmierci w tej chorobie. Nagła śmierć przy prawdziwej dusznicy bolesnej powstać może wskutek zatkania jednego z głównych rozgałęzień tętnic wieńcowych serca. Wiemy o tem z doświadczeń COHNHEIM'a, że przy zaciśnięciu takiej tętnicy serce prędko bić przestaje. Lecz i zatkanie mniejszej gałązki tętnicy wieńcowej może spowodować pośrednio nagłą śmierć. Mówimy – pośrednio, gdyż zwykle w takich przypadkach rozwija się rozmiękczenie mięśnia sercowego na ograniczonej przestrzeni i w tem właśnie miejscu od parcia wewnątrzsercowego krwi może nastąpić rozerwanie serca (*ruptura cordis*) i wskutek tego nagła śmierć. Powyższe dwie możliwości nie wyczerpują jeszcze wszystkich przyczyn nagłej śmierci w tej sprawie. Na sekcjach osób, nagle zmarłych przy objawach stenokardyi, nieraz nie znajdowano ani zatkania większej gałązki tętnicy wieńcowej, ani rozmiękczenia i rozerwania serca. Pozostaje więc w tych przypadkach przypuścić nagłe porażenie serca przez wpływ nerwowy, drogą porażenia czynności zwojów nerwowych serca. Przypomina to w pewnym stopniu nagłą śmierć, jaka niekiedy, bardzo rzadko wprowadzie, następuje przy kolce wątrobowej lub nerkowej. Tutaj porażenie serca następuje drogą pośrednią, odruchowo. Tak czy owak będziemy sobie tłumaczyli powstawanie nagłej śmierci przy dusznicy bolesnej, w każdym razie przyznać musimy, że zjawisko to wcale nie jest tak częste, jak to niektórzy autorowie utrzymują

i jakkolwiek możliwość takiego wypadku mieć powinniśmy zawsze na uwadze, nie możemy znowu każdemu choremu na stenokardję przepowiadać podobnego zejścia.

Tyle co do rokowania w tej sprawie. Lecz nie może ono być we wszystkich przypadkach dusznicy bolesnej jednakowe, już choćby ze względu na to, że sam przebieg tej choroby przedstawia wybitną różnorodność, jakieśmy to już zaznaczyli, opisując cztery odrębne postacie stenokardji. Inaczej leczyć będziemy chorego z dusznicą bolesną w postaci poronnej, a inaczej w postaci powikłanej. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z pierwszymi przejawami cierpienia, w rzeczy samej bardzo poważnego, ale w danej chwili niewiele dokuczającego choremu; w drugim zaś mamy przed sobą końcowy okres tejże sprawy, który już bezpośrednio grozi choremu zupełnem wyczerpaniem czynności serca. Toteż nasze rokowanie lekarskie i, co zatem idzie, nasze zabiegi lecznicze będą różne w rozmaitych postaciach tej choroby. Musimy więc kolejno rozebrać wskazania lecznicze, stosownie do postaci i przebiegu dusznicy bolesnej. (D. n.)

Przyczynki do fizjologii zrazów czołowych

przez D-ra A. Groszlika, lekarza cukrowni w Tomaszpolu.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 14).

Następstwa usunięcia obu zrazów czołowych.

Zwierzę, któremu usunięto prawy zraz czołowy, po zupełnem odzyskaniu funkcji, zakłóconych przez wycięcie lewego zrazu, daje obraz następujący:

Czucie dotyku i bólu stępione jest tylko z lewej strony, zwłaszcza w lewych kończynach (*resp.* w lewej przedniej). Na lekkie dotknięcie lewej nogi nie odpowiada wcale, tymczasem lżejsze dotknięcie prawej kończyny wywołuje reakcyę szybką i niezawodną, jako to: cofnięcie kończyny, drapanie tułowia lub zmianę miejsca. Również na ukłucie z prawej strony, jakkolwiek słabe, odpowiada natychmiast podniesieniem kończyny lub krzykiem żalosem lub wreszcie charakterystycznym rozszerzeniem nozdrzy i chęcią kąsania; ukłucie z lewej strony, jeśli wywołać ma coś podobnego, powinno być mocniejsze. Dodać muszę wprawdzie, iż wyniki badania czucia bywają tu do tego stopnia rozmaite i zmienne, że wygłaszanie sądów stanowczych powinno się odbywać z całą ostrożnością; jeśli jednak wypowiadam się stanowczo o zaburzeniach czuciowych, to jedynie dla tego, że w większości wypadków stwierdzałem.

Objawy, świadczące o upośledzonym czuciu mięśniowem, dają się spostrzegać również tylko z lewej strony. Godnem jest przytoczenia ciekawe zjawisko, spostrzegane przeze mnie u jednego z psów, który przebył obustronne wyłuszczenie zrazów czołowych po uprzedniem okaleczeniu kory lewej okolicy *sulcus cruciatus*. Pies nie siada na podłodze odrazu, jak zwierzęta zdrowe, lecz powoli i ostrożnie, skutkiem czego zostaje przez pewien czas przestrzeń między tyłem zwierzęcia a podłogą; sprawia to wrażenie, jak gdyby pies szykował się do defekacyi. Zjawisko rzeczne, które obserwowałem w pierwszych dniach po usunięciu drugiego zrazu czołowego, ma swe źródło prawdopodobnie w zaburzeniu czucia dotykowego i mięśniowego tylnej części tułowia. Zboczenia

ruchowe i w tym przypadku występują najjaskrawiej; podobne do powyżej opisanych, różnią się od nich tem tylko, że dotyczą lewej połowy ciała; nie będziemy się więc powtarzali.

Na bliższą uwagę zasługują objawy ze strony kręgosłupa. Nazajutrz po operacji pies biega szybko, ale niezgrabnie, chód ma niepewny, wahający się w jedną i drugą stronę; tułów czasami zgarbiony nieco w tylnej części: zwierzę ma w sobie coś wielbłądziego. Przypomina to opisany przez MUNK'a „koci garb“, widziałem jednak raz jeden ten objaw u psa nazajutrz po operacji dwustronnej, przez parę chwil tylko, gdy, zdaniem MUNK'a, należy on do stałych i trwających całe miesiące u wszystkich psów z obustronną ekstyrpacją. Co z całą stałością występuje u wszystkich psów, to mianowicie skłonność do zwracania głowy i przedniej części tułowia na prawo. Jakiegokolwiek pies opisuje koło, duże czy małe, kręci się zawsze na prawo. Jeśli się obraca przed nim nic lub kij z mięsem, uwiązaniem na końcu, będzie biegł za kęsem długo i niezmordowanie w kierunku od prawej strony na lewą, w przeciwnym zaś kierunku o wiele niechętniej i bardzo krótko, ciągle go zmieniając. Jeśli, stojąc przed psem, rzucamy kawałki mięsa czy chleba na prawo, wnet robi obrót w tę stronę i chwyta kęs; jeśli rzucamy na lewo, wtedy dla dopięcia celu wykonywa raczej całkowity obrót na prawo, niż stosunkowo mały na lewo. Wreszcie, za mięsem, leżącym na prawej połowie krzyża, odwraca natychmiast głowę w tę stronę, sięgając samego ogona; tymczasem za kęsem, znajdującym się na lewej połowie krzyża, odwraca głowę tylko chwilowo, i to nie zawsze, po największej zaś części odwraca głowę i przednią część tułowia na prawo i chwyta kęs po przez kręgosłup. Wszystkie powyższe zaburzenia, tak czuciowe jak ruchowe, trwają kilka lub kilkanaście tygodni, i tym razem najdłużej zaburzenia w kręgosłupie; zwierzę jednakowo dobrze zgina kręgosłup w obie strony, widocznie jednak przekłada obrót na prawą. Po upływie jakich trzech miesięcy zboczenia znikły; jeśli istnieją jeszcze ślady, tedy są nieuchwytne.

Wzrok i słuch są od samego początku zachowane; co się pierwszego tyczy, utwierdza nas w tem przekonaniu wiele prób dokładnych. Zwierzę śledzi płomień zapalaki doskonale lewem okiem; gdy go zbliżam, cofa się przerażone w kąt klatki; przedmiot, przesuwający się na wsze strony: na prawo, na lewo, do góry, na dół od oka lewego, widzi wybornie i śledzi; gdy je wypuszczam z klatki do pokoju, w którym znajduje się sporo przeszkód w postaci stołów, krzeseł, przyrządów, starannie je omija, zaś doszedłszy do otwartych i dość niskich drzwiczek klatki, ugina się, by przejść bez szwanku. Oto jeszcze jedna próba: wraz z kolegą staję na progu drzwi, zagrządzając psu drogę do sąsiedniego pokoju; zwierzę uwija się tak zgrabnie, że ani o nogi nasze, ani o ścianę się nie otrze. Sądzę, że przykłady powyższe zdolne są rozwiać wszelką myśl o zaburzeniach wzrokowych. Badanie smaku i powonienia nie dało wyników dokładnych.

Pokazuje się, że objawy niedowładu i osłabionego czucia po wyłuszczeniu zrazów czołowych należą do tego samego rodzaju, co zaburzenia, występujące po okaleczeniu t. z. okolicy ruchowej, wszakże i różnice zachodzą między nimi wcale doniosłe. Po-pierwsze, pod względem dokładności i natężenia. Nawet stosunkowo niewielkie obrażenie kory okolicy ruchowej może spowodować, przynajmniej w początku, zupełną anestezję i analgezyę kończyn, zredukować czucie niemal do zera: wtyka się całą szpilkę, a zwierzę nie oddziaływa; również pareza dochodzi czasami do tego stopnia, że pies nie może stać ani chodzić,

a tem mniej używać kończyn jako rąk. Jednemu z psów, który, mając obrzmiałą lewą przednią kończynę, wszelkimi sposobami ją oszczędzał, usunąłem kawał kory od tyłu lewego *sulcus cruciatus*: zwierzę po tej operacji posługiwało się wyłącznie chorą nogą we wszystkich czynnościach! Różnica obu operacji polega następnie na braku niedowładu mięśni karkowych i tułowia po obrażeniach właściwej okolicy ruchowej. Trzecia różnica polega na rozmaitej trwałości odpowiednich zboczeń. Miałem jednocześnie w obserwacji dwoje zwierząt: dopiero co wzmiankowanego psa z okaleczoną korą za lewym *sulcus cruciatus*, oraz drugiego z obustronną ekstyrpacją zrazów czołowych; pierwszy—25-go dnia po operacji—zdradzał zaburzenia w nader wysokim stopniu, drugi—nazajutrz po wycięciu symetrycznego zrazu—względnie w nieznacznym. Pomimo, że zaburzenia z czasem się wyrównują u pierwszego, jak również u innych w podobny sposób operowanych zwierząt, o tyle, iż niepodobna ich odróżniać od całkiem zdrowych, dokładne badanie zawsze odkrywa pewne ślady zboczeń. Daje się zauważyć mianowicie pewna niezręczność ruchowa kończyn przeciwległych, *resp.* kończyny przedniej. Rzucam np. takiemu psu kość, za którą pobiegnie szybko i zręcznie; mogę atoli naprzód powiedzieć z całą pewnością, że gdy dobiegnie do kości, wysliznie się prawą przednią kończyną. O ile sądzić mogę, operacja wyłuszczenia zrazów czołowych nigdy nie pociąga za sobą tak trwałych zaburzeń.

Przejdźmy teraz do zboczeń inteligencji.

Wiadomo nam już, w jakiej apatii pogrążone bywają zwierzęta w okresie pooperacyjnym. Taki stan depresji i apatii oczywiście wpływa na zewnętrzne, ruchowe objawy sfery intelektualnej, będące zarazem jedynymi oznakami zewnętrznymi inteligencji, ale nie należy do wyłącznych właściwości operacji nad zrazami czołowymi; bywa on częstem następstwem uszkodzenia jakiegokolwiek miejsca mózgu, nawet trepanacji czaszki lub resekcji twardej opony, jak mi się niejednokrotnie zdarzało widzieć. Godnym zaznaczenia jest bądź co bądź fakt, że szybkość, z jaką następuje polepszenie, w wysokim stopniu warunkuje się sposobem trzymania zwierzęcia: na wolności czy też w klatce. Pobyt w klatce zamkniętej wpływa wogóle ujemnie. Niekiedy spostrzega się u zwierzęcia nazajutrz po operacji niezwykłą depresję, gotowiśmy nawet zwątpić o możliwości zachowania go przy życiu; wypuścmy je z klatki do pokoju lub na dwór, a przekonamy się o jego zdumiewającej żywości i ruchliwości.

Nie jestem w możności przytoczenia ani jednego faktu na korzyść zaburzeń czysto umysłowych, ani jednego objawu, świadczącego dowodnie o pamięci osłabionej, o zmniejszonej pojętności lub zaradności zwierząt. Pod tym względem moje spostrzeżenia wielce się różnią od spostrzeżeń HRTZIG'a. Zwierzęta nie dość, że przychodzą do mnie, gdy je wabie, lecz nadto, zobaczywszy mnie zdala, skaczą tak, iż ledwo opędzić się mogę. Chodzą za mną wszędzie z własnego popędu. Jeden z psów np. stale mię odprowadzał do domu przez kilka ulic; rozumiał nadto, że mi się jego postępowanie niezbyt podoba, bo jak tylko się oglądałem, stawał, niby wracając do pracowni. Miał, oprócz tego, zwyczaj towarzyszenia mi we wszystkich czynnościach laboratoryjnych, stale leżąc lub siedząc u mych nóg. Nie był to rodzaj ślepego popędu, bo mnie samemu z pracujących tyle okazywał przywiązania; wnoszę więc stąd, że pojmował i cenił mój stosunek do siebie i moją pieczołowitość. Ze wszystkich psów moich może najmniej zmyślny, składał niejednokrotnie wcale niedwuznaczne dowody pojętności i pamięci. Wypuszczony z klatki do pokoju, biegł przede wszystkim tam, gdzie spodziewał się znaleźć pożywienie, a więc na schody, prowadzące do oddziału bakteriologicznego, na stół, na okno;

w rzeczy samej, mam zwyczaj badania zwierząt podczas karmienia, a chcąc je w ruchu obserwować, rzucam im kawałki chleba lub mięsa we wzmiankowane miejsca. Jeszcze parę przykładów. Wchodzę do gabinetu profesora, trzymając w ręku talerz z pożywieniem, i zamykam drzwi za sobą; pies skomli za drzwiami, ale po paru minutach biegnie dokoła przez dwa duże pokoje i w ten sposób dostaje się do mnie. Pies usiłuje kilkakrotnie dostać się na okno, gdzie rzucam kawałki chleba, ale nadaremnie; przysuwam tedy krzesło, pies wskakuje na nie, a stąd na okno; co raz uczyniwszy, powtarza za każdym ruchem moim w kierunku okna. Odsuwam wówczas krzesło, pies znowu wskakuje na nie, robi ruch ku oknu, ale waha się, snąc rozważa odległość zbyt wielką i zeskakuje na podłogę.

Mógłbym wiele jeszcze innych przytoczyć przykładów, dowodzących, że psy z wyciętymi zrazami czołowymi mało co się różnią od całkiem zdrowych lub od takich, u których dokonano okaleczeń innych okolic mózgu; lecz i te, które przytoczyłem, są dość przekonujące.

Po tem wszystkiem, co sądzić mamy o hipotezie FERRIER'a? Założenie jest zupełnie słuszne; stan, zwany uwagą, sprowadza się w gruncie rzeczy do aktu ruchowego, czyli raczej do aktu powściągającego, tworzy też nader doniosły czynnik wyższych funkcji psychicznych. Ale pytam się, po-pierwsze, czy zdolność hamująca wymaga *ipso facto* odrębnych ośrodków? FERRIER nie dowiódł, że rzeczne ośrodki istnieć powinny. Mało bardzo wiemy wogóle, na czem polega hamowanie. Analiza psychologiczna wykazuje, że często daje się ono sprowadzić do współistnienia dwóch lub kilku podrażnień, umiejscowionych w rozmaitych ośrodkach kory, ruchowych lub zmysłowych; jednocześnie czynne, podrażnienia te ulegają widocznie osobliwej, że tak powiem, interferencji, co powoduje unicestwienie ruchu, jakkolwiek każde z tych podrażnień, z osobna wzięte, jest w stanie wywołać ruch. Takiego rodzaju przypadek, rzecz prosta, nie wymaga odrębnych ośrodków hamujących. Powtóre, toć słyszeliśmy od samego FERRIER'a o fundamentalnej doniosłości uwagi; w jaki więc sposób małpy po utracie tej zdolności zachowały jeszcze jednak inteligencję? Rzecz wysoce nieprawdopodobna; tu tkwi sprzeczność oczywista. Wreszcie, po-trzecie, czyż posiadamy w literaturze psychiatrycznej bodaj jeden przypadek wyraźny i ścisły rzeczywistej spółbytności inteligencji upośledzonej (cokolwiek się rozumie przez ten wyraz tyloznacznym) z zmianami patologicznymi wyłącznie w zrazach czołowych?

Nie bacząc na powyższe zarzuty, jestem nader daleki od potępiania hipotezy HITZIG'a i FERRIER'a; gotówem nawet podzielać wraz z HITZIG'iem zdanie, że wątpliwą jest rzeczą, ażeby masy mózgu tej wielkości, co zrazy czołowe człowieka, miały służyć za ośrodek względnie tak prostych ruchów kręgosłupa¹⁵⁾. Uwagi i zarzuty moje mają jedynie na celu dowiedzenie, że teoria zrazów czołowych, jako ośrodków wyższych czynności psychicznych, nie jest oparta na żadnym argumencie dość przekonującym¹⁶⁾. (D. n.)

¹⁵⁾ HITZIG, Zur Physiologie des Grosshirns, l. c.

¹⁶⁾ *Mutatis mutandis*, powyższe zarzuty stosują się również do hipotezy WUNDT'a, przyjmującej w zrazach czołowych (człowieka) ośrodek apercepcyi (WUNDT, Grundzüge der Psychologie, 1887, III Aufl.; Bd. I, pp. 231—233, 236—237; Bd. II, pp. 235—246). Pomijam ten pogląd, wszelako nie dla mniemanej jego wartości mniejszej od hipotezy HITZIG'a i FERRIER'a, lecz jedynie dla zawilosci większej, wymagającej nader obszernej analizy psychologicznej, która przekracza zakres czysto doświadczalnej pracy mojej. Porównaj zresztą zestawienie wszystkich powyższych hipotez w pracy mojej p. t. „Frenologia nowoczesna“ (Ateneum, 1889, marzec).

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

LEHRBUCH DER OHRENHEILKUNDE

für Aerzte und Studierende

von Dr. L. Jacobson, Privatdocent der Ohrenheilkunde in Berlin,
mit 318 Abbildungen auf 20 Tafeln. Leipzig, Georg Thieme. 1893.

ocenil Dr. Teodor Heiman.

Z pomiędzy znacznej liczby podręczników chorób usznych, jakie w ostatnich kilku latach wyszły w języku niemieckim, książka JACOBSON'a, podług mnie, należy do lepszych. Autor potrafił na 438 stronicach przedstawić istotę przedmiotu i to bez uszczerbku dla całości. Książka ta może być użyteczna nie tylko dla poczynającego otyatry i dla każdego lekarza wogóle, ale nawet specjalista doświadczony znalazł w niej wskazówki celem szybkiego oryentowania się w rozmaitych kwestiach.

Podręcznik D-ra JACOBSON'a dzieli się na część ogólną i szczegółową. Ogólna zaczyna się od wstępu, w którym omawiana jest ważność i znaczenie chorób usznych oraz niezbędność poznać ich z nimi wszystkich lekarzy. Następuje krótki wykład anatomii ucha, przyczem słusznie więcej uwzględniona została anatomia ucha zewnętrznego i średniego, jako bardziej dostępnych dla leczenia, aniżeli ucha wewnętrznego. Szczegółowo i jasno są opisane objawy, towarzyszące chorobom usznym, i znaczenie ich dyagnostyczne. Ulubionym przedmiotem autora są próby słuchowe i znaczenie ich dla rozpoznania różniczkowego chorób aparatu, fale głosowo przeprowadzającego i takowo fale przyjmującego. Pod tym względem, jak sądzę, autor jest zbyt sceptyczny, bo, jakkolwiek znano dotąd sposoby badania przedstawiają wiele braków, odmówić im atoli wszelkiego znaczenia nie można, już choćby dla tego, że stanowią one w wielu razach jedyną wskazówkę do przedsięwzięcia pewnych rękoczynów operacyjnych, na co i sam autor powołuje się w następnych rozdziałach. Szczegółowo wyłożona została terapia ogólna chorób usznych.

Część szczegółowa dzieli się na 15 rozdziałów, opisujących szczegółowo patologię i terapię chorób usznych. Po chorobach ucha zewnętrznego i średniego następuje wykład o chorobach ucha wewnętrznego; dalej idzie rozdział o próchnieniu i obumarciu kości skalistej, oraz o cholesteatomach. Niewiadomo, dla czego autor trzech ostatnich cierpień nie pomieścił zaraz po sprawach ropnych ucha średniego, których one mogą być bezpośredni następstwem.

Następne dwa rozdziały zawierają rzecz o ciałach obcych i cierpieniach urazowych narządu słuchowego. Dalej idą opisy nerwie narządu słuchowego, jego zbroczenia rozwojowo i głuchoniemota. Nie przypomniał też autor o znaczeniu chorób usznych dla towarzystw ubezpieczających na życie i szczegółowo opisał stosunek chorób usznych do innych cierpień ustroju. Bardzo dobra była myśl autora, że przedstawił treściwie na odpowiednich szematach umiejscowienie chorób mózgowych. Ostatni wreszcie rozdział stanowi króciutki opis chorób nosa i gardzieli oraz ich leczenie, o ile choroby te stoją w związku z cierpieniami uszów. Książkę uzupełnia 318 rysunków na 20 tablicach.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 20 marca r. b.

TREŚĆ: 1) NEUGEBAUER — Kilka słów z powodu cięcia cesarskiego u karlicy. 2) ZIELIŃSKI EDWARD — Odczyt: „*Tenonitis* jako choroba zakaźna. Spostrzeżenia kliniczne i badania bakteriologiczne nad epidemią tejże sprawy, postrzeganej w Warszawie w roku zeszłym”.

1) Kol. NEUGEBAUER dodał jeszcze kilka słów objaśniających z powodu cięcia cesarskiego u karlicy, dokonanego przy wskazaniu absolutnem wobec zwężenia pochwy, uniemożliwiającego odbycie porodu na drodze naturalnej (patrz Nr. 14-ty „Medycyny“ z r. b.).

2) Kol. ZIELIŃSKI Edward w odczycie swoim zaznacza, że w listopadzie 1892 r. spostrzegł 6 przypadków zapalenia otoczki TENON'a, jakie wystąpiło u domowników i członków pewnej rodziny jednocześnie. Cierpienie to miało charakter sprawy zakaźnej całego ustroju. Oprócz zmian w oczodołach występowały zaburzenia ze strony kanału pokarmowego (wymioty, zaparcie stołca, brak łaknienia), dróg oddechowych (zapalenie oskrzeli, płuc i gardzieli), systemu nerwowego (ból głowy, osłabienie ogólne, apatia) i podwyższenie ciepłoty, trwające u 3 chorych dni 12.

Badania bakteriologiczne, dokonane u 3 chorych, wykazały we wszystkich przypadkach obecność jednego i tegoż samego gronkowca, wskutek czego Z. mniema, że ten ostatni był przyczyną zakażenia. Wobec zaś faktu, że bawiąca czasowo w rodzinie B. osoba po wyjeździe do Gostynina zapadła na taką chorobę i udzieliła jej ojcu i psu, Z. przypuszcza zarazliwość omawianego cierpienia. Przypuszczenia mówcy znalazły poparcie w zachorowaniu kol. J., który w czasie zastępstwa chorego przed 9 miesiącami kol. B. sypiał w łóżku tego ostatniego. Choroba i w danym razie miała takiż sam przebieg, jak i u chorych wyżej wspomnianych w r. 1892, otrzymany zaś i w tym przypadku drobnoustrój okazał się identycznym z drobnoustrojem, wyhodowanym z przed 9 miesięcy. W tymże 1893 r. zachorował w rodzinie B. mops, przyczem wyhodowano również drobnoustrój takiż sam, jak i od chorych. Z. przypuszcza, iż miał we wszystkich tych przypadkach do czynienia z nieznaną dotychczas zoonozą. Choroba u mopsa rozpoznana została jako t. zw. nosacizna psów (*die Staupe, die Hundesseuche, il cimmuro del cane*), prawdopodobnie więc wyżej opisana epidemia u ludzi wywołana została przez przeniesienie zarazka z psa na ludzi.

Otrzymany w czystej hodowli przy badaniu bakteriologicznem drobnoustrój na agarze, żelatynie, czystym bulionie, w bulionie zawierającym cukier, oraz w mleku przedstawiał się jako gronkowiec, zbliżony pod względem morfologicznym do gronkowca białego, lecz rozkładał energicznie cukier i peptonizował białko. Drobnoustrój ten według słów kol. Z. zdaje się być identyczny z drobnoustrojem, wyhodowanym przez MARCONI'ego i MELONI'ego od psów nosatych, a może i z gronkowcem, wyhodowanym przez HERICOURT'a i ROUX'a z ropnia u psa, a nazwanego przez nich *staphylococcus pyosepticus*.

Szczepienia wyhodowanego z jednego z przypadków kol. Z. świnkom morskim i królikom nie wykazały ropotwórczych własności tego gronkowca, natomiast szczepienia do worka łącznicowego mopsom wywołały obraz chorobowy, identyczny z nosacizną psów i z chorobą, spostrzeganą u ludzi. Fakta te dowodzą swoistości odkrytego gronkowca. Napotykaną bardzo często przez różnych badaczy w chorobach oczu, w sprawach położowych, w ropniach, zapaleniach skóry, sutek i t. p. gronkowiec biały jest bardzo podobny do gronkowca, znalezione przy *tenonitis*; być więc może, iż przy wielu wyżej wspomnianych zapaleniach badacze mieli do czynienia z tą właśnie odmianą gronkowca, który wywołuje nosaciznę psów. Wobec łatwości zarażania się tą drogą, wobec obfitości rozrzuconego przez psy zarazka, skłania się mówca do przyjęcia tego domniemania. Nie przesądzając o dalszych losach swej hipotezy, kol. Z. na zasadzie własnych badań i spostrzeżeń przychodzi do następujących wniosków: 1) Tak zw. nosacizna psów może przenosić się na ludzi i odwrotnie. 2) Cierpienie to i u ludzi ma charakter choroby zakaźno-zarazliwej. 3) Drobnoustrój wywołujący nosaciznę u psów i u ludzi, jest jeden i ten sam; podobny jest bardzo do gronkowca białego ROSENBACH'a i różni się głównie zdolnością rozkładania cukru gronowego. 4) *Tenonitis* może być jednym tylko z objawów zakażenia nosacizną psów.

Czynny udział w pracy kol. Z. odnośnie do badań bakteriologicznych przyjmowali kol. NENCKI i KARPIŃSKI.

Po ukończonym odczycie kol. Z. zabrał głos kol. KAMOCKI, zaznaczając, że zapalenie otoczki TENON'a uważane jest zawsze za chorobę ogólną i leczone bywa środkami wewnętrznymi; przypadków z tak ciężkimi objawami, jak opisane przez kol. Z., nie spostrzegł i nie widział nigdy tak typowego przebiegu; przypuszcza przeto, że to, co opisał kol. Z., i to, co spostrzegali okuliści, nie jest jedną i tą samą chorobą.

Kol. GEPNER (syn) jest zdania, że w podanych przez kol. Z. przypadkach należy uważać *tenonitis* za jeden z objawów zakażenia ogólnego, mianowicie w danym razie nosacizną psów.

Kol. ZIELIŃSKI odpowiada, że poglądy autorów na tę sprawę są różne: jedni uważają ją za ogólną, inni za miejscową, a jeszcze inni zupełnie ją w podręcznikach pomijają. O gorącej i ogólnej niemocy wspomina już SZOKAŁSKI. Natężenie jednak

objawów ogólnych bywa różnego stopnia: często chorzy, pomimo wysokiej gorączki, chodzą i skarżą się głównie na oczy. W spostrzeżeniach kol. Z. objawy oczne znikają 3-go dnia, bóle trwały 3—4 tygodni.

Kol. SOKOŁOWSKI, który kilka przypadków spostrzegał razem z kol. Z., uważa, że w pracy kol. Z. jest zbyt ogólnikowo przedstawiony cały obraz chorobowy, i radzi szczegółowo opisać spostrzeżenie, aby uwydatnić odrębności kliniczne tej zupełnie nowej postaci nozologicznej, przypominającej do pewnego stopnia dur.

Kol. CERNAROWICZ zapytuje, dla czego kol. ZIELIŃSKI nadaje w danym razie chorobie nazwę *tenonitis*, skoro objawy ze strony oka, o czym miał możność przekonać się w jednym z opisanych przypadków, nie są dominujące, a cała choroba robi wrażenie ogólnej, zakaźnej?

Kol. ZIELIŃSKI odpowiada, że kol. C. widział chorego wówczas, gdy objawy ze strony oka już były ustąpiły.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

44. QUISLING. Badania kliniczne żółtaczki noworodków. Przeglądając bogatą literaturę, dotyczącą żółtaczki noworodków, autor doszedł do przekonania, że dotychczas żadnych w tym kierunku nie prowadzono badań klinicznych. Wobec tego przedsięwziął on szereg badań nad noworodkami (50 historyi chorób), których od dnia narodzin pilnie spostrzegał z uwzględnieniem czasu odpadnięcia pępowiny, jakości i ilości wypróżnień, przy notowaniu wagi, ciepłoty i tętna, oraz objawów chorobowych, jako to: wymiotów, wzdęcia brzucha, zachowania się granic tępości wątroby, pojawienia się żółtaczki na skórze i błonach śluzowych i t. d.

Żółtaczka noworodków jest chorobą bardzo rozpowszechnioną, przeważnie w zakładach położniczych. Odsetki, podawane przez różnych autorów, podlegają bardzo znacznym wahaniom. Najwyższą cyfrę częstości podał BOUCHUT (80%—90%), najniższą SEUX (15,6%). W zakładzie położniczym w Chrystyanii na 580 noworodków zapadło na żółtaczkę 151, czyli 26%. Czy istnieje jakakolwiek zależność między ilością przypadków, a pewnemi porami roku, *resp.* miesiącami, nie zdołał autor wyświeślić. Do pomyślniejszych wyników natomiast doprowadziły autora badania nad częstością żółtaczki noworodków w zakładach położniczych i w praktyce prywatnej. W tym celu autor dał kilku (8) akuszerkom ułożone przez siebie szematy, które z łatwością wielką mogły być przez nie wypełniane. Z ogólnej liczby 200 noworodków w praktyce prywatnej tylko 10 zapadło na żółtaczkę, co stanowi 5%. Jakkolwiek autor z własnej prywatnej praktyki żadnych w tym kierunku nie prowadził danych statystycznych, jednakże ze swego i kolegów swych doświadczenia również odniósł wrażenie, że noworodki po za murami zakładu położniczego daleko rzadziej dostają żółtaczki, aniżeli pacyenci zakładowi. Najwięcej przypadków było w pierwszych trzech miesiącach: styczniu, lutym i marcu. Przecięciowa częstość w tych miesiącach w zakładzie położniczym wynosi 24%, gdy tymczasem w praktyce prywatnej zaledwie 10%.

Najwięcej charakterystycznym objawem choroby jest żółtawe zabarwienie skóry i błon śluzowych; zabarwienie to jest o tyle ważnym znakiem istniejących w organizmie dziecka zaburzeń, że po obecności lub też znikaniu zabarwienia skóry możemy sądzić o zachowaniu się innych zaburzeń. Określenie jednak trwania choroby na zasadzie tego objawu byłoby nieprawidłowe, albowiem z pewnością zaburzenia w czynności trawienia muszą już istnieć pewien czas, zanim skutek tych zaburzeń—żółtaczka—stanie się widocznym; z drugiej strony żółte zabarwienie tkanek zniknąć może po pewnym, mniej lub więcej długim okresie czasu, gdy przyczyna zaburzeń już dawniej usunięta została.

Niemożliwe jest często określenie ściśle chwili, kiedy dziecko dostaje żółtaczki. Zdarzają się przypadki, w których łącznica oka przedstawia żółtawe zabarwienie, gdy tymczasem na skórze można wywołać podobne zabarwienie tylko po uprzednim ucisku palcem. Takie przypadki należy uważać za rozpoczynającą się żółtaczkę.

Z tabeli (50 przypadków), uwzględniającej czas powstawania żółtego zabarwienia skóry, można wnosić, że choroba uwydatnia się na 2—3-ci dzień po urodzeniu.

Żółte zabarwienie przy żółtaczce noworodków nie różni się od powstałego przy żółtaczce u osób dorosłych i, jak u dorosłych, natężenie owego zabarwienia w pojedynczych przypadkach jest bardzo różnorodne; w ogóle jednak nie dosięga ono tego wysokiego stopnia, jaki znajdujemy przy organicznych zmianach wątroby. Zabarwienie zjawia się przede wszystkim na policzkach, czole i łącznicy oka; w bardzo wydatnych przypadkach skóra podeszwy i dłoni staje się żółtawą. Bardzo wyraźnie występuje zabarwienie na piersiach, plecach i krzyżu. Na błonach śluzowych zabarwienie występuje w różnym stopniu; szczególnie łatwo daje się spostrzegać na łącznicy oka; chociaż i błona śluzowa warg, jamy ustnej, jako też podniebienia, a szczególniej dziąseł, często bywa żółtawą. Co się tyczy moczu, niekiedy tylko znajdowano wybitne żółte zabarwienie, pomimo to jednak analiza nawet i w niezabarwionym moczu wykrywała nieznaczne ilości barwnikowych pierwiastków żółci i kwasów żółciowych, — fakt z pewnością przemawiający za wątrobowym pochodzeniem choroby. W jednym z przytoczonych przypadków żółtaczki noworodków, który dzięki powikłaniu przez zapalenie opłucnej zakończył się śmiercią dziecka, sekcja wykazała żółte zabarwienie opłucnej i tkanki mózgowej.

Z badań, prowadzonych w celu wyświetlenia przecięciowej długości choroby, wynika, że najczęściej choroba trwała od 4—6 dni (60%), rzadziej (30%) ciągnęła się od 7—9 dni, rzadko bardzo (2%) żółte zabarwienie zniknęło już po 3 dniach. U dzieci przedwcześnie urodzonych choroba trwa w ogólności dłużej.

Najgodniejsze uwagi są zaburzenia kanału pokarmowego, które zawsze prawie wykazać się dają. Z pomiędzy 50 badanych dzieci we wszystkich przypadkach były objawy ostrej niestrawności albo nawet nieżytu żołądka i kiszek: wzdęcie brzucha gazami (stąd zmniejszenie stłumienia wątroby), cuchnące, mniej lub więcej wolne i kłaczkowate wypróżnienia i wymioty. Objawy te występowały albo równocześnie z żółtaczką, albo wkrótce po jej wystąpieniu. Wzdęcie brzucha, notowane w 94%, wymownie świadczy o niestrawności; wymioty notowano w 42%; wypróżnienia bardzo rzadko prawidłowe, w 62% było albo rozwolnienie, albo wypróżnienia były kwaśne, zielone z licznymi kłaczkami sernika. W 6% zanotowano obecność śluzu w wypróżnieniach, pewny znak kataru kiszek. W 14% jako objaw uderzający zauważono, że dzieci były sennie, jak to niekiedy zdarza się przy kataralnej żółtaczce w późniejszym wieku. W jednym przypadku zauważono zwolnienie tętna do 94—90 uderzeń (podobna cyfra dla noworodków powinna być uważana za znacznie niższą od normy).

Autor badał tętno u 35 chorych na żółtaczkę. Z tabeli okazuje się, że tętno wieczorem jest częstsze, niż rano, różnica jednak nieznaczna. Częstość tętna wieczorem w 50% wahała się między 140—150, gdy częstość w godzinach rannych notowana była tylko w 33,5%, najczęstszą zaś liczbą (50%) dla rannych godzin było 130—140, a więc o 10 uderzeń mniej. Niżej cyfry 120 zanotowano tętno w 3 przypadkach, a w jednym z nich było ono rażąco wolne, w ciągu wielu dni 90 i niżej. W tym samym przypadku równocześnie ze zwolnieniem tętna notowano wybitną senność, objawy zależne od działania składników żółci na układ nerwowy.

Doświadczenia LANDOIS wykazały, że obecność we krwi kwasów żółciowych w nieznacznej ilości wywołuje przejściowe powiększenie liczby uderzeń tętna, natomiast większa ich ilość sprawia zwolnienie tętna. Dla objaśnienia przeto spostrzeganej zwiększonej częstości tętna możnaby przyjąć obecność we krwi kwasów żółciowych w nieznacznej ilości, gdyż rzeczywiście żółte zabarwienie u noworodków nie bywa tak wybitne, jak u dorosłych.

Badania, poczynione nad zachowaniem się ciepłoty u dzieci, dotkniętych żółtaczką, wykazały, że na 49 chorych u 27 ciepłota raz jeden albo częściej przewyższała cyfrę 37,5. Autor wnosi, że żółtaczce noworodków w większej liczbie przypadków towarzyszy gorączka, fakt wielkiej doniosłości dla należytego pojmowania przyczyny choroby.

Wpływ żółtaczki na wagę dziecka, uwzględniając normalną stratę wagi w pierwszych dniach po urodzeniu, okazał się w 38% badanych przypadków wyraźny, ale strata wagi była wogóle nieznaczna.

Do obecnych jeszcze czasów zdają się nieliczni autorowie, uważający żółtaczkę noworodków za krwiopochodną. Nowsze jednak badania, wykazujące przy tej chorobie zawsze obecność barwnikowych pierwiastków żółci w moczu, w przesiekowych płynach błon surowiczych, odpowiednie zabarwienie tkanki móz-

gowej i t. d., stanowczo przemawiają za tem, że żółtaczka noworodków jest pochodzenia wątrobowego, i że czas już wykreslić z literatury teorię o krwiopochodnem jej powstawaniu.

W jednym przypadku, który wskutek powikłania zapaleniem opłucnej zakończył się śmiercią, sekcya wykazała: w żołądku mleko ścięte, w kiszkiach niewiele jasno-żółtego śluzowatego kału, przewód żółciowy wspólny zawierał bezbarwne kłaczkę śluzu wielkości łebka od szpilki i nieznaczna ilość lepkiego, bezbarwnego płynu; taki sam kłaczek i taki sam płyn wyciśnięto z ujścia przewodu do dwunastnicy. Widocznie więc śluz zamykał światło kanału, powodując zatrzymanie się i wessanie żółci. Nieżytych zmian błony śluzowej żołądka nie znaleziono, co objaśnia autor tem, że krótkotrwałe zapalenie mija, nie zostawiając po sobie wyraźnych śladów, albo też ogranicza się tylko do przekrwienia błony śluzowej i wzmoczonego wydzielania śluzu.

Z zebrania powyżej opisanych objawów klinicznych autor sądzi, że żółtaczka noworodków rozwija się na tle nieżytu dwunastnicy. Powstawanie nieżytu objaśnia autor w ten sposób: U większości noworodków, w chwili otrzymania pierwszego pokarmu, górne części przewodu pokarmowego znajdują się w stanie przejściowym, jakby na granicy między stanem fizyologicznym a takim, który w patologii nosi nazwę nieżytu. Przyczynę tego „fizyologicznego nieżytu“ należy upatrywać w nagłym rozpoczęciu się czynności trawienia z nieodzownym znacznym napływem krwi do odpowiednich narządów, szczególnie zaś do żołądka i kiszki cienkich, tak, że nawet pokarm naturalny, mleko matki, w początku może działać jako bodziec drażniący i wywoływać przekrwienie i wzmoczone wydzielanie śluzu. W wielkiej liczbie przypadków, a mianowicie w tych, gdzie stosuje się sztuczny pokarm, co ma miejsce zwykle w pierwszych dniach, zanim pojawi się wydzielanie mleka u matki, owo przekrwienie przybiera charakter patologiczny i wtedy znajdujemy objawy nieżytowe. Nie bez pewnego znaczenia mogą być przytem drobnoustroje. Spostrzeżenia, że żółtaczka u noworodków daleko częściej daje się spotykać w zakładach położniczych, gdzie znajdują się liczniejsze zarodki, aniżeli w praktyce prywatnej, przemawiają za prawdziwością tej teorii.

W celu wyświeatlenia sposobu zachowania się trawienia u noworodków w okresie bezpośrednim po urodzeniu, autor przeprowadził spostrzeżenia nad stanem zdrowia tych dzieci, które nie miały żółtaczki. Z przedstawionych w pracy dziesięciu historii chorób okazuje się, że i u tych dzieci można wykryć objawy takich samych zaburzeń w czynności trawienia, jak u dzieci z żółtątką. Widzimy przeto zupełne podobieństwo do objawów, spostrzeganych u dorosłych, u których żółtaczka również tylko w pewnej ilości przypadków towarzyszy zaburzeniom w czynności trawienia.

Należałoby oczekiwać, że w powstawaniu choroby pewną rolę odgrywa różnica podawanego w pierwszych dniach życia pokarmu: nieznaczna liczba ssawców otrzymuje pokarm w ciągu pierwszych 24 godzin, większość zaś dostaje albo cokolwiek mleka krowiego, rozcieńczonego wodą, albo napój klejkowy i t. p. Badania jednak autora wyraźnego wpływu pokarmu na powstawanie żółtaczki nie wykryły. Również czas, w jakim następuje pierwsze wypróżnienie po porodzie, jakoteż czas podwiązania sznurka pępkowego, którymto okolicznościom przypisywano również wpływ na rozwój żółtaczki, okazały się bez wpływu na powstanie choroby. Natomiast dzieci słabiej rozwinięte i niedonoszone częściej zapadają na żółtątkę, co można objaśnić mniejszą ich odpornością i wąskością przewodu żółć wyprowadzającego.

Z powyższego punktu widzenia autor radzi przy żółtaczce noworodków używanie środków, mających na celu usuwanie objawów niestrawności, wymiotów i rozwolnienia, jako to: kwas solny, bizmut, kąpiele i t. p.

(*Archiv für Kinderheilk. XVII Band. Heft 1 u. 2.*)

A. Waszkiewicz.

45. MIKULICZ. O leczeniu gruźlicy zapomocą przekrwienia zastoinowego metodą Bier'a ¹⁾. Autor rozpoczął próby metodą BIER'a wkrótce po ukazaniu się pracy tego ostatniego w roku 1893 i stosuje ją ciągle aż do ostatniej chwili. Dotychczas, z wyjątkiem ZELLER'a, który w listopadzie roku zeszłego, na jeździe chirurgów w Berlinie odczytał referat o dodatnich wynikach metody BIER'a przy gruźlicy stawów, nikt nie publikował odpowiednich spostrzeżeń.

¹⁾ Porównaj N. 22 „Medycyny“, str. 453, 1893 roku.

MIKULICZ z początku leczył metodą BIER'a wszystkie bez wyjątku przypadki gruźlicy, niezależnie od tego, czy były poprzednio leczone wstrzykiwaniami jodoformu, czy też nie. Później M. stosował wyłącznie metodę BIER'a, chcąc tym sposobem ocenić jej skuteczność.

Autor szczegółowo opisuje przypadek gruźlicy stawu kolanowego u 10-letniego chłopca, doszczętnie wyleczony zapomocą przekrwienia zastoinowego, i uważa wyleczenie w tym przypadku za zupełne, a dodatni wynik przypisuje przeważnie metodzie BIER'a. Można by, zdaniem M., kwestyonować w danym przypadku zupełne wyleczenie. Zależać to będzie od tego, co rozumiemy pod wyrażeniem „zupełne wyleczenie” gruźlicy miejscowej, i jak długiej potrzeba obserwacji, aby mieć prawo twierdzić o zupełnym wyleczeniu. Dla sceptyka i dziesiątek lat nie wystarczy, gdyż, jak wiadomo, i po upływie takiego czasu mogą wystąpić na jaw skryte ogniska chorobowe.

W przypadku autora skuteczność metody była bardzo widoczna, gdyż po 8 tygodniach tkanka gruźlicza zupełnie znikła, szybko bardzo zatem, jak na miejscową gruźlicę, gdy przedtem pomimo leczenia jodoformem sprawa się stale szerzyła. W następnych przypadkach autor opisuje również dodatnie wyniki leczenia metodą przekrwienia zastoinowego i w końcu przytacza 3 przypadki z wynikiem ujemnym.

Z przypadków, opisanych przez M., wynika, że metoda BIER'a nie jest środkiem cudownym. I tu, jak przy wszystkich środkach, stosowanych przy gruźlicy, przedewszystkiem sprawa zależy od tego, w jakim stopniu ustrój i tkanki chorobowo zmienione dopomagają do osiągnięcia wyleczenia. Przy wszystkich środkach leczniczych, stosowanych przy gruźlicy, wyłączając naturalnie operacje zniekształcające, zawsze w tkankach chorobowych odbywa się proces odczynowy, zwalczający laseczники gruźlicy. Reakcja ta jest u ludzi odpornych bardzo silna i sama przez się, nawet bez pomocy lekarskiej, bywa w stanie doprowadzić do wyleczenia sprawy. Przeciwnie u ludzi słabych, mało odpornych, wszystkie dotąd używane środki okazały się bezskutecznymi. Bezwątpienia działanie metody BIER'a polega na wzmożeniu normalnych spraw odczynowych, i tym sposobem możemy sprowadzić wyleczenie w licznych przypadkach, w których tkanki lub też ustrój nie są w stanie pokonać lasecznika gruźlicy. M. nie rozstrzyga pytania, czy działanie metody tej zależne jest od zwykłego przekrwienia, czy od działania surowicy leczniczej, czy też wreszcie od pewnego rodzaju działania autotuberkuliny.

M. w ostatnich czasach kombinuje leczenie przekrwieniem zastoinowym z leceniem jodoformowem. Przez 8—14 dni nakłada bandaż elastyczny celem przekonania się, czy przekrwienie zastoinowe wywołuje wpływ dodatni na subiektywne uczucie chorego; potem dopiero obok metody BIER'a stosuje jodoform.

(*Centralbl. für Chirurg. Nr. 12. 94.*)

G.

46. A. STEFFEN. **O plamicy (Purpura).** Do chorób krwotocznych u dzieci należą: krwawiaczka, gnilec i plamica, które mogą przedstawiać podobne objawy pomimo różnorodności istoty choroby.

Autor spostrzegł osobiście 32 przypadki plamicy, a około 100 zebrał z literatury i na zasadzie tych spostrzeżeń kreśli obraz choroby.

Plamica objawia się przedewszystkiem krwawieniami w skórze i tkance podskórnej. Plamy są ograniczone na oddzielnych częściach ciała, a mianowicie na kończynach dolnych i tułowiu, niekiedy na twarzy, plecach, przedramionach, lub też pokrywają całą powierzchnię ciała. Wielkość ich jest rozmaita: od łebka szpilki do wielkości dłoni.

Z początku barwa ich jest czerwona, przy powtórnej pojawieniu się choroby plamy są ciemniejsze, a w miarę powrotu do zdrowia przyjmują barwę niebieską, zieloną, albo też odrazu bledną, później zaś znikają, nie pozostawiając żadnego śladu; przy uciskaniu palcem plamy nie znikają. Sprawa może się na tem ograniczyć. Częściej jednak występują również plamy i krwawienia na błonach śluzowych nosa, ust, gardzieli, spojówki oka, dalej krwotoki w rozmaitych wewnętrznych narządach, jak w mózgu i jego oponach, rdzeniu kręgowym, płucach, opłucnej, osierdziu, przełyku, żołądku, kiszki, wątrobie, śledzionie i t. d.

Plamica najczęściej rozwija się po 5-ym roku życia, ale bywa i u młodszych, nawet u noworodków. Choroba bywa pierwotna, albo też rozwija się na gruncie innych spraw chorobowych. Pierwsza powstaje przeważnie u dzieci małokrwistych, żółzowatych, krzywicowych, a niekiedy bywa i u dzieci zupełnie zdrowych.

Co się tyczy przyczyny choroby, zapatrywania autorów w tym względzie są różne. Badania wykazują zniesioną lub zmniejszoną zdolność ścinania się włókna krwi; znajdowano zwiększoną ilość żelaza w wątrobie, trzustce, gruczołach chłonnych. W wielu przypadkach była zwiększona ilość białych ciałek, czerwone zaś były blade i okazywały mniejszą skłonność do sklejanja się. Bakteryologiczne badania krwi do tej pory stanowczych wyników nie dały.

LETZERICH znajdował laseczniczki swoiste, WATSON CHEYNE—pręciki, które napełniały małe naczynia i przechodziły przez ich ściany. PETRONE i REHER znajdowali we krwi mikrokokki i bakterye, które szczepili ze skutkiem. Prócz zmienionej zawartości krwi wskazują inni sprawy chorobowe w ścianach naczyń. CASEL, LELOIR, COQUERER, RIEHL znajdowali rozlane zapalenie błony wewnętrznej tętnic ze zgrubieniem wszystkich warstw, zmniejszeniem światła naczyń, wtórnymi zakrzepami i t. p. Możliwe jednak jest, że zmiany, znajduwane w ścianach naczyń, stanowią sprawę wtórną, zależną od zmienionej jakości krwi. HENOCH przypuszcza, iż w lekkich, szybko przechodzących przypadkach plamicy mamy do czynienia z paralitycznem rozszerzeniem najmniejszych naczyń, zastojem i pękaniem ścian naczyniowych. VIRCHOW znajdował w niektórych przypadkach wąskość całego układu tętniczego ze względnie wysokiem ciśnieniem, co powoduje rozdarcie naczyń i krwawienie.

Plamica wtórna zjawia się podczas chorób zakaźnych, jako to: białaczka, płonica, odra, tyfus brzuszny, błonica, przymiot wrodzony, gruźlica i t. p.; widziano rozwój plamicy na 8—11 dzień po zaszczepieniu ospy ochronnej, w końcowych okresach chorób serca, śledziony, nerek, zapalenia płuc, krztusca, marskości wątroby, przy ostrem i chronicznem zapaleniu opon mózgowych, a także przy chorobach skórnych, jak: pokrzywka (która może poprzedzać plamicę i pojawiać się przy jej nawrotach), rumień zwykły i wysiękowy. Niekiedy towarzyszą plamicy obrzęki stawów i kończyn.

Plamica może nagle powstać i po upływie dni kilku bez żadnego śladu zginąć. Niekiedy krwawienia z ust i z nosa w żaden sposób zatamować się nie dają, tak, iż w przeciągu dni kilku sprowadzają śmierć. Często spotykamy zapalenie dziąseł, języka z zejściem w rozpad, wylewy krwi w siatkówce i naczyniówce, w oponach mózgowych i pomiędzy nimi, w istocie mózgowej. Krwawienia w rdzeniu należą do bardzo rzadkich; jedyny tego rodzaju przypadek opisuje STEFFEN. Jeśli przy plamicy występują nagle objawy mózgowe, porażenie kończyn i zwieraczy, należy wtedy przypuszczać krwotok w rdzeniu kręgowym wskutek plamicy. Wylewy krwi w rdzeniu mają najczęściej miejsce w istocie szarej w pobliżu kanału środkowego.

Często również znajdujemy wylewy krwawe na błonie śluzowej oskrzeli, w płucach, na opłucnej, a także zatory płucne i wylewy krwi pomiędzy obu listkami osierdzia; znajdowano dalej rozszerzenie serca, zależne od rozlanego stłuszczenia mięśnia, wskutek zawału krwawego w ścianach komór i przedsionków. Ze strony narządów trawienia: niewielkie krwotoki w błonie śluzowej żołądka, a także silne i powtarzające się bóle w jego okolicy, krwawo zabarwione lub też czysto krwawe wymioty, wynaczynienia w błonie śluzowej kiszek, obrzęk blaszek Peyer'a, wypróżnienia krwią zabarwione. W nerkach znajdowano krwotoki w otoczkę, obrzmienie istoty korowej z większemi lub mniejszemi wynaczynieniami w miąższu, wylewy krwawe w piramidach, obrzmienie nadnerczy i krwawe ich nacieczenie. W wielu z tych przypadków miało miejsce krwawe moczenie i białkomocz. W miąższu wątroby i śledziony wynaczynienia zdarzają się rzadziej.

Przebieg choroby zależy od tego, jakie narządy są dotknięte. Jeśli dotknięta jest tylko skóra, wessanie krwi może nastąpić w dni kilka; mogą jednak pojawić się nawroty, które przedłużają chorobę tem więcej, im częściej się powtarzają. Utrata krwi z powodu krwotoków w różnych narządach wewnętrznych, może wywołać znaczną niedokrwistość, a nawet śmierć. Rokowanie jest wątpliwe. Ze 128 przypadków zmarło 40, z których 24 z plamicą pierwotną zmarło albo z wycieńczenia, lub też wśród objawów śpiączki, bredzenia, drgawek. W przypadkach wtórnej plamicy krwotoki przyspieszają śmierć. Choroba trwa od 10 godzin do 8 miesięcy.

Leczenie polega na stosowaniu wewnętrznem sporyszu i *Hydrastis canadensis*; przy następstwie osłabieniu podajemy pożywne jedzenie, chininę, żelazo i t. p.

(*Jahrbuch für Kinderheil.* Band. XXXVII, Heft. I).

J. Rosenberg.

47. D-r N. MILLER. **O zapaleniu płuc u małych dzieci.** W moskiewskim domu podrzutek w przeciągu ostatnich dziesięciu lat z ogólnej ilości 155459 dzieci, zmarło na zapalenie płuc 14411. Tak wielka śmiertelność zależy od własności anatomicznych dróg oddechowych małych dzieci i od złych warunków higienicznych. Wiadomo, że ściany małych oskrzeli u dzieci są bardzo cienkie, zawierają w sobie mało włókien sprężystych, łatwo się zapadają, wskutek czego wentylacja jest utrudniona. Względnie bardzo szerokie naczynia włosowate płuc oraz ciągłe leżenie dziecka na plecach stanowią warunki, sprzyjające przekrwieniu płuc, a wiadomo, jak ważną rolę odgrywa ten czynnik w etiologii chorób zapalnych. Przepona—główny mięsień oddechowy u dzieci—w przeciągu dwóch pierwszych tygodni życia dziecka jest płaska, stoi wysoko, na wysokości 4 żebra z prawej strony, z lewej zaś piątego, wskutek czego oddech jest bardzo powierzchowny, przewietrzanie płuc niedostateczne, szczególnie w dolnym prawym zrazie, który uciska dużą wątrobą. Pewną rolę odgrywa też tu i dziedziczność: zapalenie płuc gruźlicze z następczym rozwojem jam w płucach w tak wczesnym wieku jest tego dowodem.

Z rozbiórki statystycznego protokołów sekcyjnych okazuje się, że jedno na dwanaścioro z ogólnej liczby oddanych do zakładu niemowląt oraz jedno na troje ze zmarłych podlega temu cierpieniu. Wiosną i latem było więcej przypadków śmiertelnych, niż jesienią i zimą, z czego autor wnosi, że wpływ biegunek letnich u dzieci na następce cierpienia dróg oddechowych jest widoczny. 92,5% wszystkich przypadków wypada na zapalenie płuc nabyte, a tylko 7,5% na wrodzone. Wrodzone zapalenie płuc przedstawia się w dwóch postaciach: 1) postaci septycznej, przyczem jad ze krwi matki przez łożysko przenika do krwi płodu, albo też dostaje się bezpośrednio do płuc podczas przedwczesnych ruchów oddechowych płodu. W takich razach mamy zajęte całe zrazy (*pneumonia lobaris congenita*). Za życia przypadki takie pozostają nierozpoznane: sinica, duszność nie występują prawie wcale, brak przytem kaszlu i gorączki. Śmierć następuje najpóźniej trzeciego dnia po narodzeniu się dziecka. 2) Drugą grupę tworzą przypadki zapalenia płuc pochodzenia przymiotowego (0,7% wszystkich przypadków). Zapalenia płuc nabyte są albo cierpieniem pierwotnym, albo też, co dwa razy częściej ma miejsce, wtórnym, wikłającym jakąkolwiek inną chorobę, najczęściej cierpienia przewodu pokarmowego. Z przypadków zapalenia płuc pochodzenia nabytego wyodrębniać należy dwie najczęściej się przytrafiające postaci: 1) zapalenie zrazikowe, nieżytowe—*bronchopneumonia* i 2) zapalenie zrazowe, włóknikowe. Do rzadkich form zaliczają się: *pn. embolica*, *haemorrhagica*, *interlobularis* s. *interstitialis* i inne. Zapalenie nieżytowe, stanowiące $\frac{2}{3}$ przypadków nabytych, rozwija się zwykle na tle nieżytów krtani, oskrzeli, jest przeważnie chorobą wtórną; niekiedy tylko od samego początku zajmuje zraz cały; jest zwykle dwustronne; jeśli zajęte jest jedno płuco, to częściej prawe. Pomimo przebiegu, właściwego zapaleniom nieżytowym, przy sekcji w małych oskrzelach nie znajdowano zupełnie śluzu, w pęcherzykach brak było wysięku, natomiast były one w całości wypełnione komórkami tłuszczowo zwyrodniałymi. Jeżeli cierpienie zajmuje jeden tylko płąt, to przechodzi ono okresy właściwe zapaleniu płuc włóknikowemu; znajdujemy nie tylko okres zwątrobiania czerwonego, ale i szarego, i to w przypadkach, kończących się śmiercią w przeciągu kilku dni. W mniej ostrych postaciach przechodzi ono w formę serowatą. Oprócz ognisk serowatych znajdujemy wtedy i jamy w płucach, i to u dzieci 3—4 tygodniowych. 74% przypadków zapalenia zrazikowego u małych dzieci kończy się śmiercią w ciągu pierwszego, 24% w ciągu drugiego tygodnia. Rzadziej ($\frac{1}{3}$ przypadków) występuje zapalenie w postaci pierwotnego zrazowego zajęcia płuc. Postać ta, odpowiadająca zapaleniu płuc włóknikowemu dorosłych, ma początek ostry. Przy tej postaci u małych dzieci śmierć następuje bardzo szybko; do okresu zwątrobiania szarego nawet silne dzieci rzadko przetrwać są w stanie. W niektórych przypadkach szybko rozwija się ropne nacieczenie płuc, śmierć zaś następuje nie wskutek uduszenia lub obrzęku płuc, lecz wskutek zatrucia jadem septycznym. Rzadkie te przypadki zalicza autor do rzędu *pn. septica*. Zapalenie pierwotne zrazowe jest zwykle jednostronne, częściej prawostronne; towarzyszące mu zapalenie opłucnej jest charakteru włóknikowego, rzadko kiedy ropnego.

Większość autorów nie uznaje zapalenia płuc włóknikowego u dzieci młodszych niż pół roku, najnowsze wszakże badania FRAENKEL'a, NEUMANN'a wykazały,

że pneumokoki FRAENKEL'a spotykają się przeważnie w tej właśnie postaci nieżytowej, oprócz tego zaś spotykamy wiele innych jeszcze mikrobow; przyjąć więc należy zakażenie mieszane. Przy zapaleniu płuc u dzieci kaszel rzadko bardzo występuje, wymioty przeciwnie są objawem dość częstym. Gorączka ma w większości przypadków typ zwalniający, czasami nieprawidłowy i przestankowy. U dzieci wyniszczonych temperatura opada często niżej normy. Sinica i utrudniony oddech występują wyraźnie tylko u dzieci lepiej rozwiniętych. Co się tyczy umiejscowienia choroby, jest ona częściej dwustronna, rozpoczyna się w prawym płucu; przy jednostronnem zajęciu częściej zajęte jest również prawe płuco.

Z powikłań spotykają się najczęściej: 1) rozedma płuc; 2) nacieczenia krwiawe pod opłucną, w pojedynczych przypadkach wylew krwawy w tkankę płucną (*apoplexia pulmonum*); 3) w 90% występuje obrzęk płuc; 4) *myocarditis* w postaciach septycznych; 5) *meningitis purulenta*, *pachymeningitis haemorrhagica*; 6) *bronchiectasiae*, z których tworzą się niekiedy jamy z zawartością ropną w wierzchołkach płuc; bardzo rzadkie są zejścia w zgorzel płuc przy cierpieniu wtórnem u dzieci wyniszczonych poprzednią chorobą; 7) zapalenie przechodzi niekiedy w postać przewlekłą, serowatą lub też przyjmuje przebieg suchot płucnych; ogólna gruźlica prosówkowata spotyka się wyjątkowo; 8) $\frac{1}{3}$ wszystkich przypadków jest powikłana zapaleniem opłucnej, przyczem wysięk włóknikowy tworzy się przy pierwotnie zrazowych, a ropny przy zrazikowych postaciach.

(*Jahrb. f. Kindhltk. XXXVII. 2 Hft. 1894.*)

B. Gutentag.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== Skład chemiczny niektórych używanych nowych środków. *Angioneurosin*—nitrogliceryna. *Antinervin* — mieszanina antifebryny, bromku amonu i kw. salicyłowego. *Antithermin* — kwas phenylhydrazin lewulinowy. *Aristol* — diiodidthymol. *Benzonaxitol* — eter β —naftolowy kwasu bendżwinowego. *Benzosol* — benzoylgwajakol. *Betol* — eter β —naftolowy kwasu salicyłowego. *Bromol* — tribromfenol. *Dermatol*—sól zasadowa bismutu galusowego. *Diuretin* — theobrominum natrio-salicylicum. *Euphorin* — phenylurethan. *Europhen*—isobutylorthocresyljodid. *Exalgin* — methylacetanilid. *Galacetlophenon*—methylacetotrioxibenol. *Hydracetin* — phenacetylhydrazin. *Hypnol*—chloralantipyrin. *Hypnon* — acetophenon. *Jodol* — tetrajodpyrrhol. *Jodophenin*—trijodphenacetin. *Lysol*—kresol w roztworze mydła. *Methacetin*—acetparaanisidin. *Naphthalol*— β -naphtolosaureäther kwasu salicyłowego. *Orecin* — chlorhydratphenyldihydrochinazotin. *Orthin* — acid. orthohydrazinparaoxybenzoicum. *Pental* — trimethylaethylen. *Phenacetin* — paraacetphenetidin. *Phenocoll*— paraamidoacetphenetidin. *Phenosalył*—mieszanina: 90 części fenolu, 10 acid.

salicył., 20 acid. lactic., 1 menthol. *Piperazin* — diaethylendiamin. *Pyoktanin* (*aureum* i *coeruleum*) — farby anilinowe: p. aureum znane jest pod nazwą *auramin*; p. coeruleum — jako błękit metylowy. *Pyrodin* — phenacetylhydrazin. *Salipyrin* — połączenie antypiryny z kwasem salicyłowym. *Salophen* — acetparaamidosalol. *Somnal* — roztwór spirytusowy chloraluretanu. *Sozodol* — kwas diodopara-phenolosiarkawy. *Styracol* — cinnamylguajacol. *Sulfaminol* — thioxydiphenylamin. *Sulfonal* — diaethylsulfonodimethylmethan (*Allg. Cent. Zeitung* Nr. 2. 94).

== OEFELIN i NEUBERGER używali eurofenu jako środka antyseptycznego w dwustu przeszło przypadkach. W 30 przypadkach szankra miękkiego używali go w proszku lub w postaci 1% maści; dalej chwalą go przy zapaleniach podskórnych i zastrzałach; wskutek wysuszających własności stosowali go przy nadżarciach na narządach płciowych i szczelinach odbytu, wreszcie otrzymali doskonałe wyniki przy leczeniu cierpień przymiotowych. Eurofen nie wywoływał nigdy pryszczycowych cierpień skóry, a nie posiadając zapachu, jest przyjemniejszy od jodoformu. A. Z.

Wiadomości bieżące.

Komitet redakcyjny „Medycyny“ na rok 1894-ty stanowią: a) Członkowie stali: Redaktor, Wydawca, oraz: prof. IGNACY BARANOWSKI, WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI, prof. ODO BUJWID, prof. JULIAN KOSIŃSKI i JAKÓB ROGOWICZ. b) Członkowie z wyboru: WŁADYSŁAW SZTEYNER zastępca redaktora, tudzież koledzy: BORYSSOWICZ TEODOR, BRUNER WŁADY-

SŁAW, GEPNER BOLESŁAW RYSZARD, GOLDFLAM SAMUEL, KOSMOWSKI WIKTORYN, KRAMSZTYK JULIAN, MAJKOWSKI JULIAN, MARKIEWICZ STANISŁAW, MAZARAKI KAZIMIERZ, OŁTUSZEWSKI WŁADYSŁAW, PALMIRSKI WŁADYSŁAW, PRZYBOROWSKI ADAM, RAUM JAN, SADOWSKI MICHAŁ, SOLMAN TOMASZ, SREBRNY ZYGMUNT, SZWAJECER JAKÓB i ZAWADZKI WŁADYSŁAW.

— VII zjazd lekarzy i przyrodników polskich, mający się odbyć we Lwowie od 18—21 lipca r. b., dzielić się będzie na 14 sekcji: 8 lekarskich i 6 przyrodniczych, a mianowicie: 1) sekcja medycyny teoretycznej (gospodarzem, zajmującym się jej sprawami, jest prof. KADYJ), 2) higieny i medycyny sądowej (d-r OPOLSKI), 3) medycyny wewnętrznej (d-r WIDMAN), 4) chirurgii (d-r ZIEMBIŃSKI), 5) ginekologii i położnictwa (d-r BYLIŃSKI), 6) okulistyki (d-r MACHEK), 7) weterynaryi (prof. KRÓLIKOWSKI), 8) chorób skórnych i wenerycznych (d-r RÓŻAŃSKI), 9) chemii i farmacji (prof. PAWLEWSKI i d-r RUCKER), 10) fizyki i matematyki (prof. FABIAN), 11) mineralogii, geologii i geografii fizycznej (prof. DUNIKOWSKI), 12) zoologii i anatomii porównawczej (prof. ŁOMNICKI), 13) botaniki (prof. CIESIELSKI), 14) psychologii (prof. RACIBORSKI). Wydział gospodarczy Zjazdu tworzą jako przewodniczący: d-r MERUNOWICZ i d-r DUNIKOWSKI; jako sekretarze: d-r J. SIEMIRADZKI i d-r MUKOWICZ.

— W ostatnich dniach ubiegłego roku otwarto w Paryżu nowy przytułek MICHELET'a, którego brak oddawna odczuwano wśród wielu dobroczynnych zakładów miasta. Nowy przytułek jest wyłącznie przeznaczony dla kobiet ciężarnych, żyjących z pracy rąk własnych,

a w ostatnich miesiącach ciąży nie mogących zapracować na zaspokojenie pierwszych potrzeb życia. Liczba takich kobiet, popadających z powodu brzemienności w krańcową nędzę, jest w Paryżu znaczna, gdzie dotąd, jak i u nas w Warszawie, dopiero z chwilą rozpoczynającego się porodu w zakładach, przeznaczonych dla rodzących, pomoc i opiekę znaleźć mogą. Nowy ten przytułek mieści się w domu wyłącznie na ten cel zbudowanym i na początek posiada 105 łóżek; koszt utrzymania go roczny na 60000 franków obliczono, pomimo to, że ciężarne same zajmują się przygotowaniem pożywienia i innymi lżejszymi posługami domowymi. Zakład już posiada odpowiednią liczbę noszy, służących do przenoszenia każdej z chwilą rozpoczęcia się porodu do najbliższego zakładu dla rodzących. Jakżeby się przydał Warszawie podobny przytułek dla ciężarnych!

— Tow. Międzynarodowe postępu higieny zawiadamia przez swego sekretarza jeneralnego, d-ra E. GUILMOT z Brukseli, że 9-ta wystawa higieniczno-spożywcza odbędzie się w Rzymie w czerwcu 1894 r. w Pałacu Sztuk Pięknych pod prezydencją prof. G. BACCELLI.

Zmarli: w Paryżu BROWN-SÉQUARD, prof. medycyny doświadczalnej w Collège de France, w wieku lat 76; w Dorpacie C. SCHMIDT, prof. chemii lekarskiej.

Odpowiedzi Redakcyi.

„W kwestyi przedwczesnego siwienia“. Barwa włosów zależy od mniej lub więcej obfitego dowozu i nagromadzenia drobnutkich ziarenek barwnika w komórkach rogowych i przestrzeniach międzykomórkowych włosa. Ponieważ wzrost i odnowa włosów odbywa się za pośrednictwem łożyska czyli t. z. brodawki włosowej, przeto i sprawa ubarwienia włosów zależy od prawidłowej funkcji brodawki—narządu bardzo obfitującego w nerwy i naczyńia krwionośne. Siwienie więc włosów polega na zwichniętym lub zatamowanym dowozie barwnika do komórek rogowych włosa, — co w wieku późniejszym, którego jednak kres nie da się ściśle oznaczyć, jest sprawą normalną czyli fizyologiczną. Przedwczesne zaś siwienie może zależeć od różnych przyczyn. Najczęstsze z nich bywają: wpływy dziedziczne, a także długotrwałe cierpienia, lub nagle wstrząśnienia moralne. Lecz i cierpienia fizyczne, jako to: długotrwałe, wycieńczające choroby mogą także stać się przyczyną przedwczesnej, stałej lub przemijającej siwizny. Ponieważ o radykalnem uleczeniu danego zbroczenia stanowi jedynie możliwość usunięcia przyczyny, która zbroczenie to wywołuje, przeto i usunięcie siwizny — jak łatwo z powyższego pojąć — w wyjątkowych tylko razach osiągnięte być może. Środków, działających wprost przeciwko siwiznie, medycyna nie posiada. Wszelkie ubieganie się za podobnymi sposobami należy do nierozsądnych złudzeń, a ich doradzanie i sprzedaż za niesumienne wyzysk poczytać trzeba. Jakaż więc jest rada dla przedwcześnie siwiejących? 1) zbadać i usunąć wyżej wymienione przyczyny siwienia, a jeżeli się to nie da osiągnąć, to 2) z rezygnacją pogodzić się ze swoim losem, lub 3) przedsięwziąć farbowanie włosów, przyczem baczną zwrócić należy uwagę na to, aby nie były stosowane środki zdrowiu szkodliwe. Do tych ostatnich należą głównie przetwory ołowiu, a poczęści i kwas pyrogallusowy.