

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Uwagi nad dusznicą bolesną (stenocardia, angina pectoris). Napisał Władysław Biegański. (Dokończenie).—Przyczynki do fizjologii zrazów czołowych. Przez D-ra A. Groszlika. (Dokończenie).—Kazuistka. Przypadek tęcza połowego, opisał M. Lebensbaum. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 3 kwietnia r. b. — Streszczenia i Wyciągi. 48. O etyologii licznych ropni w tkance łącznej podskórnej u ssawców i o obecności drobnoustrojów ropotwórczych w mleku kobiecym. 49. O surowicy przeciwko wścieklicznie i o jej uodporniającej sile w zastosowaniu u ludzi. 50. Wysypki skórne w posocznicy następującej po szkarlatynie i błonicy. 51. Postać neurasteniczna okresu zwiastunowego w porażeniu postępującem. 52. Przyczynek do rozpoznawania zaniku trzustki, wywołanego przez kamieć. 53. Przypadek kolki trzustkowej. — Drobniejsze wiadomości różnej treści.—Wiadomości bieżące. — Nadesłano do redakcyi. — 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. 3) D-r Lebensbaum — Un cas de tetanus puerperal.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 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. 3) D-r Lebensbaum — Ein Fall von Tetanus puerperalis.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obozna str. 5.

UWAGI NAD DUSZNICĄ BOLESNĄ

(stenocardia, angina pectoris).

Napisał Władysław Biegański,

lekarz Szpitala N. M. P. w Częstochowie.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 15).

W postaci poronnej ból odgrywa małą rolę w skargach chorego. Ból ten zwykle szybko się zjawia i szybko przemija, nie może więc on zbyt dokuczać choremu. Chorego przestrasza tylko obecność samego bólu; objawu tego chory nie rozumie, nie umie go sobie wytłomaczyć i dlatego to właśnie udaje się o poradę do lekarza. Mniej uważni chorzy nie zwracają wcale uwagi na występujący, przemijający ból i nieraz mijają miesiące, a nawet lata całe, zanim chory zasięgnie porady u lekarza, zmuszony do tego spotęgowanym przebiegiem choroby, mianowicie częstymi i długotrwałymi napadami bólu. Stąd też o wiele częściej w praktyce spotykamy się z drugą postacią tej choroby, gdzie napady stenokardyczne występują seryami i gdzie nieraz z anamnezy tylko dowiadujemy się, że poronne napady bólu trwały już długi przeciąg czasu, nim obecne uciążliwe objawy wystąpiły.

Postać więc poronna, nie będąc sama przez się uciążliwą, jest jednak zapowiedzią blizkiego burzliwego okresu w tej chorobie. Dlatego też lekarz na ten początkowy ból powinien zwrócić całą uwagę, gdyż w tym okresie sprawa patologiczna, rozwijająca się w aorcie i w tętnicach wieńcowych, najwięcej jest dostępna dla leczenia doszczętnego. Jeżeli wątpliwą jest bardzo rzeczą, czy można usunąć rozwiniętą już sprawę miażdżycową w naczyniach, to niewątpliwie jednak w naszej jest mocy powstrzymać na dłuższy czas rozwój tej

sprawy. Chcąc powstrzymać dalszy rozwój stwardnienia tętnic, powinniśmy przede wszystkim usunąć przyczyny, wywołujące właściwe zmiany w błonie wewnętrznej naczyń. Do przyczyn tych niewątpliwie należą wszystkie te sprawy, które pośrednio lub bezpośrednio wzmagają parcie krwi w układzie tętniczym. Tutaj więc wyliczyć możemy rozmaite przewlekłe zatrucia (wyskokiem, ołowiem, tytoniem), o których wiemy, że powodują wzmożone ciśnienie krwi w tętnicach. Musimy zatem bezwzględnie zabronić choremu użycia wyskoku w jakiegokolwiek bądź postaci, palenia tytoniu. Takie pożywki również, jak kawa i herbata, ze względu na to, że wzmagają czynność serca i pośrednio zwiększają napięcie w układzie tętniczym, powinny być w zupełności zabronione, albo spożywanie ich możliwie ograniczyć należy. Mając dalej na względzie, że obfite spożywanie pokarmów wywołuje przemijające przepełnienie naczyń krwionośnych i tym sposobem wzmożone parcie krwi, należy także przepisać choremu umiarkowaną co do ilości dietę. W etyologii stwardnienia tętnic niewątpliwie wielką rolę odgrywają rozmaite wysiłki cielesne i moralne. Dlatego też stanowczo zabraniać należy chorym wszelkiego rodzaju wysiłków, sportu kołowego, gimnastycznego, wiosłowego. Ruch jednak umiarkowany na świeżem powietrzu należy koniecznie zalecić, jako ułatwiający w wysokim stopniu ogólny obieg krwi.

Takie mniej więcej powinny być dyetetyczne przepisy dla chorych z prawdziwą dusznicą bolesną; zachowanie tych przepisów powinno powstrzymać rozwój sprawy miażdżycowej, zachodzącej w tętnicach, i dlatego też dyetetyka odgrywa najważniejszą rolę w początkowym okresie stenokardii. Drugiem wskazaniem będzie usunięcie już istniejących zmian w tętnicach i spłotach nerwowych. Zadanie to ma spełnić systematyczne i długotrwałe stosowanie przetworów jodowych. Francuscy autorowie szczególnie zalecają ten sposób leczenia nie tylko w dusznicy bolesnej, ale we wszystkich innych objawach ogólnego stwardnienia tętnic. Stosować jod, zdaniem tych autorów, należy przez kilka miesięcy, zadając przez 2 tygodnie w każdym miesiącu do 2,0 dziennie jodku potasu. Jodek potasu, jako środek pewniej działający, zasługuje tutaj na pierwszeństwo, i wyjątkowo tylko, jeżeli chorzy jodku potasu nie znoszą, można zastosować słabiej działający jodek sodu. Tego rodzaju leczenia jodowego nie udało mi się nigdy z całą dokładnością przez kilka miesięcy z rzędu przeprowadzić. Rzadko chorzy mają natyle dobrej woli, żeby podobne leczenie na miesiące całe rozłożyć i wykonać mogli. W innych przypadkach chorzy takiego leczenia nie znoszą: nieżyt dróg oddechowych, zaburzenia w trawieniu zmuszają nas do częstych przerw w stosowaniu tego środka. W rezultacie więc nie mogę nic stanowczego powiedzieć, na zasadzie własnego doświadczenia, o sposobie i skutkach działania jodu w tej chorobie. W każdym razie, ponieważ żadne inne farmaceutyczne leczenie w początkowym okresie stenokardii nie jest stosowne i ponieważ jod niewątpliwie okazuje pewien wpływ na wessanie przewlekłych spraw zapalnych, przeto systematyczne leczenie jodowe, o ile takowe skądinąd nie jest przeciwwskazane, może być w tych przypadkach z pewną korzyścią stosowane.

Przy omawianiu leczenia poronnej postaci dusznicy bolesnej musimy wspomnieć jeszcze o klimatycznym i kąpielowem leczeniu. Zauważyłem nieraz, że wyjazd na pewien czas do stacyi leczniczej dobrze wpływa na przebieg i objawy dusznicy bolesnej. Rodzaj stacyi odgrywa tu widocznie rolę podrzedną; widziałem wcale dobry rezultat po pobycie w Karlsbadzie, Franzensbadzie, Landecku, Nizy, a zatem w jaknajrozmaitszych stacyach leczniczych.

Cały wpływ takiego leczenia polegał prawdopodobnie na usunięciu chorego od kłopotów i zajęć domowych, na dostarczeniu mu tym sposobem umysłowego i moralnego spokoju, oraz na ścisłym dyetetycznym zachowaniu się, co zwykle w stacyach leczniczych przez chorych ściśle bywa przestrzegane. A zatem wskazana tutaj będzie każda stacya klimatyczna i kąpielowa, z zastrzeżeniem, żeby chory nie przedsiębrał tam żadnego energicznego leczenia, ani kąpielami, ani wodami mineralnemi.

Takie powyżej opisane ogólne leczenie jest w zupełności wystarczające, jeżeli mamy do czynienia z postacią poronną stenokardyi. Inaczej jednak rzecz się ma, jeżeli napady stenokardyczne występują często i są długotrwałe. Wtedy choremu dokuczają głównie często powtarzający się ból oraz niezmiernie dokuczliwe uczucie strachu, prawie nieodstępne od każdego mniej więcej mocnego napadu stenokardycznego. Chodzi więc o jaknajwcześniejsze usunięcie tych dokuczliwych bardzo objawów. Musimy w obec tego zastosować przede wszystkim środki kojące, a z tych na pierwszym planie postawić należy morfinę. Jedna lub dwie średnie dawki morfiny, podskórnie zastosowane, jeżeli nie przerywają napadu stenokardycznego, to w każdym razie zmniejszają naprężenie bólu na pewien czas. Morfina zatem jest wskazana w każdym długotrwałym, a mocnym napadzie dusznicy bolesnej w celu uśmierzania samego napadu. Sprawiedliwość nakazuje nam jednak przyznać, że skuteczność morfiny w stenokardyi nie zawsze jest wyraźna. Widziałem sam przypadki, gdzie pomimo trzykrotnego raz po raz stosowania dość dużych dawek tego środka, naprężenie bólu w niczem się nie zmniejszyło. W większości jednak przypadków morfina okazuje czasowo kojące działanie, przez co osiągamy wiele ze względu na wielkie cierpienia chorego.

Kojące działanie na napady stenokardyczne okazują jeszcze azotony: mianowicie azoton amylenu, nitrogliceryna i azoton sodu. Z tych środków najwięcej rozpowszechnienia zyskały dwa pierwsze, mianowicie azoton amylenu w postaci wziewań i nitrogliceryna w roztynie lub pastylkach. Co do skuteczności tych środków w stenokardyi, zdanie nie jest jeszcze ustalone. Jedni autorowie zachwalają wielce ich skuteczność, inni przeciwnie wyrażają się w tym względzie sceptycznie. Co do mnie, to przyznam się, że wybitnych skutków po zastosowaniu tych środków nie widziałem prawie nigdy. Najwięcej zawodnym okazał się azoton amylenu; nigdy po nim nie widziałem nawet czasowego polepszenia. Być może, iż azoton amylenu przez długie przechowywanie w aptekach traci na wartości; być może, iż przetwór ten świeżo otrzymany okazałby wybitniejsze działanie. Nie chcę tej rzeczy przesądzać, notuję tu tylko fakt zawodności tego środka, stale spostrzegany przeze mnie.

Z pomiędzy azotonów, jeden tylko azoton sodu (*Natrum nitrosum*) według mego doświadczenia okazał się wyjątkowo skutecznym. Lek ten obecnie mało bywa stosowany i sam go zastosowałem pierwszy raz przed kilku laty w przypadku rozpaczliwym, gdzie wszystkie środki, jakie tylko stosowane były, zawodziły. Przepisałem więc w końcu azoton sodu, bez wielkiej nadziei, przyznam się, w jego skuteczność. Przepisałem 2,0 tego środka w roztynie na 180,0 wody, zalecając 3 łyżki dziennie przyjmować. Chora przez omyłkę przyjmowała lekarstwo co 2 godziny łyżkę i w ciągu 30 godzin wyżyła całą butelkę. Mając na uwadze, że maksymalna dawka tego środka podług naszej farmakopei wynosi 12 gr. na dobę, podług niemieckiej 0,15 na dawkę, a 0,6 na dobę, przeraziłem się, dowiedziawszy się o tej omyłce; tymczasem żadnych

objawów zatrucia nie było, a co najważniejsza, chora po użyciu tego lekarstwa nie miała już wcale napadów stenokardji, chociaż poprzednio przez 5 miesięcy kilka razy dziennie powtarzały się mocne napady bólu sercowego. Od tego czasu stosowałem nieraz azoton sodu, zawsze w dawce maksymalnej, nie obawiając się niekiedy przekroczyć tej dawki, i rzecz godna uwagi, bardzo często widziałem wybitne skutki co do wpływu na naprężenie i częstość napadów duszniczej bolesnej. Lek ten stosuję zwykle w roztworze wodnym 2,0 na 180,0, zalecając z początku 3 łyżki dziennie przez 2 dni, następnie przez drugie 2 dni po 4 łyżki dziennie, a w końcu ostatnie 2 dni po 5 łyżek dziennie, jeżeli chory poprzednią dawkę dobrze znosił. Po takim sześciodniowym stosowaniu zalecam przynajmniej tygodniową przerwę i po tygodniu dopiero powracam, jeżeli potrzeba, do tego samego okresowego leczenia. W każdym razie pamiętać należy, że długo takiego leczenia stosować nie można, gdyż azoton sodu należy do bardzo silnych trucizn, działających rozkładowo na czerwone krążki krwi. Stąd też częste i dłuższe przerwy w tem leczeniu są konieczne. Kumulatywnego działania azotonu sodu zdaje się nie ma.

Działanie azotonów w duszniczej bolesnej objaśniają przez porażenie ośrodków i nerwów naczynioruchowych. Jako następstwo tego porażenia występuje rozszerzenie naczyń, zmniejszone parcie krwi w tętnicach i zwolnienie obiegu krwi. Rozszerzenie naczyń ma również zachodzić w zakresie rozgałęzień tętnic wieńcowych serca, przez co usuwa się przypuszczalny podług teorii HUCHARD'a skurcz drobnych tętniczek, rozgałęziających się w mięśniu sercowym. Tym sposobem przetwory azotonowe mają działać bezpośrednio na właściwą przyczynę choroby. Zdaje się jednak, że odgrywa tu jeszcze pewną rolę kojące narkotyczne działanie tych przetworów. Doświadczenia na zwierzętach przekonały, że śmiertelne zatrucia tymi środkami wywołują zawsze głęboką narkozę. Zresztą, główne działanie tych trucizn zasadza się na porażeniu nerwu współczulnego, co nie tylko ujawnia się przez rozszerzenie naczyń, lecz i przez zniesienie bólu, jeżeli ten ból ma swe źródło w pobudzeniu nerwu współczulnego.

Wielce uzasadnione przypuszczenie, że stenokardja jest właściwie nerwobólem splotu sercowego, nasuwa myśl stosowania w tej sprawie całego szeregu środków antyneuralgicznych, jakie w ostatnim czasie zostały wprowadzone w użycie. To też GERMAIN SÉE niedawno zachwalał bardzo stosowanie antypiryny drogą zastrzykiwań podskórnych w celu przerywania napadu duszniczej bolesnej. Takich zastrzykiwań podskórnych sam nigdy nie próbowałem, stosowałem tylko kilka razy fenacetynę wewnątrznie w małych względnie dawkach. Skutku od tego stosowania nie widziałem żadnego. W każdym razie środki te zasługują na wypróbowanie w czystej postaci duszniczej bolesnej, w takich przypadkach, gdzie czynność serca nie przedstawia wyraźnych zmian. Wtedy i dawki powinny być zwyczajne, jakie stosujemy przy innych nerwobólach. Przeciwwskazaniem do stosowania tych środków będą jakiekolwiek objawy osłabienia czynności serca, mianowicie rozszerzenie, stłumienie oraz słabe i szybkie tętno.

W kilku przypadkach, spostrzeganych przeze mnie, bardzo skuteczne na zmniejszenie częstości napadów stenokardycznych okazało się stosowanie dużych przyszczydeł na okolicę serca. Ten sposób leczenia nie jest nowy i od dawna był zachwalany przez wielu wybitnych praktyków (CHAŁUBIŃSKI, ZACHARIN). Sposób działania przyszczydeł trudno dokładnie wytłomaczyć. Czy tu mamy do czynienia z pewną odruchową czynnością troficzną, czy też

wchodzą tu w grę nerwy naczynioruchowe i ich pobudzenie, nie możemy nic stanowczego powiedzieć; to jedno wprowadzić zaznaczyć musimy, że w stenokardyi, podobnie jak i w innych nerwobólach, stosowanie pryszczydeł przynosi niekiedy wybitną korzyść.

Z tego samego względu u mniej wrażliwych osób należałoby próbować przypalań okolicy serca przyrządem PAQUELIN'a. Osobiście o tym sposobie nie mogę nic powiedzieć, gdyż go dotychczas nie stosowałem. Skuteczność jednak podobnych przypalań przy innych nerwobólach powinna zachęcać do prób w tym kierunku.

W końcu musimy wspomnieć jeszcze o elektryzacji, jako sposobie leczenia dusznicy bolesnej. Dawniej ten sposób leczenia miał wielkie powodzenie, zachwalał go niezmiennie DUCHENNE i stosowali go często inni lekarze. Dziś przy rozpowszechnionem zapatrywaniu się na tę sprawę, jako na wyraz anatomicznych zmian, zachodzących w sercu, zaufanie do elektryzacji pomalu zatracą się. Tymczasem, bezstronnie rzecz rozpatrując, musimy przyznać, że w przebiegu dusznicy bolesnej znajdujemy często wskazanie do tego sposobu leczenia. Elektryzacja szczególnie wskazana jest w postaci stenokardyi czystej, niepowikłanej, gdzie napady występują często, seryami. Można stosować tutaj albo prąd przerywany, albo prąd stały. Prąd przerywany zalecał i zachwalał DUCHENNE, używając podczas napadów a nawet w czasie przestanków między napadami mocnego podrażnienia skóry okolicy serca pendzelkiem elektrycznym. Prąd stały w ostatnim czasie zalecał EULENBURG. Radzi on stawiać szeroką An na mostek i okolicę serca, Ka zaś na ostatnie kręgi szyjne albo na pierwsze kręgi grzbietowe. EULENBURG również zachwalał galwanizację nerwu współczulnego; Ka. wtedy stawia się na okolicę serca, An. zaś na szyję na okolicy trzeciego szyjowego zwoju współczulnego.

Powyżej wyliczyliśmy wszystkie prawie sposoby leczenia dusznicy bolesnej w postaci najuciążliwszej dla chorego, mianowicie, gdy napady występują seryami przez miesiące całe po kilka razy dziennie, kiedy jednak osłabienie czynności serca w niczem się nie ujawnia. Przechodzimy obecnie do sposobów leczenia dusznicy bolesnej powikłanej dusznicą sercową.

Tutaj samymi środkami kojącymi nic zrobić nie jesteśmy w stanie. Tutaj lekarz według słusznego wyrażenia VIERORDT'a powinien trzymać w jednej ręce środki kojące, a w drugiej środki pobudzające, i w miarę potrzeby naprzemian je stosować. Ze środków kojących najlepiej wtedy jest stosować morfinę w dawkach rzadko zadawanych ale pełnych. W takich przypadkach należy zastrzyknąć na noc codziennie pełną, nasenną dawkę morfiny, a przez dzień podawać choremu środki pobudzające czynność serca. Tym sposobem najlepsze jeszcze osiągnąć możemy rezultaty. Ze środków pobudzających najodpowiedniejszymi są: naparstnica i strofant; szczególnie ten ostatni środek, długo stosowany, zawsze okazywał wybitny skutek, wyrażający się w poprawieniu czynności serca i w zmniejszaniu się napadów dusznicy sercowej. Ze stosowaniem zaś kofeiny w tych przypadkach należy być ostrożnym. Widziałem kilka przypadków w praktyce szpitalnej, gdzie po zastosowaniu większych dawek tego środka nastąpił udar apoplektyczny, wskutek rozerwania tętniczek mózgowych. Toteż jeszcze raz powtarzamy, że wobec rozległego stwardnienia tętnic kofeinę stosować należy bardzo oględnie.

Przyczynki do fizyologii zrazów czołowych

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

(Dokończenie.—Zob. Nr. 15).

Streśćmy wyniki naszych spostrzeżeń.

1) Psy, pozbawione jednego zrazu czołowego, słyszą i widzą również dobrze, jak zwierzęta nieoperowane, pod względem też inteligencji i usposobienia nie różnią się od całkiem zdrowych lub przynajmniej od dotkniętych okaleczeniem właściwej okolicy ruchowej.

2) Zdradzają upośledzenie czucia dotykowego, bólowego i mięśniowego w kończynach przeciwległych, zwłaszcza w przedniej, jakoteż niedowład tychże, powodujący przewagę nad nimi kończyn symetrycznych w ruchach dowolnych.

3) Wzmiankowane zaburzenia nie dorównywają pod względem natężenia i trwałości identycznym następstwom obrażeń, względnie nieznacznych, okolicy ruchowej.

4) Psy dotknięte są również osłabieniem czucia w połowie przeciwległej karku i tułowia, tudzież niedowładem mięśni, powodujących ruchy głowy i przedniej połowy tułowia w stronę przeciwległą (przyczem stos kręgowy zwraca się powierzchnią wypukłą w stronę operacji).

5) Wszystkie powyższe zaburzenia wyrównują się z czasem: przede-wszystkiem czuciowe, następnie ruchowe w kończynach; najtrwalsze są objawy paretyczne ze strony kręgosłupa, po upływie 2—3 miesięcy i one jednak znikają i można zwierzę uważać za całkiem zdrowe.

6) Jeżeli psa, który odzyskał zdrowie po wyłuszczeniu jednego zrazu, poddamy operacji drugostronnej, nie spostrzegamy znowu żadnych zaburzeń wzrokowych, słuchowych lub intelektualnych.

7) Upośledzenie czucia skórniego i mięśniowego występuje wyłącznie z jednej strony, przeciwległej ponownie usuniętemu zrazowi.

8) Z tej również strony występuje niedowład kończyn, mięśni karku i tułowia.

9) Zboczenia znikają w tym samym porządku i czasie, jak po operacji jednostronnej.

Powyższe spostrzeżenia zdają się świadczyć o wielkiej różnicy między psem, pozbawionym naraz obu zrazów czołowych, a takim, któremu usunięto drugi zraz po wyrównaniu się zupełnem zboczeń, wywołanych jednostronną operacją: w drugim przypadku wszystkie ponowne zboczenia, nie wyłączając objawów ze strony kręgosłupa, występują wyłącznie po jednej stronie, przeciwległej świeżo usuniętemu zrazowi, gdy tymczasem w pierwszym—należy spodziewać się zaburzeń obustronnych. Zresztą, jak wiadomo, nie wycinałem u moich zwierząt naraz obu zrazów czołowych.

Mamy tedy przed sobą dwa szeregi następstw: w przeciwległych kończynach oraz ze strony mięśni przeciwległej połowy tułowia. A jednak, lubo zaburzenia te zawsze występują razem, wydaje mi się wielce prawdopodobnem przypuszczenie, iż pierwszy szereg jest tylko następstwem pobocznym operacji; nie z powodu całkowitego i wcześniejszego znikania, zobaczmy bowiem poniżej, że warunek to niekonieczny i nieodzowny zboczeń istotnych, — lecz ponie-

waż dając się z równą słuszością wyprowadzić z uszkodzenia sąsiedniej okolicy mózgu. Nie pozbawione są wpływu na czystość operacji warunki anatomiczne; brzozy, nie tworząc linii zamkniętych, uniemożliwiają wycinanie zrazów dokładne, bez uszkodzenia sąsiednich części mózgu.

Dajmy na to zresztą, że przeszkody anatomiczne udało się szczęśliwie ominąć; mogą tu odgrywać rolę inne czynniki niemniej doniosłe. Mianowicie, *gyri pra-* i *postcruciatius* należą do ośrodków dla kończyn, zupełnie ustalonych i wypróbowanych; nie tylko wyluszczenie kory, lecz nadto najdelikatniejsze obrażenia, dokonywane w obrębie tej okolicy, np. lekkie drażnienie kory prądem elektrycznym, wycięcie kawałka *durae matris*, nawet zwyczajna trepanacja (przynajmniej mnie osobiście zdarzało się to obserwować) w stanie jest wywołać, na pewien czas i do pewnego stopnia, klasyczny obraz parezy i stępionego czucia w przeciwległych kończynach, przeważnie w przedniej. Nie dziw tedy, że i wyluszczenie zrazu czołowego wpływa ujemnie na okolicę, znajdującą się w tak blizkiem sąsiedztwie, bądź to powodując coś w rodzaju nieuchwytnego *shock'u*, hamującego zwykłe jej czynności, bądź też wywołując objawy zapalne. Tak czy owak, operacja sama przez się już daje powód do zmian dynamicznych lub materyalnych w okolicy sąsiedniej, a więc i prawo oczekiwania zaburzeń w kończynach. Możliwe bardzo, że tu właśnie tkwi przyczyna trwałości zaburzeń czuciowych i ruchowych w kończynach, dłuższej niekiedy, niżby oczekiwać należało od zwyczajnego, hamującego oddziaływania urazu. Tak więc, zboczenia w kończynach zależą, według wszelkiego prawdopodobieństwa, od uszkodzenia (mniejsza, jakiej natury) okolicy *sulcus cruciatius*. Co się zaś dotyczy drugiego szeregu objawów, mianowicie ze strony karku i tułowia, to pominąwszy jego trwałość dłuższą w porównaniu z pierwszym szeregiem, nie zdarzało mi się nigdy spostrzegać (wbrew twierdzeniu Kusick'a) tych zaburzeń u psów z obrażeniami właściwej okolicy ruchowej, nawet natychmiast po operacji; za to występują one stale po wyluszczeniu zrazu czołowego. Na tej zasadzie uważam zraz czołowy za ośrodek fizjologiczny, czuciowy i ruchowy dla przeciwległej połowy karku i tułowia, *resp.* dla ruchów bocznych kręgosłupa.

Ze wszystkich, w części pierwszej przytoczonych poglądów, wyniki naszych doświadczeń zdają się najbardziej zgadzać z wnioskami H. Munk'a; wszakże niezupełnie. Po pierwsze Munk przyjmuje w korze mózgowej dwa odrębne ośrodki: jeden dla karku, drugi dla tułowia, mieszcząc ostatni u psa w korze *gyrus praecruciatius* (okolica H). Moje doświadczenia przeczą temu, albowiem otrzymywałem zaburzenia ze strony karku nawet po wyluszczeniu z przodu *sulcus praesylvius*, szanując zawsze brzozę, by uniknąć krwotoku z leżącego w niej naczynia. O ile mnie się zdaje, zachodzi między karkiem a grzbietem związek tegoż rodzaju, co między przednią a tylną kończyną. Wielokrotne próby dowiodły, iż następstwa wyluszczenia pewnej części kory o wiele przewyższają sumę skutków dodatnich, powstających przez jej pobudzenie elektryczne (np. uszkodzenie t. zw. ośrodka dla tylnej kończyny pociąga za sobą zaburzenia w obu kończynach przeciwległych). Nie dość, że zboczenia karkowe powstają i znikają stale i jednocześnie z objawami w tułowiu, lecz nadto występują one częstokroć, zwłaszcza w pierwszych dniach po operacji, o wiele jaskrawiej od nich. Uważam przeto zraz czołowy za wspólny ośrodek dla obu okolic ciała. Powtóre, zaburzenia ze strony tułowia, lubo znacznie trwalsze od zboczeń w kończynach, nie są jednak absolutnie trwałe, jak tego chce Munk; zgodnie z tem, nie powinno się tu mówić o bezwładzie

korowym w tem znaczeniu, w jakim MUNK używa tego terminu. Jakim więc sposobem następuje wyrównanie zaburzeń, wywołanych usunięciem zrazu czołowego? Jaka lub jakie części mózgu przyjmują na siebie zastępstwo utraconych czynności? Najnaturalniej będzie przypuścić, że albo zrazy czołowe wzajemnie się zastępują, albo też każdy zraz czołowy zostaje zastąpiony przez okolice ruchową tej samej strony. Pierwsze przypuszczenie nie może się ostać wobec faktu, że u psa, wyleczonego z ekstyrpacji jednego zrazu czołowego, ponowne zaburzenia, wywołane wycięciem symetrycznego zrazu, występują wyłącznie po stronie przeciwnej. Ale przypuściwszy nawet na chwilę istnienie związku zastępczego między obydwoma zrazami czołowymi, zawsze musimy jeszcze wytłómaczyć zupełne wyrównanie zaburzeń pomimo obustronnej ekstyrpacji. Pozostaje zatem drugie przypuszczenie, że czynności, uszkodzone wskutek usunięcia tego lub owego zrazu czołowego, powracają na drodze zastępstwa, odbywającego się w właściwej okolicy ruchowej tej samej strony. Istotnie, zniszczenie jakiegoś ośrodka ruchowego nie równa się utracie wyobrażeń ruchów, rządzonych przez ten ośrodek, lecz jedynie niemożliwości prawidłowego przejścia pewnych pobudek na odpowiednie tory korowe. GOLTZ czy FERRIER, obaj podzielają to zapatrywanie. Zwłaszcza zdanie FERRIER'a, jako zwolennika bezwzględnej lokalizacji, ma dla nas wagę szczególną. „Zniszczenie ruchowych ośrodków kory“, powiada¹⁷⁾, „usuwa jedynie możność wykonywania pewnych ruchów, nie zaś odpowiadające im wyobrażenia.“

Pies, pozbawiony ośrodków korowych, ma bardzo dokładne wyobrażenie o ruchach należnych, gdy ma podawać łapę, jeno się wysila nadaremnie. Częstość też chory, dotknięty bezwładem połowicznym wskutek zatoru tętnicy SYLWIUSZA, dowiaduje się o swej chorobie właśnie z niemożliwości wykonywania ruchów, które doskonale sobie uświadamia. Ponieważ pomimo braku zrazów czołowych zachowane są drogi, łączące je z mięśniami karku i tułowia, należy przypuścić, iż pobudki, powstałe w ośrodkach właściwej okolicy ruchowej i udzielające się tuż pod nimi leżącym włóknom nerwowym, są w dalszym ciągu zdolne do zmiany kierunku i do przejścia na włókna, należące do zrazu czołowego wyciętego; rozumie się, przypuszczamy tu istnienie spojeń między rozmaitymi torami nerwowymi, takie jednak przypuszczenie bynajmniej nie jest pozbawione prawdopodobieństwa.

Wypowiadając ten domysł w sprawie wyrównania zboczeń po zniszczeniu zrazów czołowych, daleki jestem od uogólniania go i stosowania do innych ośrodków ruchowych; nie utrzymuję mianowicie, jakoby funkcje, zniesione skutkiem usunięcia ośrodka dla którejkolwiek np. kończyny, powracały wyłącznie przez zastępcze działanie utrzymanej w całości kory okolicy ruchowej tej samej strony, bez współudziału okolicy symetrycznej: zdanie, z którym wystąpili po raz pierwszy CARVILLE i DURET¹⁸⁾, wątpiąc w możliwość wzajemnego zastępstwa półkul mózgowych. O ile rzecz dotyczy kończyn, doświadczenie stanowczo przemawia za kompensacją obustronną: uszkodzenie znaczniejsze właściwej okolicy ruchowej wyrównywa się za pośrednictwem symetrycznej okolicy drugiej strony, jak również nietkniętych jeszcze ośrodków tej samej strony. Na dowód tego przytaczam następujący fakt nader wymo-

¹⁷⁾ FERRIER, „The Croonian Lectures“ sur les localisations cérébrales; Archives de neurologie, 1891, vol. XXI, Nr. 63, Lecture VI, p. 399 — 414.

¹⁸⁾ CARVILLE et DURET, Sur les fonctions des hémisphères cérébraux; Archives de physiologie normale et pathologique, 1875, deuxième série, tome II, p. 352 — 446.

wny: u psa z okaleczoną okolicą *sulcus cruciati* zaburzenia, które zdołały o tyle się wyrównać, że pozostały po nich ledwo dostrzegalne ślady, wznowiały się po każdorazowym wycinaniu zrazu czołowego; tu oczywiście czynność zastępcza każdej okolicy ruchowej została zakłócona wskutek coraz świeższego urazu. Inaczej sprawa stoi z zastępstwem kompensacyjnym zrazów czołowych; zachodzi pod tym względem wielka między nimi a ośrodkami dla kończyn różnica, różnica wprawdzie nie wytłomaczona, ale niewątpliwie wpływająca z naszych doświadczeń.

Jeszcze jedna kwestya wymaga rozbioru. Wobec tego, że zaburzenia, powstałe po wycięciu zrazów czołowych, całkowicie ustępują, zachodzi pytanie, czy powinniśmy umieszczać w tych zrazach ośrodki dla karku i tułowia? Czy brak wszelkich „objawów trwałych“ (*Ausfallserscheinungen*) nie przeczy wogóle pojęciu ośrodka?

Na to odpowiadamy co następuje: dla nauki o umiejscowieniach zupełnie wystarcza, jeśli uszkodzenie pewnej okolicy kory mózgowej pociąga za sobą stale i niezmiennie pewne zaburzenia, nadto takie, które nie występują po okaleczeniu innych okolic i nie dają się z nich wyprowadzić. Zboczenia czuciowe i ruchowe w kończynach czynią zadość pierwszemu wymaganiu, zboczenia w karku i tułowiu—obu wymaganiom; na tej zasadzie powinniśmy ostatnie zaburzenia uważać za istotne następstwo rzeczonyj operacyi, innemi słowy: mieścić w zrazach czołowych ośrodek dla karku i tułowia. Z drugiej atoli strony, lubo powyższa zasada jest wogóle całkiem dostateczna, jako probierz do oceny danych doświadczalnych, nie mamy prawa żądać od niej więcej nad to, co nam dać może. Wychodząc z tej zasady, mamy prawo utrzymywać jedynie, że w okolicy mózgu, której zniszczenie stale pociąga za sobą zaburzenia, nie dające się wyprowadzić z okaleczenia innych okolic, mieści się ośrodek fizjologiczny, normalny zakłóconych w danym wypadku czynności. Innemi słowy, zasada głosi, że dana okolica zawiera pierwiastki, które w warunkach zwykłych, gdy układ nerwowy jest nietknięty, wystarczają lub nawet są niezbędne dla percepcyi pewnej grupy wrażeń lub uskutecznienia pewnej grupy ruchów dowolnych, gdy tymczasem inne okolice mózgu służą do innych spraw. W tem właśnie tkwi, zdaniem mojem, właściwa i istotna treść pojęcia o umiejscowieniu; stąd lokalizować pewne funkcye w mózgu znaczy nie mniej i nie więcej, jak określać zwykłe—dla tej lub owej przyczyny najbardziej do tego przystosowane—siedliska powstawania i percepcyi pewnych pobudzeń nerwowych. Tak pojęta lokalizacya nie wyklucza prawa następstwa, raczej się przez nie uzupełnia. Toć i zwolennicy bezwzględnych lokalizacyi nie zaprzeczają faktu wyrównania się zboczeń, ale uciekają się w celu wytłomaczenia go do czynności zastępczej zwojów podkorowych (FERRIER, LUCIANI i TAMBURINI), hipotezy zgoła zbytecznej; nie widzę bowiem racyi, dla której byśmy nie mieli roli tej przypisywać części nieuszkodzonej okolicy ruchowej (w wypadku ośrodków ruchowych). GOLTZ¹⁹⁾ dowiódł, że pies, któremu zniszczono całą lewą półkulę wraz z lewem *corpus striatum* i znaczną częścią *thalamus opticus*, zdradza po upływie pewnego czasu stosunkowo nader umiarkowane zaburzenia w prawej połowie ciała; następnie, że po zniszczeniu jednego zrazu przedniego ruchy zwierzęcia dopóty zachowują się względnie normalnie, dopóki nie tknięto symetrycznego zrazu drugiej półkuli. Nie przecząc

¹⁹⁾ GOLTZ, Ueber die Vorrichtungen des Grosshirns; VI. Abhandlung; Pflüger's Archiv, 1888, Bd. 42, p. 419;—pp. 435, 449.

bynajmniej możliwości kompensacji ze strony zwojów podkorowych, sądę na podstawie dwu przytoczonych doświadczeń, że zgodniej będzie z faktami tłumaczyć znikanie zaburzeń niezależnie od tych zwojów, a mianowicie: w razie częściowego jednostronnego uszkodzenia okolicy ruchowej — skojarzoną czynnością kompensacyjną symetrycznej okolicy przeciwnej oraz nietkniętej reszty tej samej strony; w razie zaś zupełnego zniszczenia jednostronnego — taką samą czynnością okolicy symetrycznej. Wogóle nie widzę potrzeby uciekania się do zwojów podkorowych, dopóki pozostała nietkniętą bodaj część okolicy ruchowej, zdolna w większym lub mniejszym stopniu do zastępczego pełnienia funkcji wyciętych ośrodków.

Powyższe uwagi dają możność ustalenia poglądu na tak zwane „objawy trwałe”. Jakkolwiek sprzeczne są zapatrywania fizjologów na istotę umiejscowienia, wszyscy zgodnie przyznają, wbrew mniemaniu FLOURENS’a, że zdolność kompensacyjna kory mózgowej nie jest nieograniczona, że ma zatem swe granice; „objawy trwałe” są wyrazem owych właśnie granic. Usuwamy pewien ośrodek, poczem następuje cały szereg zaburzeń; z tych jedne znikają, inne nie. Maż stąd wypływać, że między ostatnimi zaburzeniami a usuniętym ośrodkiem żaden nie zachodzi związek? Bynajmniej — albowiem w wypadku zupełnego ustąpienia zaburzeń, co między innymi zachodzi też po usunięciu zrazów czołowych, musielibyśmy przypuścić, że zniszczony ośrodek zgoła był pozbawiony jakichkolwiek czynności. Dla tego właśnie żywię przekonanie, że „objawy trwałe”, nader doniosłe dla teorii umiejscowienia w przypadkach, gdzie występują, nie dają się dla niej zużytkować w razie ich braku. Świadcząc o tem, że nie wszystkie zboczenia mogą ustępować, obejmują jednocześnie owe właśnie czynności, których usunięty ośrodek kory jest warunkiem nie tylko wystarczającym, lecz nadto koniecznym, nieodzownym, niemożliwym do zastąpienia przez czynność innych okolic mózgu. Zresztą, granice zdolności kompensacyjnej kory mózgowej wcale nie są tak rozległe, jak utrzymują niektórzy fizjologowie, z GOLTZ’em na czele. Osobiście bowiem spostrzegałem zaburzenia nader trwałe, przeważnie natury ruchowej, nawet po względnie niedużych okaleczeniach kory okolicy ruchowej. Widocznie więc wystąpienie „objawów trwałych” nie zależy jedynie od wielkości obrażenia, lecz również od jakości okolicy uszkodzonej; nie jest rzeczą obojętną, jaki ośrodek uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu. Tą właśnie okolicznością tłumaczy się fakt ostatecznego wyrównania się zaburzeń, powstałych po całkowitem usunięciu zrazów czołowych, gdy mniej rozległe uszkodzenie okolicy *sulcus cruciatus* spowoduje zaburzenia trwałe. Gdzie tkwi źródło tej czułości ostatnio wzmiankowanej okolicy, orzec niepodobna, wszelako doświadczenie wcale niedwuznacznie o tem świadczy.

Pracy niniejszej dokonałem w pracowni prof. S. M. ŁUKJANOWA.

KAZUISTYKA.

Przypadek tęcza połogowego

opisał M. Lebensbaum.

Wobec niezmierniej rzadkości tęcza połogowego u nas, sądę, że treściwy opis przypadku tego cierpienia, spostrzeganego przezemnie w ostatnich dniach ubiegłego miesiąca r. b., nie będzie zbytecznym.

Przypadek ten dotyczy 23-letniej Frajdy Gutsatz, żony krawca w Warszawie zamieszkałej. Z wywiadów dowiedziałem się, że ojciec chorej zmarł na suchoty, jedyna jej siostra i matka żyją i są zupełnie zdrowe. Chora nie przechodziła nigdy poważnych chorób, aczkolwiek była zawsze wątłą. Wyszła za mąż, mając lat 17, w rok po ślubie urodziła pierwsze dziecko, poczem kilka tygodni chorowała na gorączkę połogową. W 18 miesięcy później urodziła drugie dziecko; tym razem chorowała po porodzie pół roku (ropień okołomaciczy). Przed 2-ma laty odbyła 3-ci poród (po urodzeniu się dziecka z powodu silnego krwotoku macicznego trzeba było odkleić łożysko); przebieg porodu był prawidłowy. Ostatni poród odbył się dnia 9-go marca r. b. Przez pierwsze dwa dni G. czuła się dobrze. Trzeciego dnia położnica zaczęła gorączkować i skarżyła się na duszność, kaszel i kłucie w plecach. Wezwany do niej kol. II. znalazł wówczas włóknikowe zapalenie lewego płuca; w dwa dni później pojawiły się cuchnące odchody połogowe. Muszę jeszcze nadmienić, że akuszerka przynosiła chorej pochwę dwa razy dziennie roztworem karbolu. Cierpienie płuc po 10-u dniach ustąpiło, gorączka ustała. Od dnia 22-go chora czuła się nieźle, mogła nawet przejść na fotel, miała tylko lekkie kaszel. Dnia 24-go wieczorem chora zaczęła się skarżyć na ból głowy zwłaszcza z tyłu, a w godzinę później zwróciła się do otoczenia z uwagą, że trudno jej otwierać usta. Wymiotów, ani nudności nie miała. Przywołany do chorej nazajutrz, stwierdziłem co następuje: Ciepłota 37,2, tętno 96 prawidłowe. Obie szczęki mocno zwarte, usta rozciągnięte wszcz, fałdy twarzy wyraźnie, mięśnie żwacze twarde, przy dotknięciu bolesne (*trismus*). Głowa pochylona w tył, kark nieco sztywny, bierno ruchy głowy sprawiają chorej ból. Przy wlewaniu mleka przez przestwory, z powodu brakujących zębów powstało, można było się przekonać, że polykanie nie było utrudnione. Oddech niezupełnie swobodny, nozdrza rozszerzone. Ruchy kończyn górnych i dolnych nieco ociężałe. Brzuch przy dotykaniu niebolesny. Przy podwójnem badaniu stwierdziłem, że macica była powiększona, miękka i w ogóle przedstawiała cechy macicy w pierwszych tygodniach okresu połogowego; sklepienia wolne. Odchody połogowe skąpe, wodniste i cuchnące. Mocz nie zawierał ani cukru, ani białka. Czucie wszędzie prawidłowe. Przytomność zupełnie zachowana. Przez zaciśnięte

ęby chora zaledwie w stanie jest precedzić, że ją głowa, skronie i kark mocno bołą. Nie ulegało wątpliwości, że miałem przed sobą przypadek tężca połogowego, a mianowicie w pierwszym jego okresie (szczękościsk i skurcz toniczny mięśni karku). Proszony przezemnie na radę kol. GOLDFLAM rozpoznanie to potwierdził, przyczem zaleciliśmy chorej zupełny spokój, duże dawki chloralu, zrazu samego, a następnie z morfiną w enomach. Stan chorej szybko się pogarszał. Godzina 5-a po południu: szczękościsk i skurcz mięśni karkowych w jeszcze wyższym stopniu — głowa zupełnie wryta w poduszki. Na twarzy charakterystyczny *risus sardonius*. Lekkie zesztwnienie mięśni kończyn górnych i dolnych. Ciepłota ciała 37,8, tętno 100, przytomność zupełna. Godz. 9-ta wieczór. Cierpienie robi bardzo szybkie postępy. Chora cała leży w potach. Ciepłota 40°, tętno szybkie, przytomność umysłu zupełna. Z ust wylewa się piana, której chora mimo robionych w tym celu wysiłków przełknąć nie może, gdyż polykanie sprawiało jej ból niezmierny; na twarzy sinica. Chora bełkocze; silna duszność, kończyny sztywne, ściany brzuszne twarde. Gdym chciał chorą dokładniej zbadać, dostała ona pierwszego napadu drgawek. Twarz chorej przybrała wyraz, jaki zazwyczaj cechuje napady drgawek porodowych (*eclampsia*). Sinica w niezwykłe wysokim stopniu. Mięśnie kończyn górnych i dolnych sztywne; oddech wstrzymany. Po ustąpieniu napadu, który trwał prawie minutę, przytomność powróciła. Od tam napady powtarzały się coraz częściej; było ich razem około 30. Występowały one później przy najlżejszem zbliżeniu się do chorej, zwłaszcza, gdy „litościwe“ otoczenie mimo zakazu mojego wlewało chorej nieco płynów do jamy ustnej. Chora zmarła tej samej nocy, w niespełna 27 godzin po wystąpieniu pierwszych objawów. Do ostatniej chwili przytomność nie była zakłócona.

Tak szybko, że tak powiem, piorunujący przebieg tężca połogowego należy do rzadkości. Niezwykłym również jest wystąpienie choroby dopiero 15-go dnia po porodzie. Co było przyczyną tego cierpienia, trudno z pewnością orzec. Prawdopodobnem wydaje mi się, że miało tu miejsce zakażenie zarazkiem tężca, wprowadzonym do ustroju drogą narządów rodnych, a przynajmniej zdaje się za tem przemawiać stwierdzona przez kol. H. i przezemnie cuchnąca wydzielina maciczna (*endometritis septica*?)

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 3 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) ZIELIŃSKI—Preparat miednicy osteomalacyjnej. 2) NEUGEBAUER—O wynicowaniu macicy.

1) Kol. ZIELIŃSKI przedstawił preparat miednicy osteomalacyjnej w wysokim stopniu zwężonej.

2) Kol. NEUGEBAUER wypowiedział rzecz „o wynicowaniu macicy“ (*inversio uteri*), a mianowicie: o stosunkach anatomicznych, etyologii, symptomatologii i leczeniu tego cierpienia, posilkując się głównie dziełem BEIGEL'a ¹⁾ i rysunkami z tegoż dzieła poczerpniętymi, po części zaś pracą swojego ojca ²⁾.

W dyskusyi kol. THIEME zwracał uwagę na bardzo ważne znaczenie badania zgleźbnikiem macicznym przy rozpoznawaniu, a głównie odróżnianiu guza, wysuniętego z jamy macicy, od jej wynicowania. W pierwszym razie zawsze uda się zgleźbnik wprowadzić obok guza do jamy macicy, przy wynicowaniu zaś to nie nastąpi. Nadto badanie przez odbytnicę, wykazujące obecność lub brak macicy w zwykłym jej miejscu, rzecz stanowczo rozstrzyga w przypadkach wątpliwych. Następnie T. opowiedział treściwie historię 3-ech przypadków wynicowania macicy, przez siebie spostrzeganych, z których jeden dotyczył rodzącej, u której wynicowanie macicy w kilka godzin po jego powstaniu zostało doraźnie usunięte działaniem ręki do pochwy wprowadzonej. W drugim wynicowanie ustąpiło po 3 ch tygodniowem stosowaniu kolpeuryntera. Trzeci przypadek miał miejsce przy urodzeniu się włókniaka w dnie macicy osadzonego, po wyłuszczeniu którego wynicowanie ustąpiło również pod działaniem kolpeuryntera.

Kol. ROGOWICZ opisał przypadek wynicowania macicy zadawnionego, wyleczony przez niego niedawno w Warszawskim Zakładzie Ginekologicznym zapomocą wytrwałego stosowania kolpeuryntera, nad działaniem którego poczynił zasługującą na uwagę spostrzeżenia. Szczegółowy opis tego przypadku podamy w jednym z następnych N-rów „Medycyny“.

Kol. BORYSSOWICZ mówił o pomyslanem przez niego i kol. ROGOWICZA narzędziu, jakie miało być zastosowane w wzmiankowanym wyżej przypadku R., gdyby użycie kolpeuryntera nie doprowadziło do pożądanego celu. Gdy zaś zamierzony skutek osiągnięto zapomocą kolpeuryntera, pomysł B. i R. nie znalazł praktycznego zastosowania.

W dalszym ciągu dyskusyi zabierali głos: WINAWER, KRYSIŃSKI, NEUGEBAUER i PRZEWOSKI w kwestyi wstrząsu (*shock*), krwotoku z powodu wynicowania macicy podczas porodu, przyczyn powstawania wynicowania w okresie łożyskowym, jako też wynicowania wskutek włókniaków w dnie macicy usadowionych.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

48. RAFAEL SARRA. O etyologii licznych ropni w tkance łącznej podskórnej u ssawców i o obecności drobnoustrojów ropotwórczych w mleku kobiecym. W pracy niniejszej autor rozważa przyczyny powstawania choroby, dawno znanej w patologii i opisywanej pod rozmaitemi nazwami, jakoto: *inflammation cellulaire* (BILLARD), *inflammatio textus cellularis* (BEDNAR), *dermatitis follicularis* (STEINER), *dermatitis phlegmonosa* (BAGINSKY), *phlegmone circumscriptum* (BOHN), *furuncle atonique* (ALIBERT). Dawniej cierpienie to uważano za objaw gruźlicy, atrepsyi lub innej skazy. ESCHERICH w 1886 i LONGARD w 1887 (ostatni pod nazwą *folliculitis abscedens infantum*) dokładnie chorobę tę zbadali, szczególnie pod względem patogenety.

Ropnie pojawiają się w rozmaitych miejscach; najczęstszem ich siedliskiem bywa głowa, kark, okolice odbytu, pośladki, rzadziej piersi i brzuch. Ropa bywa gęsta, śmietankowa, z rozpadem tłuszczowym, lecz bez śladów tkanki zmartwiałej;

¹⁾ Die Krankheiten des weiblichen Geschlechtes. Stuttgart 1875, II Bd. str. 313—342.

²⁾ L. A. NEUGEBAUER. Przypadek pomyślnego wyleczenia wynicowania przewlekłego macicy. Medycyna T. XIV 1886. Nr. 2—7.

we wszystkich przypadkach badanie bakteriologiczne wykazuje w niej obecność gronkowca ropotwórczego (*staphylococcus pyogenes aureus et albus*); lasecznika gruźliczego niema.

Ropnie te łatwo mogą być uważane za wrzedzionki, syfilidy grudkowate lub za ropnie żółtowo-gruźlicze. Jednakże sposób ich rozwoju, nie zbyt ostry, — wygląd skóry, która pozostaje mało napiętą i słabo zaczerwienioną, — wreszcie mała bolesność odróżnia je od wrzedzionek. Od syfilid różnią się brakiem wszelkich objawów przymiotu, od ropni żółtowo-gruźliczych brakiem lasecznika gruźliczego.

Ponieważ wykazano obecność gronkowców w pieluchach, któremi były powijane dzieci, dotknięte tem cierpieniem, — przypuszczano więc, że skutkiem tarcia pieluch o skórę mikroby te wnikają do gruczołów potowych i łojowych i wywołują *folliculitis* i ropień. Prace GARRÉ'go, MICHNOW'a i WASMUTH'a dowiodły możliwości przenikania drobnoustrojów przez skórę zdrową, aż do tkanki łącznej podskórnej.

Choroba ta nawiedza albo dzieci zupełnie zdrowe, albo też zanikłe; w pierwszym razie rokowanie jest pomyślne, w drugim jest prawie fatalne.

Odnosnie leczenia, wskazane jest utrzymanie bezwzględnej czystości ciała i bielizny; nadto kąpiele antyseptyczne. W razie utworzenia się ropnia, należy go otworzyć. Oprócz tego wskazana jest poprawa stanu ogólnego.

Autor stara się następnie rozstrzygnąć pytanie, czy ropnie te u ssawców na tej tylko drodze powstają i czy nie zdarzają się przypadki, w których są one wyrazem zakażenia ogólnego, prawdziwej ropnicy?

ROULLAND, w 1888 r., przyjmuje, że oprócz ropni przymiotowych i gruźliczych, bywają jeszcze dwa rodzaje ropni zwykłych: jedne powstają skutkiem infekcji tak zwanej „*exogène*“, drugie skutkiem infekcji t. z. „*hématogène*“. Z drugiej strony wykazano już na pewno, iż w mleku kobiecym dość często pojawiają się drobnoustroje ropienia. LONGARD znajduje gronkowca w mleku położnic gorączkujących; szczepi on hodowlę tego mikroba samicom karmiącym i po kilku godzinach znajduje go w ich mleku. MICHEL znajduje te same bakterie w mleku położnicy, cierpiącej na ropnia w sutce; wstrzykiwania hodowli pod skórę królika za każdym razem wywołują powstawanie ropni. Emma MERIT znalazła gronkowca w mleku kobiet, cierpiących na popękanie brodawek piersiowych. COHN i NEUMANN na 41 rozbiorów mleka, znaleźli 38 razy drobnoustroje i nader często gronkowce białe. PALLESKE nader często spostrzegał gronkowca białego w mleku, a większa część mamek, przez niego badanych, nie zdradzała żadnego stanu chorobowego suetek albo innej części organizmu. ROSSI DORIA sądzi, że bakterie ropotwórcze przechodzą przez filtr sutfkowy i wydzielają się ze krwi z mlekiem.

EISELSBERG znalazł dwa razy t. z. *coccus aureus* w mleku — i jeden raz w pocie kobiet, cierpiących na ropnicę pęłogową. Poszukiwania KARLIŃSKIEGO nader są ważne: spostrzegał on noworodka, którego matka cierpiała na gorączkę pęłogową i różę; w dniu pojawienia się róży znalazł w mleku *staphylococcus pyogenes (aureus, albus et citreus)* i *staphylococcus cereus (albus et flavus)*; po sześciu dniach dziecko zapadło na zapalenie ślinianki przyusznej, nieżyt kiskowy i zmarło w dniu dziesiątym; we krwi i w zawartości kisek znaleziono te same bakterie, co w mleku matki. Po sprawdzeniu tego faktu KARLIŃSKI zaszczepił mikroby ropotwórcze w żyły i w błonę śluzową pochwy sukom i samicom króliczym karmiącym; spostrzegł wówczas, iż drobnoustroje te pojawiły się w mleku; zauważył także wielką śmiertelność wśród szczeniąt, które ssaly matki szczepione; na 48, — 6-oro zdechło skutkiem zakażenia ogólnego przy objawach nieżytu kiskowego (we krwi i zawartości kisek znaleziono gronkowca złocistego); 5-oro cierpiało na zapalenie ostre ropne gruczołów przyusznych bez cierpień kiskowych; 17 zdechło skutkiem ostrego nieżytu kisek; w 8 przypadkach zauważono zakażenie ogólne z wytworzeniem ognisk ropnych w wątrobie i nerkach; u innych znajdowano gronkowca złocistego w wypróżnieniach. HONIGMANN badał 76 kobiet: u 4 tylko znalazł mleko zupełnie wolne od bakterji; przypuszcza więc, że u położnic, nawet zdrowych, mleko zawiera dość często drobnoustroje, zwykłe gronkowce, które wnikają prawdopodobnie zewnątrz; mleko zresztą kobiece nie posiada żadnych własności zabójczych dla lasecznika cholery, gorączki tyfoidalnej, ani dla gronkowców. Słowem, większość badaczów przypuszcza, iż mleko kobiet, tak zdrowych, jak i chorych, zawiera często zarodki ropotwórcze.

Trudno przypuszczać, iżby mleko, skażone obecnością zarodków ropotwórczych, pozostało bez wpływu na zdrowie dzieci. Widzieliśmy, że KARLIŃSKI spostrzegał u szceniąt nieżyt żołądka i kiszek i ropnie w odległych narządach.

Sprzeczność zdań pod tym względem u wielu autorów możemy sobie wytłómaczyć okolicznością, iż jadowność gronkowca zdaje się zależeć od warunków nader różnych. Odnośnie tych warunków, na pierwszym miejscu należy postawić stan soków wydzielanych w przewodzie pokarmowym; ALAPY wykazał, iż mikroby ropienia żyją doskonale w żołądku i kiszce w razie zalkalizowania płynów żołądkowych i kiszkowych. Zatem, rozmaite cierpienia żołądka i kiszek, które zmniejszają wydzielanie kwasu solnego, sprzyjają zakażeniu przez gronkowce z mleka macierzyńskiego. Chociaż ESCHERICH i LONGARD nie znajdowali gronkowca w kale dzieci, dotkniętych ropniami podskórnymi, i chociaż COHN i NEUMANN zapewniają, że mikroby ten nie szkodzi ssawcom, to jednakże KARLIŃSKI i BUMM spostrzegali fakty przeciwne. Pani HENRY zauważyła częste występowanie ropni podskórnych u ssawców, których matki cierpią na zapalenie przewodów mlecznych (*galactophoritis*), cierpienie zaś to, według zdania BUDIN'a, często przebiega niepostrzeżenie i zdarza się częściej, aniżeli ogólnie o tem sądzą.

Możnaby mniemać, że nieraz zakażenie ssawców następuje przez nadżarcia błony śluzowej warg i ust. Przynajmniej częstość pojawiania się ropni podskórnych w sąsiedztwie ust, brody i szyi, zauważona przez BUDIN'a, COUDERC'a i VILCOCQ'a, pozwala na podobne przypuszczenie.

Wreszcie autor przytacza poszukiwania OLINTO'a, który spostrzegł u wielu ssawców, cierpiących na niestrawność, rozmaite objawy chorobowe w skórze (ropnie, wysypki prosówkowe, plamy różowe) i na błonie śluzowej ust. W przypadkach tych udało mu się z ropy i ze krwi odosobnić gronkowca białego i złocistego; według OLINTO'a początkiem zakażenia był tu przewód pokarmowy.

Następnie autor podaje pięć spostrzeżeń, które służyły za punkt wyjścia do niniejszej pracy.

W ostatecznej konkluzji dochodzi do wniosków sprzecznych z wnioskami ESCHERICH'a i LONGARD'a, a mianowicie twierdzi, iż ropnie podskórne ssawców zależą przede wszystkim od zakażenia ogólnego, które powstaje skutkiem zakażenia mleka macierzyńskiego.

Z powyższego twierdzenia wyprowadza pewne przepisy profilaktyczne, jako to: przy karmieniu piersią konieczną jest skrupulatna antyseptyka sutki kobiety karmiącej i jamy ustnej ssawcy; przy karmieniu sztucznem niezbędne jest wyjałowienie, albo przynajmniej zagotowanie mleka, czystość smoczka i flaszki; przy leczeniu chorób żołądka i kiszek u ssawców należy ograniczyć użycie środków alkalicznych, a dać pierwszeństwo kwasom, celem obniżenia jadowitości drobnoustrojów ropotwórczych, wprowadzonych do dróg pokarmowych.

(*Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1894, mars*).

W. K.

49. TIZZONI i CENTANNI. **O surowicy przeciwko wściekliznie i o jej uodparniającej sile w zastosowaniu u ludzi.** Po pierwszych doświadczalnych wynikach na królikach, które wykazały, że surowica uodpornionych zwierząt może powstrzymać wybuch wścieklizny a nawet leczyć ją podczas jej rozwoju, TIZZONI i CENTANNI, powodowani ideą leczenia surowicą ludzi, pokąsanych przez wściekle zwierzęta, a nawet już dotkniętych tą chorobą, przystąpili przede wszystkim do rozstrzygnięcia następujących pytań: 1) Czy doświadczenia z większemi zwierzętami, jak owca, pies, potwierdzą wyniki, otrzymane na królikach, co dałoby możność zbierania surowicy w dużych ilościach? 2) Czy możliwe jest wzmacnianie odporności tych zwierząt o tyle, aby surowica ich mogła być używaną w praktyce lekarskiej? 3) Jaką jest całkowita krzywa, uwydatniająca zasób uodparniającego pierwiastku we krwi szczepionych zwierząt stosownie do zużytego czasu i ilości szczepionki, ażeby można było oznaczyć najodpowiedniejszy moment do zbierania krwi?

Doświadczenia były czynione na owcach i psach. Zwierzęta uodparniano przez zastrzykiwanie im dziesięć razy w odstępach jednodniowych dawek, wynoszących 0,33 grm. stałego jadu (*virus fix*) na kilo wagi ciała. Otrzymane wyniki wykazały: 1) że owce i psy są podatniejsze od królików, albowiem mniejsze stosunkowo ilości szczepionki wytwarzają u nich surowicę o sile daleko znaczniejszej; 2) że surowica ich leczy skutecznie zarówno te zwierzęta, zarażone wścieklizną, jak i króliki. Następnie okazało się, że uodparniająca siła surowicy owczej

psiej przez szczepienia o tyle może być wzmocnioną, że będzie zdalna w zastosowaniu u ludzi. Najwyższy stopień siły uodporniającej surowicy, jaki osiągnęli, daje się wyrazić stosunkiem 1 na 25,000 do 1 na 50,000, innemi słowy 0,03 ctm.³ tej surowicy, zastrzykniętej jednorazowo w tkankę podskórną, zabezpiecza królika wagi 2 kilo od wścieklizny, po zarażeniu go psim jadem pod oponę twardą. Dla człowieka, wagi około 70 kilo, uodporniająca dawka surowicy nie powinna przewyższać 2,80 grm., dawka zaś surowicy w postaci stałej — 0,23 grm.

Co się tyczy krzywej, uwydatniającej zasób uodporniającego pierwiastku we krwi szczepionych zwierząt, to można i przy wściekliznie stwierdzić ogólne prawo, że siła ta jest w prostym stosunku do ilości wprowadzonej szczepionki; ma ona własność wzrastania w przeciągu pewnego czasu po uodpornieniu, ażeby następnie pomału słabnąć. Po 5 dniach siła uodporniającej surowicy daje się wyrazić stosunkiem 1 na 1000, po 10 dniach 1 na 10000, po 20 dniach 1 na 20000, po 25 dniach waha się ona pomiędzy stosunkami 1:25000 i 1:50000. Z tych oznaczeń wypada, za najodpowiedniejszy moment do zbierania surowicy — 25 dzień po uodpornieniu zwierzęcia. To są wszystkie wyniki, jakie otrzymali T. i C. w kwestyi odporności zwierząt przeciwko wściekliznie i w oznaczeniu siły uodporniającej surowicy.

Według autorów stosowanie surowicy ma tę wyższość w porównaniu z metodą PASTEUR'a: 1) że działa w każdym okresie wylegania wścieklizny, a nawet podczas pierwszych jej przejawów; 2) że działanie jej ujawnia się zaraz po zastrzyknięciu; 3) że nie jest jadowita i nie wywołuje szkodliwych następstw; 4) że działanie jej występuje nawet po niewielkich dawkach; 5) że jest zupełnie rozpuszczalna, szybko się wysysa, oraz zachowuje swe właściwe cechy po wysuszeniu, co pozwala na stosowanie jej przez każdego lekarza w miejscu zamieszkania chorego.

Ze zwierząt, używanych do doświadczeń, T. i C. pierwszeństwo oddają owcom, albowiem surowica ich posiada większą siłę uodporniającą, niż surowica psów, oraz z tej samej ilości krwi otrzymujemy jej więcej i przezroczystsza. Autorowie ci wkrótce przystąpią do stosowania surowicy w celach zapobiegania i leczenia wścieklizny u ludzi, przynajmniej w przypadkach, gdzie metoda PASTEUR'a może okazać się nieskuteczną, jak przy spóźnionej kuracyi, przy głębokich i licznych ukąszeniach w twarz i przy pokąsaniu przez wilki.

(*Berliner Klinische Wochenschrift* Nr. 8, r. 1894).

Wł. P.

50. MANNING. **Wysypki skórne w posocznicy następczej po szkarlatynie i błonicy.** Wspomniane wysypki były spostrzegane przez autora 128 razy na 6000 dzieci, leczonych przez niego w City Hospital, w Birminghamie. Dokładne i nader interesujące studjum tego przedmiotu zasługuje na bliższe poznanie.

Powikłanie to zdarza się 2,1 razy na 100 przypadków i wywołuje znaczną śmiertelność (79,6%). Widocznie zależy ono od wnikania do organizmu czynnika zakaźnego czy jadu, wytworzonego skutkiem rozpadu tkanek, i spostrzega się głównie w następstwie owrzodzeń jamy ustnej, gardła i nosa, tak częstych w błonicy i szkarlatynie.

Wysypki te zdarzają się przeważnie u dzieci poniżej lat 3 (60%), a jak łatwo zrozumieć, przyczyna tej częstości zależy od trudności stosowania w tym wieku antyseptyki przy owrzodzeniach jamy ustno-gardzielowej i nosowej, skutkiem czego wydzieliny septyczne ciągle są połykane przez małe dzieci. Wysypka pojawia się zwykle w ciągu drugiego tygodnia choroby, lecz pojawić się może także przed piątym i po trzecim dniu szkarlatyny. W większej liczbie przypadków zakażenie następuje szybko, gwałtownie; w niektórych jednakże przypadkach spostrzegamy podniesienie ciepłoty, pogorszenie stanu miejscowego, niepokój i t. d. już na dwa-nastacie do dwudziestu czterech godzin przed wystąpieniem wysypki.

Wysypka przedstawia się pod formą plam lub punktów, mocno czerwonych, o brzegach ostrych; pojawia się najprzód na powierzchni kostek (*malleoli*), stawów palcowych, łokciach, następnie na powierzchni grzbietowej stóp; niekiedy grudki pojawiają się na ramionach i goleniach przed wystąpieniem plam; w innych przypadkach wysypka, zamiast występowania według takiej kolej, co ma miejsce w 86% przypadków, — pojawia się najprzód na twarzy, na powiekach dolnych i policzkach. W pewnych przypadkach, „rash“ zdaje się powstrzymywać się w rozwoju, błędnie przy końcu kilku dni i znika. Są to przypadki lekkie, zresztą bardzo rzadkie. Naodwrot, w daleko częstszych przypadkach ciężkich „rash“ obejmuje golenie pod postacią plam nieregularnych lub grudek wystających; w drugim lub

trzecim dniu tułów bywa całkowicie pokryty a plamy i grudki przekształcają się w różycę rozlaną.

Skoro wysypka dosięgnie do *maximum*, co w każdym przypadku następuje w rozmaitym czasie, wówczas następuje obfite złuszczenie naskórka. W pewnych przypadkach spostrzegamy prawdziwą recydywę ze spotęgowaniem wszystkich objawów miejscowych i ogólnych i kończącą się także nader obfitem złuszczeniem. W jednym przypadku można było widzieć na powierzchni dłoniowej ręk dziecka trzy płyty naskórka, oddzielone nakształt kartek książki, to jest złuszczenie zależne od szkarlatyny, od gorączki septycznej i od recydywy.

Objawy ogólne, towarzyszące tym różycom, bywają rozmaite. Gorączka waha się zwykle między 100° i 104° F.; obniża się, gdy „rash“ blednie, i podnosi się przed recydywą lub każdym wznowieniem się wysypki. Tetno wynosi 103—200 na minutę. Objawy mózgowe występują pod formą niepokoju, bezsenności, drgania ściągaczów, drzemania. Dziecko szybko chudnie a białkomocz wykazano we wszystkich przypadkach, w których mocza mógł być zbadany. Czwartego lub piątego dnia położenie wklęa się jeszcze skutkiem pojawienia się zapalenia płuc septycznego, biegunki albo wymiotów. Jednocześnie stan miejscowy gardła pogarsza się, owrzodzenia rozszerzają się po powierzchni i wglęb; niekiedy przychodzi do przedziurawienia zasłony podniebiennej. W przypadkach ciężkich ślina wypływa z ust, język zasycha, zęby pokrywają się osadem, wargi pękają i krwawią za najmniejszym dotknięciem, łącznice pokrywają się ropą—a chory popada w stan komatyczny. Czas trwania bywa rozmaity, od dwóch do trzynastu dni, najczęściej dni ośm (w 70%—80%).

Przy badaniu pośmiertnem znajdujemy objawy zapalne na brzegach zastawki dwudzielnej i trójdzielnej; w niektórych przypadkach wsierdzie jest zgrubiałe i nastrzyknięte. Płuca są przekrwione. W innych narządach nie znajdujemy nic szczególnego.

Leczenie jest czysto objawowe. Samo się przez się rozumie, iż na pierwszym planie stoi dokładna antyseptyka owrzodzeń w jamie ustno-gardzielowej.

(*Brit. med. Journ.* 1893 i *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1894, mars).
W. K.

51. GILBERT BALLE. **Postać neurasteniczna okresu zwiastunowego w porażeniu postępującem.** W klinicznym obrazie porażenia postępującego okres zwiastunów najmniej gruntownie zbadany został. Psychiatrzy, do których zwraca się otoczenie chorego, mają zazwyczaj do czynienia z okresem już zupełnie rozwiniętego cierpienia; o przedwstępnym okresie dowiadują się jedynie z wywiadów, a dane, przez otoczenie komunikowane, dotyczą zwykle zaledwie kilku tygodni, a najwyżej miesięcy, poprzedzających wybuch choroby. Tymczasem okres zwiastunów trwać może nie tygodnie lub miesiące, lecz lata całe. Z pomiędzy rozmaitych postaci, jakie zwykły przebiegać te najbardziej długotrwałe okresy wstępne, jedna zwłaszcza zasługuje na szczególne uwzględnienie lekarza praktyka; jest to postać, mająca pozór zwykłej neurastenii, za którą też często mylnie przyjmowana bywa. Autor przytacza 2 przypadki podobnej pomyłki rozpoznawczej i, co za tem idzie, terapeutycznej, która w jednym z nich dostrzeżona została po 3, w drugim po 7 latach trwania okresu wstępnego pod ludzającym obrazem neurastenii. Fakty tego rodzaju są nader częste, zdaniem autora, i sądzi on, że wielu tak zwanych neurasteników, zwłaszcza z przebytym przymiotem, są to paralitycy *in potentia*, czyli w okresie zwiastunów.

Rodzi się jednak pytanie, czy pierwsze objawy takiej pozornej neurastenii powstają współcześnie z pierwszymi zmianami anatomicznymi zapalnej sprawy w mózgu, czy też w przypadkach tego rodzaju mamy do czynienia z pierwotną samoistną neurastenią, na gruncie której zaszczepia się porażenie postępujące. Jakkolwiek nie można przeczyć możliwości drugiego przypuszczenia, to jednak na korzyść pierwszego, w braku odpowiednich sekcyjnie stwierdzonych przypadków, przemawiają następujące fakty kliniczne. Zdarza się mianowicie, że wstępny okres neurasteniczny trwa zaledwie parę tygodni, gdy już zjawiają się niewątpliwe oznaki śródmiaższowego zapalenia mózgu. Trudno w tych razach dopatrywać się zbiegu dwóch samoistnych chorób. Są również przypadki, w których okres zwiastunowy, pod postacią neurastenii trwając dłuższy przeciąg czasu, wciąż postępuje w rozwoju swoich objawów, wreszcie zjawiają się już niewątpliwe oznaki porażenia

ogólnego, a okres ten często trwa dalej, zachowując cechy, właściwe mu od samego początku.

Tego rodzaju dane przemawiają chyba za jednością pochodzenia objawów neurastenii i porażenia postępującego. Wreszcie, jakkolwiek ta przedparalityczna, jakby ją można nazwać, neurastenia posiada objawy wspólne z neurastenią pospolitą, jako to: bóle głowy, hipochondryczny nastrój, uczucie uogólnego osłabienia i zmęczenia, to jednak w przejawianiu się, powstawaniu i przebiegu tych objawów przebiega się pewna odrębność. Po pierwsze bowiem brak tu objawów stałych neurastenii, jako to: uczucia ciężkiej, ciasnej czapki na głowie (*casque*), bólów w grzbiecie i krzyżu. Po drugie w porażeniu postępującem nerwobóle stoja na pierwszym planie; bóle te są liczne, o zmiennem siedlisku, z dnia na dzień różne, jakieś niezwykłe. Wreszcie u tych chorych obserwować można nagłe zmiany ich stanu. I neurastenik zdolny jest oderwać się czasowo od trapiących go udręczeń, lecz nie w tym stopniu, co paralityk: pierwszy nigdy nie zatracą całkowicie poczucia swojej niemocy. Tymczasem paralityk, który przed chwilą jęczał z bólu, pod wpływem drobnego jakiegos wydarzenia, jakieś zajmującej go rozmowy, zapomina zupełnie o swoich cierpieniach i daje się całkowicie porwać panującemu wokół niego nastrójowi. Wczoraj jeszcze mający się za niebezpiecznie chorego, dziś pod wpływem obojętnego jakiegos leczniczego zabiegu z radością rozprawia o swoim uzdrowieniu. Jednem słowem cierpienia paralityka są raczej psychicznego niż somatycznego charakteru, i już w tym wczesnym okresie noszą zarodki tego piętna, które w fazie zupełnego rozwoju choroby cechuje idee nedorzeczne paralityka. Łatwo zrozumieć, jak ważnem też jest pod względem rokowania umiejętne odróżnienie porażenia postępującego od zwykłej neurastenii; lecz jeszcze donioslejsze znaczenie posiada to rozpoznanie pod względem leczniczym. Wiadomo, że z pomiędzy środków, używanych z korzyścią przeciw neurastenii, na pierwszym planie stoi hydroterapia, zwłaszcza w postaci zimnych natrysków. Otóż doświadczenie nauczyło, że podobna kuracja w przypadkach porażenia postępującego nie tylko nie przynosi korzyści, lecz przeciwnie często wyrządza ogromną szkodę, przyspieszając rozwój choroby. Należy też przed wysłaniem neurastenika do zakładu wodoleczniczego, upewnić się, że się nie ma do czynienia z chorym w okresie wstępnym porażenia postępującego.

(*La semaine méd.* Nr. 67—93).

S. Bernstein.

52. LICHTHEIM. **Przyczynek do rozpoznawania zaniku trzustki, wywołanego przez kamice.** Rozpoznanie kamicy trzustkowej przedstawia dla lekarza niezmierną trudność; zdaniem LIEBREICH'a kamica trzustkowa nie różni się niczem od wątrobowej, gdyż kamienie, zamykając przewód trzustkowy, uciskają jednocześnie i zwężają przewód żółciowy. Nie tyczy się to jednak wszystkich przypadków i zdarza się czasem, że rozpoznanie kamicy trzustkowej i wywołanego przez nią zaniku trzustki jest bardzo łatwe.

W przypadku autora rozpoznanie zostało stwierdzone badaniem pośmiertnem. Chory 36-letni mężczyzna, od 14 lat miewał napady kolki ze współczesnem podnoszeniem się ciepłoty i z wymiotami; napady powtarzały się co pewien czas, od 6 lat stały się bardzo częstemi. Przy badaniu stwierdzono zwiększoną ilość wydzielanego na dobę moczu, który dawał wyraźny odczyn na cukier, wolne stolce, zawierające przy badaniu drobnowidzowem dużo kryształów tłuszczowych, i szybko rozwijającą się gruźlicę płuc. Śmierć nastąpiła wskutek wyczerpania. Badanie pośmiertne wykazało: gruźlicę obu płuc, marskość trzustki z silnie rozwiniętym, lecz niezupełnym zanikiem miąższu, niezbyt błony śluzowej kiszek; przewód WIRSUNG'a i jego rozgałęzienia były rozszerzone i wypełnione masami zwapniałemi.

Objawy, które służyły autorowi do rozpoznania kamicy trzustkowej i zaniku gruczołu, są następujące: kolka kamicowa z silnymi bólami w dołku, wymiotami i podniesioną ciepłotą, cukrzyca i częste wolne stolce, zawierające w sobie kryształy tłuszczowe. Godnem uwagi w przytoczonym przypadku jest także to, że cukrzyca zjawiała się, pomimo, że duża jeszcze część gruczołu pozostała niezmienną, skąd, wbrew doświadczeniom z częściowem wyjęciem trzustki, wynika, że nawet mikroskopowo niezmienniona substancja trzustkowa może być niezdolną do pełnienia swych czynności.

(*Berliner. Klin. Woch.* 19 Februar. 94. N. 8).

F. Sylwestrowicz.

53. MINNICH. **Przypadek kolki trzustkowej.** Autor podaje opis przypadku kamicy trzustkowej, rozpoznanej za życia na zasadzie złogów, znajdujących w stolcach. Złogi te, których obecność w stolcach pierwszy opisał VIRCHOW, przedstawiają się w postaci kamyków o nieprawidłowej okrągławej postaci z przytępionymi brzegami, wielkości soczewki lub pestki wiśniowej; składają się one z miękkiej masy, która łatwo rozciera się między palcami na cząsteczki różnej wielkości i kształtu. Powierzchnia kamyka prawie gładka, z lekką zabarwioną na żółto-szarawy kolor; powierzchnia rozkroju biała, błyszcząco-gładka, przypomina przecięcie pestki. Warstw i jądra nie widać.

Ze kamyki, o których mowa, pochodzą z trzustki, dowodzi naprzód ich konsystencja: nawpół twarda, która pozwala stanowczo odróżnić je od wszelkiego rodzaju kamyków żółciowych; złogi innych narządów, mogące przedostawać się do kiszki, wyklucają się tu na zasadzie objawów, jakie się spostrzega przy przejściu kamyka przez kanał trzustkowy, napadów kolki i często żółtaczki. Ważną jest także rzeczą, szczególnie dla rokowania, odróżnić kamicy trzustkową i wywołany przez nią zanik gruczołu od innych cierpień trzustki, np. raka, wrzodu i t. p.; tu jednakże dłuższa obserwacja wykaże utratę na wadze, uposledzenie trawienia i t. p. Ze względu na długi przebieg choroby, rokowanie przy kamicy trzustkowej może być dość pomyślne. Do objawów zatem kamicy trzustkowej zdaniem autora należą: wydzielanie się charakterystycznych złogów w stolcach, kolka trzustkowa i wreszcie żółtaczka, występująca często, jeśli kamyk zatrzymał się w części kiszki; przewodu wspólnego dla wydzieliny trzustkowej i żółciowej. Wszystkie te objawy razem wzięte dadzą dopiero obraz chorobowy kamicy trzustkowej.

(*Berliner Klin. Woch.* 19 Februar. 94. N. 8).

F. Sylwestrowicz.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== SCHNITZLER uważa za pneumaturyę w ściślejszym znaczeniu przypadki, wywołane przez dostanie się do pęcherza moczowego bakterii zdolnych wydzielać gazy. Zważywszy, że najczęściej można znaleźć w pęcherzu *b. coli commune*, a pneumaturya najczęściej bywa u dyabetyków, *b. coli commune* zaś wydziela właśnie gazy na pożywkach cukrowych, spróbował S. wprowadzać tego mikroba do pęcherza królików po podwiązaniu cewki moczowej; powstawało wtedy zapalenie zwyczajne. Gdy jednak wskutek zadania florydżyny zjawiał się u królików cukromocz, to *b. coli commune* wywoływało i pneumaturyę. U pewnej chorej z moczówką cukrową i pneumaturyą, wyhodował nawet S. laseczniaka, który u królików (po zachowaniu poprzednich ostrożności) wywoływał również pneumaturyę. S. nie określił jednak dokładnie laseczniaka; mógł to być *b. lactis aërogenes* albo *b. coli commune*.

== MATTHES badał, jak zachowuje się bizmut, wprowadzony w większej ilości do żołądka psów. Z początku bizmut układa się w najniższej położonej części żołądka, zależnej od położenia zwierzęcia. Po pewnym jednak czasie poczyną on się ściślej mieszać ze śluzem i pokrywa warstwą całą błonę śluzową. Zdaje się, że bizmut zwiększa wydzielanie śluzu (prawdopodobnie duże ilości drażnią komórki śluzowe Ref.). W innym szeregu do-

świadczeń wycinano zwierzętom część błony śluzowej (sztuczny wrzód) i następnie wlewano mieszanek bizmutową; dwa razy znaleziono bizmut na ranie, więcej nigdzie nie można było go znaleźć, raz zaś znaleziono prawdziwy strup (*crusta*) z bizmutu, który wchodził nawet w naczyńka limfatyczne. To objaśnia dobre wyniki stosowania większych ilości bizmutu we wrzodzie okrągłym żołądka. (Centralb. f. Klin. Med. 1894).

Gr.

== Na posiedzeniu towarzystwa laryngologicznego w Berlinie zakomunikował MEYER następujące spostrzeżenie: 6 Lutego r. b. zebrało się w jednej z restauracji berlińskich towarzystwo, złożone z 28 osób. 9 lutego wieczorem zachorowało z pomiędzy owych 28 osób — 8, a mianowicie: 3 osoby na błonicę, a 5 na zwyczajne zapalenie migdałków (*angina lacunaris*); z pośród pierwszej grupy chorych zmarło dwoje. Między dotkniętymi zapaleniem migdałków spostrzegł M. 18-letnią pannę, której cierpienie gardzieli przedstawiało typowy obraz mieszkowatego zapalenia migdałków. Z wydzieliny, zebranej z migdałków, wyhodował M. jadowite laseczniaki błonicy. W 3 dni później zachorował 13-letni brat tej pacjentki na takież same cierpienie: badanie bakteriologiczne wydzieliny wykazało obok laseczników LOEFFLER'a-gronkowce. Spostrzeżenie to nastrocza kilka ciekawych uwag: 1) że jeden i ten sam zarazek

może u jednego osobnika wywołać błonicę, u drugiego mieszkowate zapalenie migdałków; 2) że okres wylegania błonicy *resp. angin. follic.* wynosi 3 dni. Źródłem zarazy w tych przypadkach było dziecko właściciela restauracji, dotknięte błonicą. (Berl. Klin. Woch. Nr. 11. 93).

== ROSENTHAL, badając wydzielanie morfiny ze śliny, doszedł do przekonania, że 1) morfina, wstrzyknięta pod skórę nawet w małych ilościach, daje się wykryć w ślinie, jeżeli badać ślinę zebraną z dni kilku; 2) morfina zbiera się w ustroju i stopniowo wydalą; 3) badanie obecności morfiny w ślinie jest łatwiejsze, niż badanie w zawartości ziołodka; 4) może ono znaleźć zastosowanie w medycynie sądowej w przypadkach zatrucia morfiną. (Nr. 49. Berl. Klin. Woch. 93).

== WARNEK utrzymuje, że laparotomia w przypadkach gruźlicy otrzewnej dla tego tak często wieńczona bywa wyzdrowieniem, że wywołuje stan podrażnienia błony brzusznej, sprzyja powstawaniu wysięku plastycznego i następnych zrostów. Laseczniki giną w tych wysiękach, a gruźelki znikają pod wpływem rozrostu tkanki łącznej. Po upływie pewnego czasu wysięk zostaje wchłonięty, a sprawa cała kończy się zupełnem wyzdrowieniem. (Nr. 50 Centr. f. Gynaec. 1893).

== W biegnące krwawej otrzymał WOOD pomyślnie wyniki przez wprowadzenie kawałków lodu do odbytnicy. Co 3—4 minuty w przeciągu 1—1½ godziny powinno mieć miejsce stosowanie takich czopków,

których powierzchnia, rozumie się, ma być zupełnie gładka. (Blätt. f. klin. Hydrother. Maj 1893).

== Przeciwno piegom zaleca NEUMANN następujący środek: Rp. Praecip. alb. Mag. Bism. aa 1,7. Cetacei, Cerae alb. aa 7,0. Ol. amygdal. 14,0. Mf. unguent. DS. Wcierać wieczorem w przeciągu 8 dni. (Wien. med. Zeit. 1893).

Z. S.

== GRAETZER zaleca przy influency: Rp. Antifebrini 0,25 Pulv. Doveri 0,15 M. f. p. trzy razy dziennie po 1 proszku.

== Ociemniałi w Ameryce. Liczba ociemniałych w Ameryce powoli, lecz stale się zmniejsza. W roku 1860 jeden ociemniały przypadał na 900 mieszkańców. W r. 1880 stosunek był już lepszy, bo 1:1,025. W wykazach statystycznych z roku zeszłego znajdował się już tylko jeden ociemniały na 1,240 mieszkańców. To stopniowe zmniejszanie się liczby kalek w Ameryce przypisać należy rozumnym i energicznym środkom, jakie stosują władze miejscowe do uboższej zwłaszcza ludności, gdzie zwykle wskutek niedbalstwa i nieświadomości własnych rodziców—dzieci w pierwszym roku życia najczęściej podlegają ślepotcie. Naturalnie, że mówimy tu jedynie o Stanach Zjednoczonych; inne kraje Ameryki dotąd nie zajmują się statystyką ociemniałych.

== GOTTSCHALK okazał w Towarzystwie ginekologicznem w Berlinie płód skamieniały ważący 5 funtów, wydobyty przy laparotomii i noszony przez 30 lat.

Wiadomości bieżące.

— Z otrzymanego w tych dniach N. 8-go Dziennika XI wszechnarodowego zjazdu lekarskiego w Rzymie (*Giornale ufficiale dell' XI congresso medico internazionale*) dowiadujemy się, że redaktor naszego czasopisma H. DOBRZYCKI wystąpił z wnioskiem utworzenia w następnych tego rodzaju wszechnarodowych zjazdach nowej sekcji specjalnej prasy lekarskiej. Z powodu tego wniosku odbyło się posiedzenie wyłącznie tej sprawie poświęcone, na którym przewodniczył kol. WICHERKIEWICZ z Poznania, a obowiązki sekretarza pełnił kol. MAYZEL z Warszawy. Że utworzenie takiej sekcji, jak to wnioskodawca zaznaczył pod koniec swego przemówienia, przyniosłoby istotny pożytek nie tylko nauce, lecz i czytelnikom czasopism lekarskich, to nie ulega żadnemu wątpleniu. Dziwić się zaiste wypada, że w dotąd odbytych zjazdach nie było takiej sekcji, w którejby uczestnicy, interesujący się sprawami piśmiennictwa lekarskiego peryodycznego,

mogli wzajemnie wymieniać swoje zdania i zapatrywania na sprawy czasopiśmiennictwa lekarskiego, w ścisłem zostającego związku z postępem umiejętności lekarskich. Podczas dyskusji, w której zabierało głos wielu uczestników, kol. DOBRZYCKI zakomunikował list prof. LÉPINE'a (z Lyonu), w którym znakomity redaktor „Revue de Médecine” całemi siłami popiera wniosek naszego redaktora. Po przemówieniu przewodniczącego zakończono posiedzenie jednomyślną uchwałą utworzenia „sekcji prasy lekarskiej” na przyszłych zjazdach wszechnarodowych lekarskich. Oprócz wnioskodawcy, przewodniczącego i sekretarza, w obradach brali udział prawie wszyscy lekarze Polacy, na zjazd do Rzymu przybyli, oraz d-rowie: A. HOFFRICHTER, W. TOWEN, WERUJSKIJ i O. PETERSEN (z Petersburga), M. BAUDOUIN (z Paryża), prof. LANGE (z Kopenhagi), LUCA-TELLO (z Genewy) i prof. N. W. SKLIFOSOWSKIJ (z Moskwy).

— Wydział gospodarczy VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zawiadamia, że Zjazd odbędzie się we Lwowie od 23 do 26 lipca 1894 i że oprócz dwóch Ogólnych Zgromadzeń Zjazdu odbywać się będą posiedzenia secyjne. Przedmiotem tych posiedzeń będzie nie tylko podanie do ogólnej wiadomości wyników własnych badań członków Zjazdu, ale także przedstawienie najważniejszych spraw o ile możliwości z wszystkich gałęzi wiedzy lekarskiej i przyrodniczej, a to przez uproszonych do tego lub zgłaszających się referentów. W razie zamierzonego podania takich komunikatów lub referatów należy ich tytuły nadesłać pod adresem gospodarza sekcji najdalej do 25 czerwca 1894. Zwracamy uwagę każdego prelegenta, że w pamiętniku Zjazdu mogą być umieszczone tylko streszczenia prac przedstawionych na Zjeździe i tylko wtedy, jeżeli autorowie dostarczą gospodarzowi sekcji przed rozpoczęciem posiedzenia zupełnie do druku przygotowany rękopis.

— Na początku r. b. wyszła odbitka z „Przeglądu Chirurgicznego“ pod tytułem „Przyczyny powstawania ropienia w świetle pojęć współczesnych“ przez Wł. JANOWSKIEGO. Praca ta (208 stron) zasługuje na uwagę czytelników ze względu na treść i sumienne opracowanie. Autor, pomijając dawniejsze pojęcia o ropieniu, rozpoczyna wykładem, w jaki sposób ustaliły się poglądy na pasorzytnicze powstawanie ropienia. W tym celu zestawia on pierwsze, dokładne badania bakteriologiczne nad ropieniem, na zasadzie których wydzielono pewne gatunki pasorzytów, jako wyłączną przyczynę spraw ropnych. Dalej autor zestawia badania i poglądy,

wyjaśniające działanie chorobotwórcze tych pasorzytów. W tym dziale spotykamy się z całym szeregiem badań nad działaniem ropotwórczym wyjąłowych hodowli, warunkami zmieniającymi działanie ropotwórcze pasorzytów, ilościowościami wpływającymi na jadowitość samych pasorzytów, oraz nad różnicami w działaniu pasorzytów ropotwórczych, zależnych od warunków, zachodzących w zakażonym ustroju. Drugi rozdział tej pracy poświęcony jest działaniu ropotwórczemu drażniących związków chemicznych w warunkach czystej aseptyki, jak: terpentyny, rtęci, kalomelu, oleju krotonowego i t. d. i możliwemu, praktycznemu znaczeniu otrzymanych wyników. W trzecim rozdziale rozpatruje autor kolejno ropienia, powstałe pod wpływem wielu pasorzytów, zwykle wywołujących inne zupełnie sprawy chorobowe, a czasem nawet należących do zupełnie nieszkodliwych. Czwarty rozdział wyłącznie dotyczy ropienia mieszanego. Pod tem mianem rozróżnia autor dwa rodzaje spraw, mianowicie: ropienia powstałe pod wpływem samych tylko gronkowców i paciorkowców ropotwórczych na gruncie poprzednio przez inne pasorzyty przygotowanym, jak zakażenia wtórne przy chorobach zakaźnych, oraz ropienia przypadkowe, wywołane w danym miejscu przez dwa lub kilka gatunków pasorzytów ropotwórczych. Książkę tę uzupełnia spis literatury w tym przedmiocie. Bliższych szczegółów tej pracy nie podajemy; zapoznanie się z treścią jej jest rzeczą ważną dla każdego lekarza nie tylko ze względów teoretycznych, lecz i praktycznych. *Wł. P.*

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

1) Prof. D-r MARS Antoni, Nauka o operacjach położniczych. Część I. Zabiegi położnicze pomniejsze. Kraków 1894. 2) Dwudzieste pierwsze Sprawozdanie Towarzystwa Opieki Szpitalnej dla dzieci w Krakowie z roku 1893. 3) Zapiski Towarzystwa przyrodników w Kijowie. T. XIII, 1894 r. 4) D-r Stanislaus KLEIN. Die diagnostische Verwerthung der Leukocytose. Sammlung Klinisch. Vortr. Volkmann, N. 87. 1893 r. 5) Tegoż. Ueber die sogenannten Leukocyten-schatten. Bemerkungen zu der Notiz des Herrn Benario. (Sonderabdruck aus der „Deutschen Medicin. Woch. 1894, N. 9). 6) D-r Robert MUELLERHEIM. Die Symphyseotomie. Samml. Klin. Vorträge Volkmann N. 91. 94 r. 7) D-r Ludwig PINEAS. Ueber den Anus praeternaturalis vestibularis et vaginalis. Samml. Klin. Vorträge Volkmann N. 80. 1893 r. 8) D-r Carl LAUENSTEIN. Torsion des Hodens N. 92. Volk. Klin. Vorträge. 9) D-r Samuel CHARAU. Placentarretention nach rechtzeitiger Geburt. Volk. Klin. Vorträge N. 93. 10) D-r Rudolf DOHRN. Leistung von Kunsthilfe in der geburtshilflichen Praxis. N. 94. Volk. Klin. Vorträge. Nakład Breitkopf'a i Haertel'a w Lipsku. 11) Karol KLECKI. Badania doświadczalne nad sprawą wydzielania w jelicie cienkim. Kraków, 1894. 12) H. ARONSON. Podstawy leczenia surowicą krwi. N. 63. Odczyt klinicz. wyd. przez „Gazetę Lekarską“. 13) D-r ROZENFELD. Epidemia cholery w 1892 r. Żytomierz 1894 r.