

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O chorobie Parkinson'a, podał Z. Bychowski. O chromaniu przestankowym (Claudication intermittente Charcot'a), przez S. Goldflama. (Dokończenie). — **Wykłady kliniczne.** O gruczole tarczowym. — **Streszczenia i Wyciągi.** 75. Gruźlica u dzieci i ssawców. 76. Spostrzeżenia nad monoceromonas hominis i amoeba coli w biegunkach u dzieci. 77. O zabiegach chirurgicznych przy płonicy. — O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc maj r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) D-r Z. Bychowski—De la maladie de Parkinson. 2) D-r S. Goldflam — De la claudication intermittente.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Z. Bychowski—Ueber Parkinson'sche Krankheit. 2) D-r S. Goldflam — Ueber intermittirendes Hinken.

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

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O chorobie Parkinson'a

podał Z. Bychowski.

Ogłaszając niniejszą pracę, kieruję się głównie tem, że choroba PARKINSON'a (niesłusznie nazywają ją także *paralysis agitans*) dotychczas jeszcze należy do chorób rzadkich i zagadkowych. Wszelkie nowe spostrzeżenia, zdaje się, powinny być przeto zawsze pożądane, przyczyniają się bowiem do potwierdzenia lub odrzucenia niektórych hipotez, z powodu tej choroby wygłoszonych. Drugą zaś pobudką do ogłoszenia pracy niniejszej jest ta okoliczność, że spotykane w życiu przypadki choroby PARKINSON'a bardzo rzadko odpowiadają temu obrazowi, jaki większość podręczników dla choroby tej szematycznie podaje. Czasami obraz ten zawiele obejmuje, czasami zaś zamało. Jest to trudne do zrozumienia, dlaczego nauka CHARCOT'a o t. z. *formes frustes*, która dała takie piękne wyniki przy badaniach nad wiałdem, stwardnieniem wieloogniskowem, chorobą BASEDOW'a i t. d., tak mało wpłynęła na nozografię choroby PARKINSON'a. Wzór po mistrzowsku przez CHARCOT'a przed 30 laty nakreślony, jeszcze dotychczas bywa bez zmian w podręcznikach kopiowany, pomimo, że nie może być wyrazem tego, co w życiu znajdujemy.

Nasza kazuistyka składa się z 24-ch przypadków; 10 z nich spostrzegałem osobiście w poliklinice d-ra GOLDFLAMA, reszta zaś pochodzi z prywatnego jego materyału, za łaskawe udzielenie którego i zachętę do niniejszej pracy, szczerze podziękowanie mu składam.

Pracę niniejszą podzieliłem na dwie części: w pierwszej rozpatruję etyologię i symptomatologię, druga zaś anatomii patologicznej i patogenezie poświęcona będzie.

Chorobę PARKINSON'a uważają zwykle za chorobę wieku starczego. Na okoliczność tę powołują się przeważnie ci, którzy cały zbiór objawów choroby PARKINSON'a i znajdowane po śmierci u takich chorych zmiany anatomiczne do wybitnych cech starości zaliczają ¹⁾. Trzeba jednakże przyznać, że pojęcie starości z punktu widzenia klinicznego jest jeszcze bardzo nieokreślone i niejasne. Nie posiadamy bowiem dotychczas jeszcze żadnego sprawdzianu, według którego dana jednostka mogłaby być uważana za starą. Oczywiście, że ilość przeżytych lat — na co jedynie i bardzo niesłusznie zwraca się uwagę w statystyce lekarskiej — w żaden sposób nie może sprawy rozstrzygnąć. Często bowiem spotykamy ludzi, cieszących się kwitnącym zdrowiem, pomimo posuniętego wieku, z drugiej zaś strony widziano wielu jeszcze stosunkowo młodych (niedotkniętych żadną chorobą ogólną), a już do zgrzybiałych starców podobnych ²⁾. I rzeczywiście autorowie, którzy w tym kierunku pracowali, przychodzili do zupełnie różnych wniosków. Według HIPPOKRATES'a starość zaczyna się dopiero w 70 ym r. życia, REVEILLÉ-PARIS ³⁾ zaś 35-ty rok życia już za początek starości uważa. Znakomity francuski filozof CABANIS ⁴⁾ datuje starość od 56-go roku, GEIST od 50-go, HENKE od 45-go, ZACCHIAS od 60-go; HUTSCHINSON od 35 — 36-go r., ponieważ w owym czasie objętość płuc zaczyna się zmniejszać. QUETELET zaś, który początek zmniejszania się wagi ciała za początek starości uważa, od 50-go r. starość liczy. Moglibyśmy jeszcze cały szereg różnorodnych zdań w tej kwestyi przytoczyć ⁵⁾. Uważamy jednakże, że to, cośmy dotychczas powiedzieli, wystarczy za dowód, że starość, jako pojęcie kliniczne (a nie statystyczne), nie jest warunkowane wyłącznie ilością lat i że pojęcia starość i posunięty wiek nie są identyczne.

Zresztą i dane liczbowe niezupełnie świadczą na korzyść teorii, że choroba PARKINSON'a jest chorobą starości. W literaturze opisane są przypadki, w których choroba zaczęła się w dosyć wczesnym wieku. DUCHENNE widział przypadek choroby PARKINSON'a u 16-letniego młodzieńca, HUCHARD u 18-letniej dziewczyny, która już cierpiała na tę chorobę od 3-ch lat, MESCHÉDE widział początek choroby w 12-ym r., FIOUPE w 15—16-ym r. HADDEN ⁶⁾ niedawno opisał przypadek typowej choroby PARKINSON'a, która się zaczęła w 25-ym r. życia, LANNOIS ⁷⁾ widział powstanie jej w 12-ym r. życia.

W naszych przypadkach cierpienie zwróciło na siebie uwagę chorych mężczyzn w 43-im r., kobiet w 50-ym r. (przeciętnie). Najmłodszy z naszych chorych miał lat 35, najstarszy 65. Z kobiet najmłodsza miała 44, najstarsza 57 lat. Na zasadzie tych danych możnaby jeszcze wnioskować (choć ośobiście danym liczbowym wielkiej wagi nie przypisujemy), że mężczyźni o kilka

¹⁾ H. KOLLER. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans. VIRCHOW's Archiv. Bd 125.—KETSCHER. Zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans. Zeitschrift für Heilkunde XIII Bd.

²⁾ „Ty myślisz—powiada Byron w Manfredzie—, że życie nasze jest zależne od czasu? Nie; starzejemy się dzięki życiu naszemu (sprawom naszym)“.

³⁾ Des rapports d'une sensibilité très développée avec les âges ou périodes de la vie. Bul. gener. de Thér. 1838, t. XIV. p. 202.

⁴⁾ Rapport de physiologie et du moral I, p. 276.

⁵⁾ Ciekawych odsyłamy do zajmującej rozprawy ALELEKOWA: Starość. Klinicznojskoje izsledowanie w oblasti nerwnoj systemy i psichofizologii. Petersburg. 1892 r.

⁶⁾ BRAIN za 1890 r., cyt. według Mendel's Neurologisches Centralblatt 1891. pag. 638.

⁷⁾ Paralysis agitante chez un jeune sujet. Lyon Med. Kwiecień 1894.

lat wcześniej od kobiet chorobą PARKINSON'a dotknięci bywają. Taki sam mniej więcej stosunek mężczyzn do kobiet wykazuje kazuistyka EULENBURG'a⁸⁾). Należy żałować, że u autorów nie znajdujemy prawie żadnych danych o stanie odżywiania ich chorych. Przyczyniłoby się to wielce do wyjaśnienia stosunku między starością, a chorobą PARKINSON'a. W naszych historyach chorób 9 razy odżywianie chorych jako dobre, 5 jako zadawalniające, a raz jako złe jest zanotowane. Przypuścić można, że i w reszcie przypadków, gdzie wzmianki o odżywianiu niema, to ostatnie nie zostawiało wiele do życzenia, w przeciwnym bowiem razie byłaby na to zwrócona uwaga.

Wpływ dziedziczności rzadko figuruje w historii choroby PARKINSON'a. Zdaje się jednakże, że w większości przypadków szło o dziedziczność heterologiczną. W 46-u swoich przypadkach EULENBURG (l. c.) widział „przynajmniej 9 z wyraźnym usposobieniem neuropatycznym, a wśród tych 3 z dziedzicznym usposobieniem, a 2 prawdopodobnie z bezpośrednią dziedzicznością“ (*heredité homologue* i *héterologue* francuz. aut.). BERGER także opisał 3 przypadki prostej dziedziczności (matka i 2-ch synów; brat i siostra; dziadek i ojciec dotknięci chorobą PARKINSON'a, a z 4-ga dzieci ostatniego dwoje cierpi na ciężką płasawicę i padaczkę, siostra zaś na ciężką histeroepilepsyę). WEBER⁹⁾ widział w jednym przypadku 2-ch braci, a w drugim ojca i 2-ch synów dotkniętych chorobą PARKINSON'a. Widzimy więc, że niezupełnie można się zgodzić z twierdzeniem CHARCOT'a i ORDENSTEIN'a¹⁰⁾, że dziedziczność w chorobie PARKINSON'a nie odgrywa żadnej roli, chociaż jest niemało przesady i w zdaniu LEROUX'a¹¹⁾, który dziedziczność za wyłączoną przyczynę choroby tej uważa. W literaturze francuskiej kilka razy zwrócono uwagę na znaczenie reumatyzmu¹²⁾ i podagry¹³⁾ w etiologii choroby PARKINSON'a. Spostrzeżenia te są i pod względem teoretycznym bardzo ciekawe i przekonywujące; wykazują bowiem jeszcze raz, jak bliski stosunek istnieje między chorobami artrycznymi i nerwowymi (dwa drzewa o wspólnym korzeniu według ulubionego porównania CHARCOT'a). Z tego punktu widzenia musimy się zgodzić z autorami angielskimi¹⁴⁾, którzy twierdzą, że w Anglii chorobę PARKINSON'a daleko częściej, aniżeli gdzieindziej się spotyka. Jest to przecież klasyczny kraj podagry i tętniaków.

Przymiot, który odgrywa taką dominującą rolę w wielu chorobach nerwowych, bardzo rzadko wspominany bywa w opowiadaniu chorych, dotkniętych chorobą PARKINSON'a. W naszych 24-ch przypadkach przymiot ani razu nie jest zanotowany. HEIMAN¹⁵⁾ na 19 przypadków w jednym tylko wspomina o przymiocie. Szczęśliwszy pod tym względem był EULENBURG. Z 32-ch jego chorych 6-u przechodziło przymiot.

Z większą dokładnością niż o przyczynach usposabiających, można mówić o przyczynach bezpośrednio wywołujących chorobę PARKINSON'a (*agents*

⁸⁾ EULENBURG's Realencyclopaedie. Artykuł Paralysis agitans.

⁹⁾ Journal of nervous and mental diseases 1888, XV. p. 356, według Mondol's Neurol. Cblatt. 1889, p. 365.

¹⁰⁾ Sur la paralysie agitante et la sclérose en plaques. Thèse. Paris. 1867.

¹¹⁾ Contribution à l'étude des causes de la paralysie agitante. Thèse. Paris 1880 r.

¹²⁾ VENELLE, Lyon méd. 1881, p. 392. PIERRET, Thèse de Lyon 1882.

¹³⁾ LIHRONDEL, Antécédents et causes dans la maladie de PARKINSON, Thèse, Paris 1883.

¹⁴⁾ SANDERS w Reynolds System of medicine Vol. II. London 1868. Według artykułu EULENBURG'a w Specieller Pathologie und Therapie ZIEMSEN'a.

¹⁵⁾ Ueber Paralysis agitans. Berlin 1888.

provocateurs). Dają się one wszystkie sprowadzić do jednego mianownika — urazu, bądź psychicznego, bądź mechanicznego. Jako główną przyczynę swego cierpienia chorzy bardzo często wymieniają silne zmartwienie, prze-strach, uderzenie, złamanie kości i t. d. Prawda, że takim chorym, szczególnie, jeżeli nie są inteligentni, nie zawsze wierzyć można, bywają jednakże przypa-dki, gdzie choroba prawie bezpośrednio wybuchła po jakimś urazie — psychi-cznym albo mechanicznym.

W jednej trzeciej swoich przypadków GOWERS¹⁶⁾ mógł skonstantować moment etyologiczny. Obfitą pod tym względem kazuistykę przytaczają: CHARCOT¹⁷⁾, GRASSET¹⁸⁾, EULENBURG¹⁹⁾ i wielu innych autorów. Jedna cho-ra CHARCOT'a silnie się zlekła, kiedy spostrzegła powracającego z pola bitwy konia bez jeźdźca, którym był jej mąż. W ten sam dzień w prawej ręce wy-stąpiło drżenie, które następnie przeszło i na inne kończyny. Pacjent HILLA-RET'a dotknięty został omawianą chorobą bezpośrednio po tem, jak miał nie-szczęście być obecnym przy straceniu swego syna. Kilku autorów widzia-ło nagle wystąpienie choroby PARKINSON'a przy pęknięciu bomby (OPPOLZER, KOHRS przy oblężeniu Strasburga, FIOUPE przy oblężeniu Paryża).

Bardzo ciekawy—tyczący się bowiem wysoce inteligentnego oficera — jest przypadek opisany przez GRASSET'a. Oficer ten komenderował eskadrą francuską, która miała śledzić ruchy wojenne między Chili i Peru. Pewnego dnia musiał być obecnym, zachowując swoją neutralność, podczas bitwy oby-dwóch wrogich flot i rozstrzygać momentalnie bardzo poważne i trudne kwe-stye z prawa międzynarodowego (czy ma prawo przyjąć zwyciężonego admirała na swój okręt i t. p.). Tego samego dnia był naocznym świadkiem wzięcia przez nieprzyjaciela miasta i zgładzenia znajdującej się tam załogi oraz całej ludno-ści. Wzruszony tym strasznym widokiem, pragnie nieszczęśliwych obronić, za co rozjuszeni żołnierze chcą go zastrzelić. Kiedy wieczorem miał donieść rządowi swemu o krwawych zdarzeniach dnia, ręka zaczęła mu silnie drżeć i wkrótce wystąpiła typowa choroba PARKINSON'a.

Niektórzy z naszych chorych tak samo przypisywali początek swojej choroby silnym wzruszeniom. Widać to wybitnie w następujących przy-padkach.

I. M. Ch., szwaczka, 50 lat. Pochodzi z rodziców zdrowych. Ojciec umarł w 70 r. nagle, matka w 60 r. na chorobę żołądkową. Jedna z siostr umarła na raka macicy, druga w pociąg, trzech bracia i jedna siostra cieszą się dobrem zdrowiem. Miesiączkowanie zaczęło się w 13 r. i do 44 r. odbywało się prawidłowo. Od tego czasu ustało. Rodziła 6 razy w odstępach rocznych, karmiła sama, następnie 8 razy roniła.

W 18 r. życia przechodziła tyfus, w 30-ym zimnicę, w 32-im roku, wskutek, jak utrzymuje, zmartwienia wpadła w stan apatii: nie chciała przyjmować pokar-mów, ciągle myślała o śmierci i t. p. Stan taki trwał przez kilka tygodni. W 38-ym roku zapadła na chorobę, która polegała na tem, że zdawało jej się, jakby coś uwię-zło jej w gardle. Objawy te jednakże wkrótce zostały przez lekarza usunięte. W 40-ym r. chora pewnego dnia przebudziła się ze skrzywioną w lewą stronę gło-wą i silnym bólem w części szyjowej kręgosłupa. Po upływie kilku dni objawy te same przez się ustąpiły. W 47-ym roku chora w ciągu kilku tygodni miała na-

¹⁶⁾ Handbuch der Nervenkrankheiten Bd II, p. 45.

¹⁷⁾ *Leçons sur les maladies du système nerveux*. Wyd. 1880 r. T. I, pp. 155 — 183.

¹⁸⁾ *Traité pratique des maladies du système nerveux*. Montpellier 1886.

¹⁹⁾ *Realencyclopädie* i duży podręcznik ZIEMSEN'a.

pady połowicznego bólu głowy, zjawiające się codzień i trwające od 11-ej do 4-ej po południu. Ból ten występował w lewej połowie głowy, był nadzwyczaj gwałtowny, towarzyszyło mu także tętnienie w lewym oczodole i ból lewego oka. Po zastosowaniu arszeniku bóle te ustąpiły.

Obecna choroba zaczęła się przed rokiem, bólem i uczuciem mrowienia w łydkach oraz kluciem w podszewkach przy staniu. Wszystko to wystąpiło po przestraszu wywołanym przez pożar.

Na wzmiankowane objawy chora początkowo nie zwracała uwagi. Stan jej stopniowo się pogarszał. Wkrótce potem poczuła raz w nocy gwałtowny ból w prawym ramieniu, przyczem wystąpiło bardzo silne drżenie prawej ręki, którego podobno nie mogły pohamować nawet usiłowania otaczających, przyczem w ciągu pół godziny były wymioty. Po 5—6 dniach drżenie znikło. Bóle jednak i mrowienie w łydkach ciągle się zwiększały. Po kilku miesiącach chora uczuła także bóle w obydwóch ramionach i drżenie kończyn górnych i dolnych. Następnie zauważyła utrudnienie w chodzeniu, przyczem mięśnie karku i grzbietu były jakby zesztwniałe, co utrudniało jej również odwracanie się. Od 3-ich tygodni zjawiały się bóle w obu udach; bóle te zjawiały się napadami, tak w dzień jak i w nocy, trwały po pół godziny i zmniejszały się znacznie, skoro chora kładła się na bolącą stronę; nadto wystąpił ból w tyłogłowie i ogólne uczucie gorąca.

Budowa ciała prawidłowa, odżywianie dobre, układ kostny i mięśniowy rozwinięty dobrze, tkanki tłuszczowej znaczna ilość. Wyraz twarzy znękany i smutny. Ruchy głowy powolne i utrudnione; drżenie rąk i nóg zjawiające się od czasu do czasu, to słabnące, to wzmagające się; czasami występuje drżenie szczęki dolnej w postaci szybkich ruchów bocznych z nieznacznym odchyleniem.

Tętno 78 pełne i twarde; oddechów 18 na minutę, stan bezgorączkowy. Chora skarży się na utrudnione z powodu osłabienia chodzenie, drżenie rąk i całego ciała, bóle w udach i grzbiecie, brak snu wskutek tego, że nigdy nie jest zadowolona z położenia swego w łóżku. Dokucza chorej także uczucie gorąca.

Bliższe badanie wykazało: kończyny dolne na pierwszy rzut oka nic szczególnego nie przedstawiają; przy leżeniu chorej na wznak są one nieco zgięte w kolanach, a przy uważnem wpatrywaniu się można dostrzedz, że wykonywają od czasu do czasu drgania, mające charakter ruchów obrotowych naokoło podłużnej osi kończyny. Drgania te najwyraźniej występują na stopach, gdzie ruch nawrotny (*pronatio*) szybko następuje po ruchu wyrotnym (*supinatio*); przy pewnem zbliżeniu kończyn do siebie i ruchu nawrotnym obydwie kolana przy silniejszym drżeniu uderzają lekko jedno o drugie. Ruchy bierne wykonywane są z pewną trudnością z powodu ciągłego lubo nieznacznego napięcia mięśni. Stopa przy zginaniu zostaje w zgięciu grzbietowem. Bólu przy ruchach biernych niema, a przy silnym ruchu ksobnym (*adductio*) uda z jednoczesnem zgięciem w stawie kolanowym chora doznaje nawet pewnej ulgi. Ruchy czynne wykonywa chora powolnie i z trudnością, bez zjawisk jednak bezładu (ataktycznych); przy wykonywaniu ruchów czynnych drżenie z początku ustaje lub przynajmniej zmniejsza się, poczem jednak występuje wyraźniej; nie wszystkie ruchy chora wykonywa z jednakową siłą; zgięcie wyprostowanej kończyny jest trudniejsze, niż wyprostowanie zgiętej; przy ruchach, napotykających opór ze strony badającego, drżenie się zwiększa. Chód bardzo powolny; chora przesuwa nogi, nie zginając ich w kolanach i silnie następując na podszewy; odwracanie się trudne; z zamkniętymi oczyma może stać nawet na jednej nodze; nieznacznym stopień retropulsji.

Odruchy kolanowe żywe, z lewej strony silniejszy. Ze strony czucia żadnych zmian; podwójne ułknięcie cyrklem WEBER'a na goleniach chora odróżnia w odległości 2 cm. W okolicy lewego stawu goleniostopowego lekka nadczułość. Zmian troficznych żadnych.

Ruchy w tułowie ograniczone; chcąc usiąść w łóżku, chora spuszcza przedtem nogi, a tułów unosi rękami. Chcąc wstać z położenia siedzącego, silnie nachyla tułów ku przodowi (żeby w ten sposób przesunąć ku środkowi środek ciężkości ciała). Przy staniu tułów jest nieco pochylony naprzód, głowa tak samo pochyłona jest naprzód. Ruchy czynne głową utrudnione; bierne tak samo z powodu silnego napięcia mięśni mostko-sutko-obończykowych i grzbietowych (*cucullaris* i inne). Odruchy brzuszne wyraźne.

W kończynach górnych uderza przedewszystkiem drżenie. Nie jest ono ciągłe, ale zwiększa się przy pobudzeniach psychicznych i po silnych ruchach czynnych; ma ono charakter ruchu nawrotnego i wyrotnego z małym kątem odchylenia; bywa także jednocześnie nieznaczne zgięcie i wyprostowanie; palce przy wyprostowaniu ich wykonywają nieznaczne ruchy odsiebne i ksobne, szczególnie 4-ty i 5-ty palec obydwóch rąk. W stanie spokojnym ręce ułożone są zazwyczaj tak, że 4 ostatnie palce są nieco zgięte i odwiedzione (*abductio*), wówczas gdy paluch jest przeciwstawiony, a drugi jego członek styka się z 3-im członkiem 2-go i 3-go palca. Podczas drżenia 3 pierwsze palce wykonywają ruchy, przypominające kręcenie kulki lub pałeczki. W położeniu stojącym ramiona są nieco odwiedzione od tułowia, przedramiona zaś nieco zgięte, tak, że ręce spoczywają niby na brzuchu i zbliżone są jedna do drugiej. Przy ruchach czynnych drżenie albo zupełnie ustaje, albo znacznie się zmniejsza. Ruchy bierne są swobodne i nie bolesne, czynne bez objawów bezładu. Dynamometr 30—32. Troficznych zmian żadnych. Uciskanie stawów barkowych bolesne. Mowa monotonna.

Wzrok dobry. Zrenice oddziałują dobrze. Tak ze strony oczu, jak i ze strony innych zmysłów żadnych zmian wykazać nie można.

Stan umysłowy zadawalniający. Pamięć zachowana. Odpowiedzi dokładne. Śpi źle, ponieważ, jak utrzymuje, nie może sobie znaleźć wygodnego miejsca w łóżku. Ze strony innych narządów żadnych zmian. (D. c. n.).

O chromaniu przestankowem

(*Claudication intermittente* CHARCOT'a)

przez S. Goldflama.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 24).

Zdarzało mi się w rzadkich przypadkach spotykać zaburzenie czynnościowe dolnych kończyn, analogiczne z chromaniem przestankowem. Byli to mężczyźni, którzy przekroczyli już średnie lata, uskarżający się na parestezye (uczucie zmęczenia, ziębienia, drętwienia i mrowienia) w dolnych kończynach po ruchach. Chorzy ci stoją, chodzą, wstępują na schody z trudnością, zwłaszcza przy wchodzeniu na stopnie wciąż się lękają upadku. Główna dolegliwość, owe przykre sensacje występują jednak ze szczególną siłą, gdy chorzy po podobnym wysiłku usiądą lub się położą. Długi czas obracają się w łóżku, zanim zdołają znaleźć dla swoich nóg wygodną pozycję. Owe parestezye umiejscawiają oni do ud, zwłaszcza zaś do goleni. Po dłuższem trwaniu w dolnych kończynach, występują parestezye i w górnych, w stopniu słabszym. Zdarzają się także krótkie napady zawrotu głowy, nawet podczas leżenia. Jako moment przyczynowy podają sami chorzy znaczne nadużycie wyskokowe, najczęściej wraz z nadmiernem użyciem tytoniu. Są oni bladzi, o twarzy nabręklej przy braku białkomoczu o niedostatecznym pokładzie tłuszczowym, wiotkich mięśniach, tonach serca słabych, bez dającego się wykazać powiększenia wymiarów serca, o tętnie małym, miękkim, wyczuwalnem i w *aa. dorsales pedis*, bez namacalnej obwodowej arteriosklerozy, z żyłakami na dolnych kończynach. Brzeg wątroby wyczuwalny, twardy. Apetyt mają słaby; mięśnie i nerwy na ucisk nie bolesne, odruchy kolanowe zachowane, czucie prawidłowe.

Mamy tu prawdopodobnie do czynienia z subtelnymi zaburzeniami odżywczemi tkanek, wywołanemi przez intoksykację alkoholową, oraz z zależnemi od

tej samej przyczyny zaburzeniami w narządzie krążenia (słaba czynność serca, zmniejszona elastyczność naczyń, zakłócona wymiana soków między kapillarami i tkankami). Od akroparestezy odróżnia się to cierpienie tem, że przy pierwszej parestezyi dotknięte są peryferyczne części górnych kończyn, tutaj zaś całe odcinki dolnych; że tam owe przykre sensacje występują w nocy, lub zrana po wypoczynku nocnym, tu zaś po staniu i chodzeniu; że tam parestezye nasilają się zimową porą, tu zaś wpływ pory roku nie daje się spostrzegać; tam ważne są pod względem etyologicznym zimno, wilgoć, praca ręczna, tu zaś alkoholizm i t. d. Od chromania przepuszczającego odróżniają się te przypadki tem, że w nich arterioskleroza nie daje się stwierdzić, że brak tu obliteracyi tętnic dolnych kończyn, zgorzel tu się nie przytrafia, przynajmniej według dotychczasowego mego doświadczenia, że parestezya zjawia się i podczas stania, że najdokuczliwsze bywają one po ruchu, podczas spoczynku.

Leczenie chromania przestankowego powinno być przede wszystkim higieniczne: należy zabronić dłuższych marszów, w cięższych przypadkach zalecić trzeba nawet spokój bezwzględny. Masaż, wcierania są bezskuteczne, niekiedy nawet szkodliwe. Spostrzegałem jeden przypadek, w którym po pijawkach i jodynie nastąpiła wkrótce zgorzel; sprawa zakończyła się amputacją goleni. W innym przypadku, w którym istniało usposobienie dnawe, uzyskałem poprawę przez odpowiednie leczenie (dyeta, Vichy, pobyt w Wiesbaden, jod); 56-letni pacjent mógł przebywać 3—4 kilometrowe przestrzenie, gdy dawniej przechodził $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ kilom. Czy może być usunięta *arteriitis syphilitica*, która w rzadkich razach bywa anatomiczną podstawą chromania przestankowego, na to brak dowodów. W każdym razie specyficzne leczenie powinno być wczesnie być zastosowane.

Na tem miejscu podaję odnośny przypadek, który niestety we właściwym czasie nie został rozpoznany.

34-letni K. był zawsze zdrowy; przechodził tylko lekki tyfus w 1873 r. Przymiotu zaprzecza stanowczo, przyznaje się do *abusus in Venere* przed 5 laty. Obecne cierpienie datuje od października 1889 r., w którym to czasie zaczął się uskarżać na bóle w prawej łydce. Pomimo stosowanych środków stawały się bóle coraz gwałtowniejsze, występowały w nocy, przeważnie jednak podczas chodzenia. Już po 50 krokach doznawał chory w nodze uczucia omdlenia i bólu tego rodzaju, że musiał przystanąć; po jednej lub dwóch minutach wracała sprawność kończyny i chory mógł w dalszym ciągu swą drogę rozpocząć, lecz wkrótce ponownie występowały objawy ze strony kończyny, chory musiał chwilę wypocząć i t. d. Stan ten nie trwał stale, gdyż zdarzało się, że K. mógł nawet tańczyć. Jednakże w czasie świąt Bożego Narodzenia 1889 r. musiał się chory na kilka tygodni do łóżka położyć z powodu bólów, które się z łydki rozprzestrzeniły na prawą stopę. Lekarz, troskliwie opiekujący się chorym, spostrzegł, że skóra na stopie oraz dolnej części goleni chwilami blednie, nawet podczas snu, przyczem jednocześnie występowały nader silne bóle; z chwilą, gdy chory zwieszał kończynę, ból przemijał, a białawo-żółte, trupie zabarwienie przechodziło w różowe. W ciągu 1890 r. zasięgał chory rady wielu powag lekarskich; jedni rozpoznawali *Neuritis*, inni *Neuroma*, cierpienie rdzenia i t. d., niektórzy przyznawali *non liquet*. Już wówczas stwierdzono zmniejszenie obwodu prawej łydki o 2 cm., wzmożenie odruchów kolanowych, istnienie odruchu stopowego, mocniejszego po prawej, niż po lewej stronie, oraz brak tętna w *a. dorsalis pedis dextra*. Nauheim, hydroterapia polepszyły stan chorego w tym i następnym roku. W r. 1892 przy znośnych bólach zaczęły się pojawiać zapalenia naczyń chłonnych na prawem udzie i goleni (których przyczyny wówczas doszukać się nie można było), które to znikwały, to znowu się zjawiały i tak wciąż do ostatniego czasu. Po Schlangenbadzie czuł się chory znacznie lepiej. W lutym 1893 r. stwierdzono, jako powód wciąż wybuchającego zapalenia naczyń

chłonnych *onychiam* i *paronychiam* prawego palucha; wogóle wyróżniały się paznogie palców prawej nogi swoim nieprawidłowym rozwojem. W marcu usunięto pod chloroformem schorzały paznogieć, *matrix* wyskrobano, jednocześnie wycięto mały guz wielkości orzecha laskowego, który się znajdował na prawej bocznej stronie klatki piersiowej, a który, trwając od dzieciństwa, od czasu do czasu sprawiał nieznaczne bóle. Gojenie się szło początkowo prawidłowo, lecz szalone bóle w prawym paluchu wraz z bolesnem grzbietowem jego zginaniem trwały wciąż i po operacyi. Wkrótce jednak został okres gojenia zakłócony przez próchnienie pierwszego członka palcowego. Po wydaleniu się zmartwiałej części kości, mniej więcej w 3 miesiące po operacyi (w marcu 1893 r. dokonanej), wystąpiły znaczne zaburzenia w krążeniu na stopie, fałda między 4 i 5 palcem szczerzyła, wkrótce też uległ martwicy cały piąty palec i dołączyła się wysoka gorączka—do 39°.

Chorego widziałem 16. VI. 93. Umiarkowanej budowy i odżywiania, chory silnie gorączkuje, puls 130—140, miękki. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Piąty palec prawej nogi cały czarny, w fałdzie między 4 i 5 palcem znajduje się pęcherz wypełniony surowiczoro-pnym płynem, cała prawa stopa opuchnięta, skóra grzbietowej jej powierzchni zaczerwieniona (*phlegmone gangraenosum*), na podeszwie i reszcie palców marmurkowa. *A. pediae dextra* niewyczuwalna, po lewej zaś stronie wyraźnie tętniąca. Na całej prawej dolnej kończynie widoczne są smugi zapalenia naczyń chłonnych, gruczoły pachwinowe po tej stronie są obrzmiałe i bolesne. Objętość prawej goleni jest mniejsza niż lewej. Chorego męczą prawie bezustanne napady szalonego bólu w stopie, zwłaszcza w okolicy jej grzbietu; najłżejsze choćby dotknięcie jest niezmiernie bolesne. Ruchy są zachowane, odruchy kolanowe bardzo żywe, po stronie lewej odruch stopowy (po prawej przez wzgląd na bóle nie był badany); czynności pęcherza i odbytnicy prawidłowe. W moczu w ciągu ostatnich dni wykryto jakoby ślady cukru.

Na naradzie postanowiono natychmiastową amputację, która tegoż samego dnia dokonana została przez kol. JAWDYŃSKIEGO w dolnej trzeciej części uda. Znalezione zupełne zamknięcie światła nietylko w *a. dorsalis pedis* i *tibialis postica*, lecz nawet w *a. femoralis*. Naczynia, oraz odcinki nerwów kończyny zostały przechowane w płynie MUELLER'a w celu mikroskopowego badania.

Bezpośrednio po operacyi ciepłota opadła, lecz już nazajutrz podniosła się do 40°, wystąpiło bredzenie i bezsenność. Długi czas jeszcze stan chorego pozostawał poważnym; zaczął się on stopniowo poprawiać dopiero wtedy, gdy przecięto ropne zatoki; ciepłota opadła, zjawilo się łaknienie i sen, tętno jednak długi czas pozostawało szybkie (około 120), rana zabliźniała się bardzo powoli. W moczu ani cukru, ani białka wielokrotne badanie nie wykryło. W pewien czas po operacyi chory przebył gruntowną kurację wcieraniami szaruchy. Obecny stan jego jest zadowalniający.

Badanie mikroskopowe pokazało, że całkowita obliteracja tętnicy udowej powstała wskutek bujania błony wewnętrznej. Ta ostatnia zamieniła się w tęgą, włóknistą tkankę łączną, w której znajdują się liczne nowopowstałe naczynia z mniej lub więcej zgrubiałymi ścianami i wieloma ziarnkami barwnika. Błona mięsna pozostała niezmienną; błona zewnętrzna umiarkowanie nacieczona leukocytami, tu i owdzie w postaci małych grudek. *Vasa vasorum* posiadają ściany umiarkowanie zgrubiałe i nacieczone.

Żyła udowa przedstawia niejednostajne zgrubienie błony wewnętrznej, miejscami w formie wyniosłości sterczących w świetle naczynia, jednakże nie zważających go wcale.

W *art. tibialis postica* sprawa patologiczna zdaje się być świeższej daty. Naczynie jest zatłkane przez zakrzep, przylegający do mocno wybulałej i nacieczonej błony wewnętrznej. Drobnokomórkowa infiltracja istnieje także w błonie mięsnej, zwłaszcza zaś w błonie zewnętrznej. Naczynia tej ostatniej są zgrubiałe i nacieczone. Jednoimienna żyła jest również okrąglami komórkami nacieczona.

W *art. dorsalis pedis* widzi się znowu całkowitą obliterację, spowodowaną przez bujanie błony wewnętrznej z wytworzeniem się nowych naczyń i z barwnikiem krwi; drobnokomórkowe nacieczenie obejmuje wszystkie warstwy tętnicy i odpowiedniej żyły.

W nerwie udowym *endoneurium* jest nieznacznie zgrubiałe, włókna nerwowe niezmienione. W *n. tibialis post.* znaleziono tylko jeden mały pęczek zwyrodnia-

ły, w *n. peroneus* zaś naczynie tętnicze ze znacznem zwężeniem światła wskutek *endarteriitis*.

Nie jest to typowy przypadek chromania przestankowego, którego objawy istniały tylko krótki czas na początku rozwoju cierpienia; wszakże przedstawia on pewne interesujące strony, które usprawiedliwiają opublikowanie tegoż. Przedewszystkiem potwierdza wypowiedziany już przez BIEGAŃSKIEGO pogląd, że chromanie przestankowe nie jest chorobą *sui generis*; stanowi ono jedynie przypadkowy epizod w szeregu objawów zapalenia tętnic w kończynach, mogący jednak w danym razie przyczynić się do należytego rozpoznania, albowiem skierowuje uwagę lekarza na system krążenia. Tak jak zawroty mogą być wyrazem upośledzonego krążenia w mózgu, napady duszniccy bolesnej—w sercu, tak objawy chromania przestankowego mogą być wyrazem takichże zaburzeń w kończynach. Jeżeli dociekać będziemy przyczyny cierpienia naczyń w powyższym przypadku, to w pierwszej linii wypadnie pomyśleć o przymocie. Uderzające jest przecież powstawanie *arteriitis obliterans* u młodego człowieka, u którego brak zwykłych momentów przyczynowych cierpienia naczyń, jako to: alkoholizmu, otrucia ołowiem, dny, zapalenia nerek, wady serca, infekcyi (boć przecie lekki tyfus z przed 16 lat nie może tu być brany pod uwagę); również nie istniały żadne sprawy miejscowe na kończynie, jak zapalenie tkanki łącznej, międzymięśniowej, rany. Niektóre rysy klinicznego obrazu przemawiają za wspomnianą powyżej etiologią, mianowicie nocne nasilenia bólów, oraz przez dłuższy czas trwające powrotne zapalenia naczyń chłonnych. W istocie też badanie mikroskopowe stwierdziło *endarteriitis obliterans* oraz *endophlebitis* z wszystkimi właściwościami, napotykanymi zwykle w przymiotowym cierpieniu naczyń.

Co do bólów, którymi się choroba przed 4 laty rozpoczęła, to usprawiedliwione jest przypuszczenie, że były one pochodzenia naczyniowego ⁴⁾. Gdy w następstwie sprawa zapalna w tętnicach rozszerzyła się na drobne tętnicze gałęzie nerwów (jak to w naszym przypadku stwierdzone zostało dla *n. strzałkowego*), wtedy stało się możliwem i bezpośrednie podrażnienie ostatnich.

W historii choroby wspomniano o zjawiskach naczynioruchowych, jako to: występowanie bledzi na stopie i goleni przy zjawianiu się bólów, oraz następce zaczerwienienie tych części. Objawy te tłumaczyć się dają bezpośredniem podrażnieniem obwodowych nerwów naczynioruchowych, których przebieg odpowiada tętnicom. Przy ich podrażnieniu występuje początkowo skurcz naczyń (bledź, obniżenie ciepłoty i t. d. zewnętrznych powłok), który ostatecznie przy dłuższem działaniu bodźca przechodzi w porażenie ścian naczyniowych (zaczerwienienie, podniesienie ciepłoty i t. d.). Nie daje się wykluczyć całkowicie pochodzenie odruchowe tych zjawisk; według LOVÉN'a podrażnienie jakiegokolwiek czuciowego nerwu wywołuje zrazu działanie *kurczowe* (bledź, oziębienie i t. d.), następnie zaś przy bardziej natężonem i długotrwałem podrażnieniu występuje działanie *rozkurczowe* (rozszerzenie naczyń w unerwionym obrębie).

Wybitnem zjawiskiem u naszego chorego, które przyczyniło się do błędnego pojmowania przypadku, było znaczne wzmoczenie odruchów ścięgni-

⁴⁾ Na posiedzeniu Wiedeńskiego Towarzystwa Lekarskiego z 17. XI. 93 wypowiedział LANG zdanie, że przymiot wielkich naczyń zawsze powoduje ból. Wspomina o jednym przypadku cierpienia aorty zstępującej, w którym bóle uważano za neuralgiczne i polepszenie wystąpiło dopiero po kuracyi specyficznej.

stych. Obustronny odruch stopowy winien być stanowczo uważany za objaw patologiczny, który zwłaszcza przy cierpieniach rdzenia napotykanym bywa. Jednakże cały przebieg choroby dowodził, że o zajęciu mleczajowego mowy nawet być nie mogło. Wzmocnienie odruchów ścięgnistych należy w danym przypadku tłumaczyć podniesioną pobudliwość odruchową rdzenia wskutek podrażnienia obwodowego. Zjawiska tego rodzaju, nawet odruch stopowy, pochodzenia zwrotnego były już wielokrotnie spostrzegane; tak przez REMAK'a⁵⁾ przy reumatyzmie stawu stopowego i zapaleniu okostnej goleni, przez CHARCOT'a⁶⁾ przy urazowym zapaleniu stawów i chronicznym reumatyzmie. CHARCOT, jak wiadomo, tłumaczy zarówno wzmożone odruchy ścięgniste, jak i chorobliwe ułożenie kończyn przy cierpieniach stawowych (*contracture spasmodique*) pochodzeniem zwrotno-rdzeniowym. Taż sama hipoteza CHARCOT'a o wtórnym, funkcjonalnym, odruchowym pochodzeniu cierpienia rdzenia, która doznała tak świetnego potwierdzenia w znanych doświadczeniach RAYMOND'a, może w części tłumaczyć wczesny zanik mięśni w naszym przypadku.

W literaturze istnieje jedyna tylko obserwacja chromania przestankowego na tle prawdopodobnie przymiotu. Należy ona również do CHARCOT'a⁷⁾ i dotyczy 52-letniej kobiety, u której wskutek wywiadowych danych przymiotowych, oraz śladów przebytego przymiotu powzięto podejrzenie, że chromanie przestankowe było pochodzenia przymiotowego, pomimo niezwyklego dla przymiotu umiejscowienia *endarteritis*. Niestety, nie podano, czy leczenie swoiste było z korzyścią zastosowane.

WYKŁADY KLINICZNE.

OTTO LANZ.

O gruczole tarczowym.

Liczne doświadczenia, wykonane przez SCHIFF'a na zwierzętach, dowiodły, wbrew ogólnie wówczas przyjętemu mniemaniu, że gruczoł tarczowy nie jest narządem bez znaczenia; sprawozdanie KOCHER'a na berlińskim kongresie chirurgicznym 1883 r., o skutkach całkowitego wyluszczenia gruczołu tarczowego u człowieka, wywołało ogólne zainteresowanie się tą sprawą; praca wreszcie HORSLEY'a z 1891 r. zmusiła największych nawet sceptyków do przyznania gruczolowi temu swoistej i nader ważnej czynności. Już autorowie pierwszych opisów „*cachezie pachydermique*” (*myxoedem*) wspominali o towarzyszącym jej zwyrodnieniu gruczołu tarczowego; specjalna zaś komisja, wyznaczona w 1888 r. do badań nad tem cierpieniem, orzekła, że zanik lub zwyrodnienie gruczołu tarczowego był jedyną zmianą patologiczną, wspólną wszystkim zbadanym przez nią kilkuset przypadkom. Związek między wolem i kretynizmem znany był oddawna; według VIRCHOW'a siedliskiem kretynizmu są tylko miejscowości, gdzie wole panuje endemicznie. Badania KOCHER'a wyjaśniły ten związek i dowiodły, że kretynizm jest tylko wynikiem zwyrodnienia lub zupełnego braku gruczołu tarczowego. Wobec tego, w celu zaprowadzenia ładu w terminologii tych pokrewnych cierpień, należałoby przyjąć dla nich ogólną nazwę *cachezia thyreoidica* i odróżniać *cachezia thyreopriva* i *cachezia thyroidectomica*.

⁵⁾ Eulenb. Real-Encycl. II wydanie str. 476.

⁶⁾ Leçons sur les maladies du syst. nerv. T. III. Leçon II i nast.

⁷⁾ Sur un cas de claudication intermittente par obliteration arterielle probablement d'origine syphilitique. Bulletin médical 1891. Ref. w Neurol. Centr. 1893. N-r 8.

Gruczoł tarczowy u człowieka powstaje zdaniem His'a z nabłonka jamy gardzieli. Zaczątek gruczołu tarczowego składa się z 3-ech oddzielnych części, które następnie zlewają się ze sobą. Badania porównawcze wykazały obecność narządu równoznacznego gruczołowi tarczowemu już u osłonicy (*tunicatae*) oraz stopniowy jego rozwój u kręgowców, począwszy od lancetnika i najniższych ryb aż do ssaków, w której to gromadzie prócz głównego nieparzystego gruczołu tarczowego spotykać się dają nader często gruczoły tarczowe dodatkowe. Gruczoł tarczowy ma początkowo właściwą gruczołom wogóle typową budowę; z czasem zatracą ją one; narząd cały składa się z oddzielnych zrazików, pęcherzyków nabłonkowych, otoczonych tkanką łączną i bardzo bogato unaczynionych.

Mimo tej odrębnej budowy posiada jednak gruczoł tarczowy własności wspólne wszystkim gruczołom, mianowicie po wyłuszczeniu jednego płata gruczołu tarczowego pozostały ulega przerostowi; RIBBERT zaś wykazał, że odbywa się w nim stale odradzanie czynnościowo ważnych tkanek.

Etyologia zaniku gruczołu tarczowego i rozwijającego się na jego tle charłactwa jest jeszcze zupełnie ciemna; prawdopodobnie przy charłactwie rozwija się sprawa zapalna w gruczole, której towarzyszy w pierwszym okresie drobnokomórkowe nacieczenie i duże przekrwienie gruczołu, w okresie drugim mamy do czynienia z zanikiem elementów nabłonkowych i z przerostem tkanki łącznej.

Co się tyczy patologii wole, cierpienia prowadzącego najczęściej do charłactwa, to jest ona jeszcze zupełnie niewyjaśniona. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że endemiczne wole zależne jest od jakości gruntu, najprawdopodobniej od zawartych w nim pierwiastków organicznych i warunkowanego przezeń chemicznego składu wody do picia. Badając dzieci w szkołach w Lauterbrunnen, KOCHER mógł określić, które rodziny używają wody ze wspólnej studni; w dotkniętej wolem okolicy znajdował osobniki z prawidłowym gruczołem tarczowym; były to dzieci rodzin, używających wody z innego źródła, niż pozostali mieszkańcy. Uważając wole za chorobę zakaźną, KLEBS, BIRCHER i TAVEL szukali w wodzie swoistego dlań zarazka, lecz bezskutecznie. TAVEL wprawdzie wykrył w wodzie studziennej, wywołującej wole, do 33 rodzajów drobnoustrojów; hodowle i szczepienie ich jednak nie wydało pożądanych wyników.

HOFMEISTER, badając pozbawione gruczołu tarczowego i dotknięte charłactwem pooperacyjnym króliki, znalazł u wszystkich przerost przysadki mózgowej (*glandula pituitaria cerebri*), ani razu natomiast nie mógł stwierdzić opisywanego przez innych przerostu śledziony i grasy. Ten wynik badań HOFMEISTER'a potwierdza wypowiedziane dawno już przez VIRCHOW'a przypuszczenie o pokrewieństwie anatomicznem i fizyologicznem *glandae pituitariae* z gruczołem tarczowym.

Drugiem, stale przez HOFMEISTER'a spostrzeganem zboczeniem, jest powstrzymanie rozwoju układu kostnego u zwierząt pozbawionych gruczołu tarczowego. Najbardziej upośledzone są kości długie, miednica i kręgosłup, najlepiej rozwija się czaszka. Fakty te zgadzają się zupełnie ze spostrzeżeniem BRUNS'a, dotyczącem 28-letniego człowieka, któremu przed 18 laty wyłuszczone cały gruczoł tarczowy; człowiek ten wzrostem przypominał 10-letniego chłopca. Wiadomo też ogólnie, że wszyscy niemal kretyni są bardzo małego wzrostu.

W pozostałych narządach HOFMEISTER u swoich królików zmian żadnych nie spostrzegał, zauważył tylko, że w 1—1½ miesiąca po operacji zwierzęta stawały się dziwnie niezgrabne i nieruchawe. Liczne i ciekawe zmiany znajdowano w nerwach obwodowych. W układzie zaś nerwowym ośrodkowym nie zdołano dotąd wykryć żadnych zmian charakterystycznych dla *cachexiae thyreoidectomicae*.

Wszystkie znane i dokładnie zbadane fakty dowodzą, że czynność gruczołu tarczowego polega na niszczeniu lub zmianie składu chemicznego pewnych substancji, krążących we krwi, a szkodliwych dla ustroju. HORSLEY mniema, że gruczoł tarczowy wydziela jakąś substancję niezbędną przy przemianie materii. Autor ten przypuszcza, że istnieje pewna zależność między sposobem odżywiania się zwierzęcia a skutkami wyłuszczenia gruczołu tarczowego. Jest ono, według HORSLEY'a, najmniejbezpieczne dla mięsożernych, prawie obojętne dla trawożernych; zwierzęta o pokarmie mieszanym zajmują miejsce pośrednie.

Inni autorowie przeczą temu zdaniu, kwestyi tej jednak nie można uważać jeszcze za rozstrzygniętą; fakt, że dyeta mleczna wpływa łagodząco na przebieg charłactwa pooperacyjnego u psów, oraz spostrzeżenia LANZ'a, dotyczące 50 żarłaczy i 12 jaszczurek i dowodzące, że dla zwierząt zimnokrwistych wyłuszczenie gruczołu tarczowego

jest zupełnie obojętne,— przekonywują, że pogląd HORSLEY'a nie jest zupełnie bezpodstawowy.

Co się tyczy narządów zastępczych, to wiadomo, że śledziona zachowuje się biernie; zachowanie się grasicy nie jest jeszcze dostatecznie zbadane; co się zaś tyczy *gland. pituit. cerebri*, to spostrzegano jakoby po wyłuszczeniu *gland. pituit.* te same objawy, które występują po całkowitem wyłuszczeniu gruczołu tarczowego. Chcąc sprawdzić to spostrzeżenie, przeszczepił IANZ psu w ciągu miesiąca 8 *gland. pituit.*, a następnie wyłuszczył mu gruczoł tarczowy. *Cachexia thyreoidectomica* wystąpiła typowo, w postaci zupełnie niezłagodzonej; sekcya wykazała co prawda, że wszystkie *gland. pituit.* uległy wessaniu. Wynika stąd, że wyjaśnienie roli *gland. pituit.* w przebiegu charłactwa pooperacyjnego należy do przyszłości.

Wszyscy wreszcie badacze jednomyślnie przyznają, że dodatkowe gruczoły tarczowe po wyłuszczeniu głównego ulegają przerostowi i przyjmują jego typową budowę. (D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

75. HECKER. **Gruźlica u dzieci i ssawców.** Z powodu sekcji, dokonanej na 3½-miesięcznym dziecku, zmarłym wskutek próchnienia wyrostka sutkowego, u którego znaleziono podostrą gruźlicę płuc w postaci licznych większych i mniejszych ognisk serowatych i ostrą gruźlicę śledziony, wątroby i nerek, i z powodu rzadkości podobnych przypadków w pierwszym roku życia, zarówno trudności w rozpoznaniu za życia, powziął H. zamiar rozpatrzyć częstość, umiejscowienie i przyczyny gruźlicy w wieku dzieciennym.

W tym celu zaczyna H. od statystyki opartej na protokołach sekcji i dopełnia pracę MUELLER'a, który zestawiał wyniki 500 sekcji (w instytucie patologicznym w Monachium) od 1882 do 1888 roku; od roku 1888 do 1892 zestawia autor 700 sekcji. Według H. najczęstsza jest śmiertelność od błonicy i dławca — bo wynosi 38,4%, dalej od gruźlicy—13,9% i chorób narządów oddechowych — 13,1% (wszystkie inne przyczyny śmierci pomijamy), gdy według MUELLER'a przyczyną największej śmiertelności jest gruźlica—30%, potem błonica i dławiec—27,2% i choroby narządów oddechowych—8%.

Trudno ocenić, w czym leży powód takiej różnicy w częstości śmierci z powodu gruźlicy i błonicy z dławcem; być może, że powodem są silniejsze i większe epidemie błonicy, a może po odkryciach KOCH'a i zmianie zapatrywań na zakaźność gruźlicy ma miejsce dokładniejsze jej zapobieganie, a zatem i ograniczenie liczby przypadków.

Jeżeli złożyć obie tablice—autora i MUELLER'a—to wynika, że błonica przyczynia się do śmierci w 33,8%, gruźlica w 20,5%, choroby narządów oddechowych w 10,9%. Nie można zatem zgodzić się z wnioskiem MUELLER'a, że najczęstszą przyczyną śmierci u dzieci jest gruźlica; należy raczej uznać, że gruźlica jest w Monachium przyczyną śmierci częstą, ustępuje jednak znacznie błonicy i zapaleniom włóknikowym.

W tablicy, ułożonej z uwzględnieniem wieku, spostrzegamy, że błonica, gruźlica i choroby narządu oddechowego stanowią najczęstszą przyczynę śmierci pomiędzy 1 i 5 rokiem i to w sposób bardzo równomierny, w 1-szym zaś roku najbardziej panują choroby przewodu pokarmowego. Tablica, wykazująca liczby śmierci z gruźlicy, podaje największą ich liczbę pomiędzy 2 i 4 rokiem, piąty zaś rok życia stanowi jakby punkt zwrotny gruźlicy u dzieci i to nie tylko pod względem zmniejszenia liczby śmierci, ale i pod względem zmiany postaci samej choroby, właściwości bowiem gruźlicy wieku dzieciennego zanikają coraz bardziej na korzyść postaci spotykanych u dorosłych. Przewagę gruźlicy, jako przyczyny śmierci u dzieci w pierwszych pięciu latach życia, stwierdzają i inni autorzy.

Co do płci, to nie występują tu żadne wydatne różnice.

W innej tablicy przedstawia autor przypadki gruźlicy w rozmaitych miesiącach w stosunku do ogólnej liczby zmarłych dzieci i w stosunku do sumy przypadków śmierci tylko z gruźlicy. W każdym razie największą śmiertelność widzimy

podczas zimy i wiosny w postępie zstępującym z wyjątkiem marca, na który przypada wyjątkowo niska liczba. Śmiertelność zimowa jest zupełnie zrozumiała wobec gorszych warunków życiowych i kosmicznych, śmiertelność zaś wiosenna zależy od częstszego zarażania się w zimie.

Udział rozmaitych narządów przy zakażeniu gruźliczem u dzieci wyraża się w procentach: gruczoły chłonne 92% wszystkich przypadków, płuca 76,2%, opona miękka 26,8%, wątroba 24,7%, kiszki 22,7%, śledziona 20,6%, nerki 15,6%, opłucna 10,3%, kości i stawy 10,3%, mózg 9,2%, otrzewna 7,2%, opona twarda 6,2%, osierdzie 4,1%, jądra 2,1%, żołądek 2,1%, migdały i sieć po 1%.

Według MUELLER'a stosunek ten jest inny: najczęściej zajęte są płuca, bo w 92%, gruczoły chłonne—84%, opłucna—65,3%, śledziona—43,3%, kiszki—38%, wątroba—33,3%, opona miękka—26,6%, nerki—23,3%, kości i stawy—22%, otrzewna—18%, mózg—8%. Przewagę zajęcia gruźlicą gruczołów chłonnych w swej statystyce tłumaczy autor tem, że obecnie zwraca się znacznie więcej uwagi na najdrobniejsze nawet szczegóły przy sekcji trupów gruźliczych. Najczęściej zajęte są gruczoły oskrzelowe, bo w połowie przypadków, dalej krezkowe—w 27%, inne gruczoły bywają zajęte znacznie rzadziej.

Co do gruźlicy płuc u dzieci, to FROEBELIUS wyróżnia dwie jej postacie: ostrą gruźlicę prosówkową bez zajęcia miąższu płuc, lecz z serowatem zwyrodnieniem gruczołów oskrzelowych, i gruźlicę chroniczną z zajęciem miąższu płuc, dochodzącem do zserowacenia i znacznego rozmiękczenia. Według MUELLER'a znajdujemy trzy postacie: ostrą gruźlicę prosówkową, ostre i podostre zapalenie płuc serowate i gruźlicę przewlekłą; postacie te jednak często istnieją współcześnie. W pierwszych pięciu latach przeważa zapalenie serowate, ustępujące później miejsca dwom innym postaciom.

W końcu zaznacza H. przypadki gruźlicy skrytej; zaliczono do nich te przypadki, gdzie znaleziono co prawda zmiany gruźlicze, ale nie uznano ich za przyczynę śmierci, a więc przypadki, w których za życia nie spostrzegano objawów gruźlicy, skryte we właściwym słowa znaczeniu,—dalej takie, w których gruźlica, choć rozpoznana, nie spowodowała jednak śmierci, wreszcie przypadki z wyleczoną gruźlicą. Przypadków takich naliczył H. 50, co z poprzednio rozpatrzonymi 97-iu daje sumę 147, a w stosunku do 700 dzieci 21% gruźlicy t. j. $\frac{1}{5}$ część dzieci choruje na gruźlicę! Najczęściej skryte postacie gruźlicy spotykano w gruczołach chłonnych i płucach.

Gruźlica jednak w pierwszym roku występuje rzadko (10 przypadków), a w ciągu pierwszych 9 miesięcy, t. j. w wieku uważanym za wiek ssawców, jeszcze rzadziej (7 przypadków t. j. 1%). FROEBELIUS przyszedł również do tego wniosku i oznacza procent zachorowań na gruźlicę w tym wieku na 0,6%. BIEDERT, ułożywszy tablicę śmiertelności z gruźlicy z danych otrzymanych przez rozmaitych autorów, powiada, że do końca 1 roku jest 6,8% zachorowań, gdy od 1 do 5 roku 48%. MUELLER wreszcie spotkał w wieku do jednego roku tylko 3 przypadki gruźlicy.

Innego zdania jest LANDOUZY, który w tymże wieku znalazł 7 przypadków gruźlicy w 23 sekcjach, i HENOCH, który sądzi, że skryte postacie są częste zwłaszcza u dzieci wynędzniałych. Należy, co prawda, zwrócić uwagę i na to, że szpitale nie obfitują w chorych ssawców, i pod tym względem odpowiedniejszy byłby materiał polikliniczny.

Następnie opisuje H. przypadek przytoczony w początku i podaje szczegółowy wynik badania pośmiertnego. Wyjmujemy tu szczegóły dotyczące tylko gruźlicy. Płuca są usiane drobnymi guziczkami wielkości główki od szpilki do ziarnka prosa. Miąższ po części zawiera powietrze, po części jest zwątrobiały. Już to samo nie pozwala postaci tej podciągnąć pod żadną formę podaną przez FROEBELIUS'a lub MUELLER'a, lecz należy uważać ją za środkującą między gruźlicą prosówkową i przewlekłą i nadać nazwę gruźlicy podostrej.

Z gruczołów chłonnych zajęte są oskrzelowe, szyjowe, krezkowe i gruczoły samotne cienkiej i grubej kiszki, a z wyjątkiem ostatnich w późnym okresie choroby, znacznie powiększone i zserowaciałe. Ogniska serowate w śledzionie upoważniają również do wniosku, że sprawa była tu wcześniejsza, niż w płucach; natomiast późniejszego pochodzenia są drobne gruzelki w wątrobie i nerkach.

Aby to sobie wytłumaczyć, należy uznać, że punktem wyjścia całej sprawy były gruczoły chłonne, które później dopiero, wskutek rozpadu zakażyły przy po-

mocy naczyń inne narządy. Laseczniki, które dostały się z powietrzem do płuc, musiały, nie uszkodziwszy ich, przedostać się do gruczołów. Tak samo musiało być i w kiszkach, gdzie nie powstały owrzodzenia, lecz gruczoły krezkowe uległy pierwotnemu nacieczeniu.

Podawszy wreszcie 10 przypadków gruźlicy w pierwszym roku życia z pospolitą umiejscowieniem w gruczołach, płucach, wątrobie, śledzionie i nerkach, i 3 przypadki ze szczególnym umiejscowieniem: tylko w gruczołach, w postaci ropnia podprzeponowego z zajęciem gruczołów i w postaci znacznego owrzodzenia skóry na piersi,—zastanawia się autor nad różnicą gruźlicy u dzieci i dorosłych, a również nad różnicą u ssawców i innych dzieci. Gruczoły chłonne według MICHAEL'a są zserowaciale, co u dorosłych bywa wyjątkowo; polega to na dostawaniu się jadu przez płuca do gruczołów. W płucach u dorosłych zajęte są zwykle szczyty, u dzieci zraz dolny i wnęka, bo tam najłatwiej dostaje się zaraza z gruczołów. Zserowacenie lub zapalenie płuc serowate przeważa u dzieci nad gruźlicą prosówkową, a również nie widzimy tworzenia się mas włóknikowych wokół ognisk. Zgadza się na to i inni, HENOCH zaś dodaje, że krwioplucie zdarza się nader rzadko. Według MUELLER'a charakterystycznym dla gruźlicy dzieci jest utajenie jej w gruczołach, wysoka dążność do zwyrodnienia serowatego i dążność wszelkiego cierpienia gruźliczego do generalizacji. Inni dodają jeszcze, że opony miękkie znacznie częściej bywają zajęte u dzieci, niż u dorosłych. Autor potwierdza wszystkie te spostrzeżenia: przeważny udział w sprawie gruczołów, okoliczność, że właśnie gruczoły oskrzelowe są punktem wyjścia całej sprawy, skłonność do rozpowszechnienia, brak utworów włóknikowych wokół rozpadów serowatych,—tak, że gruźlica u dzieci okazuje znacznie mniejszą skłonność do zagojenia, niż u dorosłych.

Co się tyczy ssawców, twierdzi autor, że chociaż i u nich zapalenie płuc serowate przeważa nad innymi postaciami, jednak bardzo często spotykamy wyraźne jamy z ropną zawartością; jeszcze bardziej podobna jest gruźlica ssawców do gruźlicy u dorosłych pod względem umiejscowienia; zraz górny, zdaje się, bywa częściej zajęty, niż u dzieci starszych. Zgadza się z tem zdanie FLESCH'a, że tworzenie się jam widzimy rzadko u dzieci i to chyba w pierwszych miesiącach życia.

W końcu zastanawia się autor nad etyologią gruźlicy i gruźlicą wrodzoną.

Wobec młodocianego wieku opisanego dziecka i wobec stosunkowo obszernego zajęcia ustroju, możnaby sądzić, że miało tu miejsce zakażenie podczas życia płodowego. Nie ulega wątpliwości, że to jest możliwe, bo BARBIER, LANDOUZY i JOHNÉ dowiedli tego na zwierzętach, a LANDOUZY spostrzegł to nawet u człowieka. Zarówno matka, jak ojciec, choć rzadziej, mogą zarazić płód, jak to doświadczalnie stwierdzono. Zdarza się to jednak—pomimo przypadku SCHMORL'a i BIRCH-HIRSCHFELD'a, gdzie zauważono bezpośrednie przejście laseczników z matki na dziecko przez łożysko, bez wywołania wszakże zakażenia dziecka—nadmierzająco rzadko. Istnieją bowiem bardzo liczne spostrzeżenia kliniczne i doświadczone, z których wynika, że przypadki gruźlicy wrodzonej są tak rzadkie, że im etyologicznej ogólnej wartości nadać niepodobna.

Należy zatem trzymać się zasady, że zakażenie następuje po urodzeniu. Stąd wynika, że w każdym poszczególnym przypadku winniśmy poszukiwać możliwego źródła zakażenia zzewnątrz. Takim źródłem może być w pierwszym rzędzie otoczenie, mianowicie rodzice dotknięci gruźlicą, plujący na podłogę lub do chustek, i będący wskutek natury rzeczy w najbliższym zetknięciu z dzieckiem.

Jeśli nawet pocałunek ojca może zakażyć dziecko, co jest bardzo prawdopodobne w przypadku opisanym przez autora, to najważniejszą przyczyną rozpowszechniania gruźlicy jest, zgodnie z badaniami CORNET'a, BOLLINGER'a i in., zwyczaj chorych wypływania płwociny na podłogi, do chustek i t. d.; tu ona wysycha, a laseczniki, zachowujące przez długi czas swą jadowitość, roznoszą się z kurzem po powietrzu i dostają się do płuc nowych ofiar. W ten właśnie sposób dziecko obciążone dziedzicznością, a właściwie odziedziczające usposobienie do gruźlicy, zostaje przez nią dotknięte, albo też do gruźlicy usposabiają je niepomysłne warunki życia, zmniejszające odporność przeciw zakażeniu.

(*Münch. Med. Woch.* 1894 N. 21 i 22).

A. Żurkowski

76. Prof. EPSTEIN. *Spostrzeżenia nad monocercomonas hominis i amoeba coli w biegunkach u dzieci.* W literaturze znajduje się pewna liczba prac, poświęconych badaniu wymoczków i ameb w wypróżnieniach dzieci, cierpiących na biegunkę,

tyfus lub cholere (DAVAINE, LAMBL, EKERCRANTZ, THAM, MARCHAND, ZANKER, NOTHNAGEL, GRASSI, CUNNINGHAM i MAY). Każdy z tych autorów znajdował ameby, już to oznaczone przez poprzednich badaczy, już też opisywał typy nowe. EPSTEIN w pracy swojej przyjmuje klasyfikację BUETSCHLI'ego, według którego *monocercomonas intestinalis* GRASSI'ego byłby identyczny z *cercomonas hominis* DAVAINA'a, z *trichomonas intestinalis* LEUKART'a i z *protomyxomyas* CUNNINGHAM'a.

EPSTEIN rozpoczął swoje badania przed trzema laty. W pierwszym roku zbadał kał u 400 dzieci od 1 do 6 roku życia i przekonał się, że wspomniane ameby znajdują się tylko w wypróżnieniach dzieci, chorych na biegunkę. Później więc badał wypróżnienia takich tylko dzieci.

Ponieważ ameby szybko giną, a przedewszystkiem prędko tracą ruchy, ważną więc jest rzeczą badać kał całkiem świeży. Najlepiej u dzieci, chorych na biegunkę, założyć zglębnik do kiszek i zebrany na nim kał przenieść na szkiełko do badań drobnowidzowych.

Liczba dzieci, chorych na biegunkę, u których w wypróżnieniach autor znajdował ameby, wynosiła 26, to jest 15 dziewczyn i 11 chłopców. Rzecz ciekawa, iż wspomniane *protozoa* znajdowały się tylko w wypróżnieniach dzieci sztucznie karmionych.

Nie będziemy tu podawać opisu morfologicznego tych ameb. Powiemy tylko, że próby hodowli, przedsiębrane przez EPSTEIN'a (woda źródłana, woda przekroplona, roztwór peptonu, sok mięsny i t. p.), nie udawały się.

Według EPSTEIN'a *monocercomonas hominis* jest pasorzytem kiszek. U dwójga dzieci, u których znajdowano go w wypróżnieniach, poddawano badaniu wydzieliny jamy ustnej i zawartość żołądka; nie znaleziono jednakże w nich pasorzyta. U dziewczynki, cierpiącej jednocześnie na nieżyty sromu (*vulvo-vaginitis*), badanie wydzieliny z pochwy również wydało wynik ujemny. Wreszcie u jednego dziecka, zmarłego na gruźlicę, u którego wypróżnienia zawierały ameby, znaleziono *monocercomonas* w bardzo znacznej ilości w okrężnicy poprzecznej. Ilość pasorzytów tych zmniejszała się od góry do dołu, tak, iż nie było ich wcale w kiszce czczej (*jejunum*), ani w prostej (*rectum*). Nazewnątrż organizmu giną nader szybko.

Pod względem klinicznym biegunki z wypróżnieniami, zawierającymi *monocercomonas*, nie odznaczają się niczem szczególnem. Najczęściej wypróżnienia powtarzają się nader często, niekiedy trzydzieści razy na dzień. Pomimo tego dzieci bywają mniej osłabione, aniżeli przy tych samych objawach w cholery lub dysenterji. Niekiedy z początku choroby pojawia się gorączka (38°—39°), następnie, przy przeciąganiu się biegunki, gorączka spada. Zabarwienie wypróżnień bywa rozmaite, jaśniejsze lub ciemniejsze kawy mlecznej, niekiedy pojawiają się prążki krwi. Oddziaływanie wypróżnień bywa prawie zawsze kwaśne.

Przebieg biegunek tych bywa ostry albo przewlekły. Pasorzyty znikają niekiedy na dni kilka, albo dają się wykryć przy każdym badaniu wypróżnień. W dwóch przypadkach badanie wypróżnień prowadzono przez jedenaście i przez siedm tygodni i za każdym razem znajdowano znaczną ilość pasorzyta *monocercomonas*.

Biegunki, o których mowa, zdarzają się przeważnie u dzieci przedtem zupełnie zdrowych i dobrze odżywionych. W siedmnastu przypadkach występowały one u dzieci z cierpieniami chirurgicznymi; w dziewięciu przypadkach u dzieci z cierpieniami organów wewnętrznych.

Co się tyczy leczenia, autor podawał chininę, kalomiel, garbnik. Żaden z tych środków nie działał zabójczo na pasorzyty.

Na pytanie, jaka jest rola pasorzyta tego w biegunkach i czy obecność jego ma znaczenie chorobotwórcze, czy też jest czysto przypadkowa, EPSTEIN odpowiada, iż jest on bezpośrednią przyczyną biegunki. Stąd niema go w wypróżnieniach dzieci, nie cierpiących na biegunkę. W formach niestrawności, w których zaparcie występuje naprzemian z rozwolnieniem, autor znajdował pasorzyta wspomnianego tylko w wypróżnieniach wolnych.

Zauważono także, że biegunki z pojawianiem się *monocercomonas* występowały pod formą małych endemii szpitalnych. Bliższe zbadanie wykazało jako prawdopodobną przyczynę zakażenie wodą studzienną.

Drugim pasorzytem, wywołującym biegunkę, jest *amoeba coli*, która pojawiała się w pięciu innych przypadkach choroby, spostrzeganych przez autora. We wszyst-

kich tych przypadkach biegunka przedstawiała te same cechy, co w grupie poprzedzającej. (*Prag. med. Wochenschr.* 1893. N. 38—40). W. K.

77. Prof. GLUCK. O zabiegach chirurgicznych przy płonicy. Wśród powikłań płonicy, wymagających interwencji chirurgicznej, tak pod względem ich częstości, jak i ważności jedno z pierwszych miejsc zajmuje ostre zapalenie gruczołów chłonnych i tkanki łącznej je otaczającej na szyi (*phlegmone*). Jest ono objawem miejscowego zakażenia prawdopodobnie mieszanego, wywołanego przez jad płonicowy w połączeniu z kokami ropotwórczymi.

Zapalenie w mowie będące występuje pod różnemi postaciami. W łżejszych przypadkach sprawa zapalna ogranicza się do obrzmienia samych gruczołów i ma skłonność do rozejścia się. W innych znowu przypadkach sprawa zapalna przechodzi w ropną; wytwarzają się małe ropnie, które mogą się zlać w większe ognisko ropne.

Przypadki pierwszego rodzaju nie mają poważniejszego klinicznego znaczenia i nie wymagają żadnej interwencji chirurgicznej. Wystarcza użycie zimna, wcieranie maści tręciowej lub jodowej, lub też 20% maści ichtyolowej.

W przypadkach drugiego rodzaju, nie budzących też większej obawy, wczesne opróżnienie ropnia, usunięcie rozpadłych resztek gruczołów i zatamponowanie jamy uwieńczone zostaje pomyślnym wynikiem; szybko następuje spadek ciepłoty i zablźnienie.

Gorsze jest o wiele rokowanie, gdy sprawa zapalna z gruczołów przejdzie na tkankę łączną i tłuszczową otaczającą gruczoły. Mamy wówczas do czynienia z rozlanym twardym guzem, rozciągającym się od brzegu dolnej szczęki ku tyłowi do m. zginacza głowy i dalej na szyję. Często obie strony w równej mierze są zajęte. Skóra po większej części nie jest zaczerwieniona, chęłbotanie bardzo późno występuje, gdyż ropienie rozpoczyna się w głębi.

Takie rozlane zapalenie tkanki łącznej (*phlegmone colli*) niekiedy powoli ulega rozejściu się¹⁾, często jednak sprowadza ropne nacieczenie tkanek, przyczem cała tkanka łączna na szyi ulega rozpadowi; tętnice i żyły mogą uleść przeżarciu i być przyczyną śmiertelnych krwotoków.

Niebezpieczeństwo dla życia dzieci przy rozlanem zapaleniu tk. łącznej na szyi w płonicy jest wielkie. Niekiedy dzieci umierają we wczesnym okresie, zanim sprawa zapalna przeszła w ropienie; w innych przypadkach umierają skutkiem długotrwałego ropienia, przerwania się ropnia do śródpiersia lub nagle występującego krwotoku.

Co się tyczy leczenia tych przypadków, nie należy przedewszystkiem spodziewać się pomyślnego wyniku z użycia zimna, maści rtęciowej lub ichtyolowej, pendzlowania nalewką jodową i t. p. Przed użyciem kataplazmów, przykładanych na nacieczone, twarde jak deska miejsca, autor stanowczo ostrzega. Traci się niepotrzebnie czas na wyczekiwanie chęłbotania, a tymczasem dzieci z dnia na dzień upadają na siłach i zbyt często umierają, zanim się ropa do powierzchownych warstw zbliży.

Jedynie racjonalnem leczeniem jest wczesna interwencja chirurgiczna. Autorowi udało się zapomocą wczesnej i gruntownej interwencji uratować życie niektórych dzieci z ciężkiem obustronnem zapaleniem tkanki łącznej okołogruczółowej na szyi²⁾. GLUCK robi długie cięcie wokoło przez całą długość zajętych sprawą zapalną tkanek i ostrożnie, warstwowo przenika do głębi, przyczem każde krwawiące naczynie podwiązuje. Obrzękłe, zropiałe gruczoły w całości na tępo wyluszcza, a gdy uległy rozpadowi, resztki ich ostrą łyżeczką wyskrobuje. Tkanke łączną obumarłą lub zagrożoną zgorzelą wycina. Nakoniec wielką głęboką jamę mocno tamponuje gazą. Z użyciem trujących środków przeciwniejących należy

¹⁾ Co się mnie tyczy, nie widziałem wśród wielu przypadków rozlanego zapalenia tkanki łącznej okołogruczółowej na szyi przy płonicy, ani razu rozejścia się; często za to widziałem, że dzieci umierały, zanim sprawa doszła do ropienia i zgorzeli. (Przyp. sprawozd.).

²⁾ Według mego, dosyć pod tym względem bogatego doświadczenia, *phlegmone colli* stanowi jedno z najniebezpieczniejszych powikłań płonicy i z góry zmusza nas do złego rokowania. Nie widziałem prawie przypadku wyzdrowienia przy tem powikłaniu, stąd za zupełnie usprawiedliwioną uważam wczesną i radykalną interwencję chirurgiczną w myśl autora. (Przyp. sprawozd.).

być przy płonicy ostrożnym. Najlepiej podług autora nie używać jodoformu, sublimatu i kwasu karbolowego.

I użycie znieczulenia zapomocą chloroformu, szczególnie przy upadku siły serca, daje niepomysłne wyniki. Autor w ostatnich czasach używa zamiast chloroformu pentalu i jest z jego użycia zadowolony.

Obok wyżej opisanego zapalenia tkanki łącznej na szyi, dołączającego się do spraw wrzodziejących w jamie gardzieliowej, zdarzają się przypadki, w których punktem wyjścia szybkiego posokowatego rozpadu wszystkich gruczołów chłonnych i ich otoczenia jest złośliwe w wysokim stopniu, bo szybko do zgorzeli prowadzące zapalenie gardzieli. Przy tem podniebienie miękkie, migdały, tylna ściana gardzieli są sino zabarwione i szybko zamieniają się na szaro-czarną, mocno cuchnącą masę. Gruczoły chłonne szybko powiększają się do niezwykłych rozmiarów i rozpadają się, a sprawa rozpadowa szybko szerzy się na tkankę łączną otaczającą. Silnie napreżona, sina skóra ulega też zgorzeli, tworzą się na niej blade-żółte zgorzelinowe wysepki, które się coraz dalej szerzą. Rokowanie jest w tych przypadkach rozpaczliwe. I w pewnej ilości tego rodzaju przypadków autor przystępował do zabiegu chirurgicznego; w bardzo nielicznych osiągnął pomyślny wynik; w innych, w których zejście było niepomysłne, przy oględzinach pośmiertnych przekonał się, że sprawa zgorzelinowa po zabiegu chirurgicznym już się dalej nie szerzyła. Autor przeto sądzi, że i w tych przypadkach nie należy składać bronii.

Rzadszem daleko powikłaniem jest ostre zapalenie stawów. Występuje ono najczęściej w okresie kwitnienia, niekiedy łuszczenia. Surowicze wysięki szybko ustępują pod wpływem zwyczajnego uciskowego opatrunku. Ropne wysięki wymagają szerokiego otwarcia stawu. Stanowią one zawsze bardzo niepożądane powikłanie i sprowadzają duży procent zejść śmiertelnych. Bezwarunkowo złe jest rokowanie, gdy wysięki ropne w stawach są następstwem ropnicy³⁾. Tu, podług doświadczenia autora, szanse dla zabiegu chirurgicznego są równe zeru⁴⁾.

Ropne zapalenie opłucnej w następstwie płonicy rzadko było przez autora spostrzegane. Autor i u dzieci zwykle przy otokach ropnych wycina kawałek żebra. U dzieci chorych na błonicę może się jednak okazać odpowiedniem zwyczajne cięcie, które daje się dokonać szybko i w ostateczności bez znieczulenia.

W końcu autor wspomina, że podług jego przekonania płonica nigdy nie może stanowić przeciwwskazania do koniecznego zabiegu chirurgicznego. Należy tylko zachować pewne ostrożności i unikać przy operacji środków trujących przeciwnych i dłuższego znieczulenia chloroformem.

(*Archiv f. Kinderheilk. Tom XVI, zeszyt III—VI*).

Feliks Arnstein.

O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za m. maj r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 30 (m. 15, k. 15); przybyło w maju 47 (m. 24, k. 23); wypisało się 48 (m. 21, k. 27); zmarło 8 (m. 6, k. 2).

Ogólna ilość chorych, jak i niektóre poszczególne rubryki były znacznie mniejsze, aniżeli w miesiącu kwietniu. Odnosi się to głównie do o s p y, której mieliśmy tylko przypadków 14 (m. 10, k. 4), z których zmarło 3 (m. 2, k. 1); wszyscy zmarli byli nieszczepieni. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Dworzec Wiedeński, Plac Św. Aleksandra 13, Szpital Ujazdowski (2 przypadki), Jerozolimska 82, Ogrodowa 67, Nowy-Świat 23, Bagatela 13, Złota 6, Leszno 22, Zajęcza 12, oraz wieś: Mokotów (2 przypadki) i Piotrków.

Następna rubryka pod względem ilościowym przypada na tyfus wysypkowy, którego częstość była taka sama, jak w poprzednim miesiącu; mieliśmy chorych 10 (m. 7, k. 3), z których zmarło 3 mężczyzn. Przebieg w większości przypadków był ciężki i powikłany. Cho-

³⁾ Sądzę, że na ropne zapalenie stawów przy płonicy należy, zgodnie z obecnymi naszymi pojęciami o ropnicy, patrzeć jako na objaw ogólnego ropnego zakażenia krwi. (Przyp. sprawozd.).

⁴⁾ W przypadku spostrzeganym niedawno przezemnie i kolegę TROCZEWSKIEGO, a przez tego ostatniego opisanym w N-r 8 „Gazety lekarskiej“, zabieg chirurgiczny przy ropnem zapaleniu 4-ech stawów w następstwie płonicy uwięziony został pomyślnym skutkiem. (Przyp. sprawozd.).

rzy pochodzili z ulic: Długa (główne więzienie karne), Krochmalna 19, Dzielna 78, Grodzieńska 45, Grzybowska 32 i 56, Tamka 25, Pawia 83, Złota 76.

Trzecie miejsce zajmuje odra, której mieliśmy przypadków 7 (m. 4, k. 3), wszystkie u dorosłych z ulic: Nowy-Świat 16, Litewska 12, Muranowska 16, Wspólna 20, Nowolipie 18 i wieś Kolo.

Więcej niż w zeszłym miesiącu mieliśmy przypadków błonicy gardła, a mianowicie: pięć chorych kobiet, z przebiegiem dosyć ciężkim i zakończonych pomyślnie, z ulic: Krzywe Koło 6, Nowolipki 92, Leszno 64, ze wsi Oleśnice i miasta Stonimia.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy jeszcze różę, przypadków 6 (m. 2, k. 4), z których jeden zakończył się śmiercią. Chorzy pochodzili z ulic: Jerozolimka 82, Marszałkowska 20, Elektoralna 15, Nowomiejska 12, Chmielna 34, Warecka 7.

Prócz tych chorób mieliśmy 2 przypadki biegunki krwawej z Szerokiej 9 i Miedzianej, 1 zakończony śmiercią, oraz jeden przypadek *anginae follicularis*. J. Szwajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— GERMANO i MAUREA przekonali się, że istnieje przynajmniej około 30 rozmaitych postaci *b. coli communis*, niekiedy bardzo różnych między sobą, że zatem nie może być mowy o jakimś pojedynczym gatunku, że w jednym i tym samym kale można wykryć znaczną ilość takich postaci. Niektóre z nich są bardzo podobne do lasecznika tyfusu, nie można jednak zgodzić się ze zdaniem RODET'a i ROUX, jakoby istniało przejście od jednego gatunku do drugiego. Nie należy również zgadzać się ze zdaniem BARNES'a, że laseczniki tyfusowe rozmaitego pochodzenia różnią się bardzo pomiędzy sobą; różnice te polegają co najwyżej na większej lub mniejszej sile wzrostu i jałowości. Najlepszym środkiem do odróżnienia bakterii tyfusu od innych podobnych jest okoliczność, że lasecznik tyfusowy nigdy nie wytwarza na agarze z dodatkiem 2% glukozy gazów, gdy bakterie kałowe wytwarzają je bardzo szybko. (Ziegler's Beitr. XII. 3).

— KOVACS opisał przypadek białaczki śledzionowo-szpikowej, gdzie pod wpływem influenzy i podczas zdrowienia polepszyły się wszystkie objawy niepomyślne białaczki: obrzęk śledziony zmniejszył się znacznie, wielkie jednokładowe leukocyty znikły, jak również czerwone ciała zawierające jądra; ilość ostatnich stosunkowo się powiększyła, choć bezwzględnie nie zmieniła. Po zupełnym powrocie do zdrowia, niepomyślne objawy białaczki wystąpiły z pier-

wotną siłą. K. przychodzi na zasadzie rozbioru odnośnych z literatury przypadków do wniosku, że jad zakaźny służy za bodziec czasowy dla dotkniętych patologicznie narządów krwiotwórczych i przyprowadza czasowo do porządku nadwyższoną ich czynność. (Wiener. kl. Woch. 1893 N-r 40).

— WASIELEWSKI dowodzi, że *herpes zoster* nie jest chorobą powstającą na tle nerwowym, lecz że jest to cierpienie zakaźne, wywoływane przez wymoczki, dostające się do komórek nabłonkowych skóry; komórki takie nadzwyczaj pęcznieją i zamieniają się w rodzaj torbieli, zawierających młode pokolenie pasorzytów. Pasożyty posiadają ruch własny, który można spostrzegać, ogrzewając świeżo zdjęty z pod pęcherzyka wypryskowego skrawek jego podstawy. (Corr. Bl. d. sch. aertz. Ver. f. Thür 21. 5).

— MAISELIS zebrał znane w literaturze przypadki wielokrotnych zapadań na takie choroby zakaźne, które, raz przebyte, nadają pospolicie odporność względem następczego zakażenia. Dwukrotne przebyte ospy znane jest w 505 przypadkach, trzykrotne w 9, siedmiokrotne w 1; dwukrotne przebyte szkarlatyny w 29 przypadkach, trzykrotne w 4, ośmiokrotne w 1; dwukrotne przebyte odry w 36, trzykrotne w 1; dwukrotne przebyte tyfusu brzuszego w 202, trzykrotne w 5, czterokrotne w 1; dwukrotne przebyte cholery w 29, trzykrotne w 3, czterokrotne w 2-ch przypadkach.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 12 b. m. i r. odbyło się doroczne zebranie ogólne uczestników Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, na którym koł. ROGOWICZ zdawał sprawę z czynności Komitetu tej instytucji za rok ubiegły 1893. Ze

sprawozdania tego, między innemi dowiedzieliśmy się: 1) Że z początkiem 1893 r. Kasa Wsparcia liczyła członków 691. Z tej liczby zmarło w ciągu roku 14-tu, wykreślono jako niewnoszących składek 4-ch, wyjechało z kraju 3-ch; wogóle ubyło członków 21. Że zaś

przybyło nowych uczestników 44-ch, zatem z końcem roku sprawozdawczego Kasa Wsparcia liczyła 714-tu członków. 2) Że fundusz żelazny powiększył się o 589 rs. i z końcem roku wynosił 34,481 rs. 3) Że fundusz ruchomy ze składek rocznych od członków i odsetek od funduszu żelaznego uzbierany wynosił wraz z rezerwanem z 1892 r. 7,033 rs., z którego wydano na wsparcia 5,488 rs., a na administrację 386 rs.; wogóle 5,880 rs. 4) Że nadto wyznaczono wsparcia z odsetek od funduszy na specjalne wsparcia przeznaczonych, a zostających w bezpośrednim rozporządzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w kwocie 1,116 rs. Tym sposobem wypłacono wsparcie 103 osobom i rodzinom w ogólnej kwocie 6,604 rs. 5) Że wreszcie zaległości w nieopłaconych składkach przez członków Kasy wynoszą 715 rs., z których 180 rs. należy się od lekarzy w gubernii Suwalskiej mieszkających, reszta zaś od członków z Warszawy i innych gubernii, oprócz Kaliskiej i Siedleckiej, w których niema żadnej zaległości.

— Wyszedł z druku zeszyt IV „Przeglądu chirurgicznego“ poświęcony prof. OBALIŃSKIEMU; zeszyt ten zawiera prace: TRZEBICKIEGO — Ile jelita cienkiego wolna resekować; MATLAKOWSKIEGO — Przyczynę do kazuistyki wycięcia odbytnicy z powodu raka; BARĄCZA — Przypadek całkowitego wykluczenia jelita ślepego. Zastosowanie płytek brukwowych przy ileokolostomii sposobem SENNA'a; wyleczenie; PIENIAŻKA — O zapaleniu ochrzęstnej krtani i zwężeniu po niem powstającym, oraz o sposobach usuwania tego ostatniego; SĘDZIĄKA — Przyczynę do etyologii t. zw. czarnego języka; MARSA — Przypadek sztucznego odklejenia łożyska wraz z warstwą mięśni macicy; SZUMANA — Z dziedziny celiotomii. Dwa przypadki doszczętnego wycięcia macicy mięśniakowej, wykonane z powodu wywołanych przez guz objawów ostrego zapalenia otrzewnej; SZADKA — Pierwotne stwardnienie i owrzodzenie przymiotowe migdałów i przełyku; KRAJEWSKIEGO — O stosunku medycyny wewnętrznej do chirurgii.

— VII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23 do 26 lipca r. b. W dalszym ciągu zapowiedzieli wykłady w sekcji chirurgicznej: D-r KRAJEWSKI z Warszawy: *peri et paratyphlitis*. D-r KRYŃSKI z Krakowa: 1) o leczeniu chirurgicznym zapaleń otrzewny (referat), 2) komunikat oryginalny. D-r BOGDANIK z Białej: 1) o pierwszej pomocy, udzielić się mającej rannym w przyszłej wojnie (na podstawie doświadczeń w Białej w r. 1890 i Polskiej Ostrawie w r. 1894), 2) o przyszczeniu wypadającej odbytnicy do ściany brzusznej (*colopexia abdominalis*); demonstracja aparatów HESSINGA przez autora lub jego zastępcę. W sekcji ginekologicznej: Postanowiono

podać do referatu temat: Obecne poglądy na uleczalność raka macicy. (Referat objął D-r A. WINAWER z Warszawy). W dalszym ciągu zapowiedziano następujące odczyty: D-r JERZYKOWSKI z Poznania: Przyczynę do niepłodności skutkiem utajonej rzeżączki. D-r GULIŃSKI i A. FRUCHTMAN z Warszawy: Sprawozdanie z działalności warszawskiego miejskiego przytułku dla rodzących Nr. 5, za czas od 1885—1894 r. D-r SOŁOWJ z Preszburga: Dwadzieścia laparotomii. D-r BORYSSOWICZ z Warszawy: Zabiegi ułatwiające pochwyte wycięcie macicy, zajętej przez złośliwe nowotwory, i postępowanie zapobiegające powrotowi cierpienia, na podstawie 20 operowanych przypadków, z przedstawieniem okazy i wyrobów drobnowidzowych. Tenże: O szwie powłok brzusznych. Tenże: Okazanie preparatów ciąży pozamacicznej. W sekcji higieny i medycyny sądowej. W dalszym ciągu zapowiedzieli wykłady: Prof. D-r BUJWID z Krakowa: O potrzebie urządzenia zakładu szczepień leczniczo-ochronnych wścieklizny. Tenże: Ważny a dotąd należycie nieuwzględniony brak w oświeceniu sztucznym przy pracy wieczornej. Tenże: Doświadczenia nad cholerą w Królestwie Polskim. Tenże: Ocena higienicznych własności wody i wykazanie użyteczności różnych filtrów do wody do picia (wykład z demonstracją). Tenże: Wykazać najodpowiedniejszy dla naszego klimatu sposób uprzążywania odchodów ludzkich z uwzględnieniem czystości wód bieżących (częściowy udział w referacie zapowiedzianym przez D-ra OPOLSKIEGO). Tenże: będzie odbywać demonstrację z dziedziny higieny i bakteriologii w oddziale Wystawy uniwersyteckiej. D-r POLAK z Warszawy, redaktor czasopisma „Zdrowie“: O mieszkaniach dla robotników i o łaźniach ludowych z zastosowaniem do naszych potrzeb. Tenże: Praktyka zapobiegania chorobom zaraźliwym. (Obie prace wspólnymi siłami redakcyi). Walery WŁODZIMIRSKI, magister farmacji i chemik sądowy ze Lwowa: Praktyczne uwagi nad ustawą o fałszowaniu pokarmów i napojów w celu wykazania, w jaki sposób należałoby najodpowiedniej przeprowadzać kontrole, aby skutecznie zapobiegać nadużyciom. (Wykład z demonstracją). Tenże: Porównanie masła prawdziwego z masłem sztucznym, oleomargariną i innymi surogatami, a to pod względem pochodzenia, wyrabiania, składu chemicznego, własności fizycznych i wartości pożywczej.

— Cholera w dalszym ciągu nie przestaje rozszerzać się w naszym mieście, nie tylko w okolicach jego, ale i w środku Warszawy. W ciągu pierwszej połowy bieżącego miesiąca, t. j. od 1 do 15 włącznie, do szpitala Dz. Jezus sprowadzono chorych 62, z których zmarło 25, wyzdrowiało 24, pozostaje na dalszej kuracji 33. Najwięcej chorych jak dotychczas dostarczały

okolice Warszawy: Wola, ulica Grójecka za rogatką Jerozolimską i wieś Ochota. Z pierwszej miejscowości przybyło 16, z drugiej 15, z Ochoty zaś 5. Chorzy z miasta pochodzą z następujących ulic: Sienna 78, Drewniana 7, Stawki 55, 43, 22, Czerniakowska 46, 2, Jerozolimska 139, Ptasia 4, Leszczyńska 9, Nowy Świat 12, Rybaki 24, Krzywe Koło 1, Ostrowska 19, Brukowa 29, Prosta 52, Marszałkowska 71, Wałowa 18, Więzienie transportowe, Dworzec Terepolski, Dobra 1, Nowolipki 29, Pańska 58,

Łucka 29 (trzy przypadki), Muranowska 28 Wiejska 1 i wieś Szczęśliwice. Trzeba dodać że prócz podanych tu chorych z Ochoty, istnieje tam tymczasowy barak na 7 czy 8 chorych, stale podobno zapelniony. J. Sz.

— D-r Leon WACHNOLZ, asystent prof. BLUMENSTOCK-HALBANA, habilitował się jako docent medycyny sądowej i D-r BECK jako docent fizjologii w uniwersytecie Jagiellońskim.

— Katedrę chirurgii po zmarłym prof. BILROTH objął prof. GUSSENBAUER z Pragi.

OGŁOSZENIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez d-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO.

I. Nowe tematy:

1) Zbadać ostateczne produkty rozkładu białka i węglowodanów przy i bez dostępu tlenu, wywołane przez jedną ze znanych, a dotąd pod tym względem nie zbadanych bakterii chorobotwórczych. 2) Grunt warszawski pod względem bakteryologicznym. 3) Historia szkół lekarskich w Polsce w ciągu ostatniego wieku. 4) Wykaz wszystkich prac lekarskich polskich ogłoszonych drukiem od roku 1830 do 1890. 5) Tak zwany ropień okołomigdałkowy z punktu widzenia klinicznego i bakteryologicznego. 6) Zbadać chemiczne produkty wypróżnień cholelitycznych. 7) Krytyczny pogląd na powstawanie kwasu moczowego z nukleiny, w myśl prof. HORBACZEWSKIEGO. 8) Gruźlica wygasa płuc (*tuberculosis obsoleta pulmonum*), jakoś zmian anatomicznych i warunki powstawania. 9) Zmiany anatomiczne przy chronicznem kataralnem zapaleniu dróg oddechowych (lub jednego z jego odcinków). 10) Zapalenie kataralne płuc (*pneumonia catarrhalis*) z punktu widzenia anatomo-patologicznego i bakteryologicznego. 11) Zbadać doświadczalnie zmiany w siatkówce oka (*retina*) pod wpływem otrucia fosforem. 12) Morfologiczny i chemiczny stan krwi w zapaleniu nerek: stosunek pomiędzy jakością i ilościowym wydzielaniem się białka w moczu i składem chemicznym krwi, *resp.* surowicy krwi w tej chorobie. 13) Gazy krwi żyłnej w stanach chorobowych, w szczególności w stanach anemicznych i autointoksykacyjnych (*uraemia*); absorbey tlenu w stosunku do zawartości hemoglobiny we krwi patologicznej. 14) Zbadać na zasadzie spostrzeżeń własnych rozwój mowy u dziecka i wykazać stosunek tego rozwoju do rozwoju inteligencji u dziecka. 15) Opracować źródłowo historię jednego z większych szpitali warszawskich od czasu założenia aż do chwili bieżącej. 16) Stosunek anatomo-topograficzny moczowodów do macicy i pęcherza u kobiety. 17) Badania z dziedziny antropologii krajowej, oparte na poszukiwaniach anatomicznych, fizjologicznych oraz na zestawieniach statystycznych. 18) Histologia *portionis vaginalis uteri* z uwzględnieniem zmian zależnych od wieku, począwszy od okresu zarodkowego, a skończywszy na uwięździe płciowym.

II. Tematy pozostawione z roku zeszłego:

19) Przeprowadzić badania bakteryologiczne krwi u suchotników. 20) Jakość i ilość bakterii chorobotwórczych i nieszkodliwych w wodzie wiślanej.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31 marca 1895 roku.

Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z powyższych 20-tu tematów, wyznacza się nagroda rs. 300. Takich nagród na rok 1894/5 jest pięć. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowią będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała N-r 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały

D-r Brodowski.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.