

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Kilka uwag o roli i zadaniu społecznej ekspertyzy sądowo-lekarskiej, opracował St. Lalewicz. Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania, podał D-r S. Groszlik. — Wykłady kliniczne. O krzywicy, napisał Seweryn Sterling (Łódź). (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 63. O wpływie trzustki na rozwój niektórych chorobotwórczych grzybków rozsiewekowych. 64. Myasthenia gravis pseudoparalytica. 65. Uwagi krytyczne nad leczeniem raka przez Emmerich'a i Scholla (Erisipelserum). 66. O leczeniu raka surowicą zwierząt szczepionych paciorkowcami (Erisipelserum). — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc kwiecień r. b. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r St. Lalewicz. — Quelques mots sur le rôle et la tâche de l'expertise médico-légale contemporaine. 2) Dr S. Groszlik. — Les principes de l'asepsie dans le cathétérisme.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Dr St. Lalewicz — Die Rolle und die Aufgaben des modernen medicinisch-gerichtlichen Gutachtens. 2) D-r S. Groszlik — Praktische Grundlagen des aseptischen Katheterisirens.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warsow — Rue Obozna 5.

Kilka uwag o roli i zadaniu społecznej ekspertyzy sądowo-lekarskiej,

opracował St. Lalewicz, lekarz powiatu w Suwałkach.

(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Tow. lek. gub. Suwalskiej d. 12 stycznia r. b.).

Od czasu wprowadzenia ostatniej reformy sądownictwa, t.j. od lipca 1876 r., rola i zadania lekarzy, powoływanych przez instytucje sądowe w charakterze biegłych, uległy znacznej ku gorszemu zmianie. Przed wprowadzeniem reformy lekarze wogóle, a pozostający w służbie państwowej w szczególności, cieszyli się zaufaniem instytucji sądowych i akty ich specjalnych czynności przyjmowano „bona fide“ bez zbytecznej krytyki i tendencji zmniejszenia należnego im w sferze ich kompetencji znaczenia i siły, opartej na § 1326 Ks. III. T. XIII. Zbioru praw (wyd. 1892 r.). Artykuł ten głosi: „lekarz, wykonujący badanie sądowe, jako urzędnik, który powinien w tym przedmiocie posiadać szczególne wiadomości, uważa się w tym razie za pierwszą osobę“.

Od r. 1876 położenie lekarzy-ekspertów w sprawach sądowych wyraźnie się zmieniło. Zamiast poprzedniego zaufania do ich czynności i właściwego zapatrywania się na ich powołanie, spotykają się z nieukrywanym dążeniem do zakreszenia im w sprawach sądowo-lekarskich roli biernej, drugorzędnej, chociaż § 315 ust. pr. kar.: „ogłędziny i badania wykonywają się w obecności świadków albo bezpośrednio przez sędziego śledczego, albo przez biegłych“ komentowany jest przez samych prawników tak: prawo ustanowiło dwa rodzaje ogłędzin i badań: przez sędziego śledczego, kiedy przy tem nie są konieczne specjalne wiadomości, i w tym ostatnim razie przez biegłych w obecności sędziego śledczego ¹⁾.

¹⁾ Rukowództwo dla sudiębných sledowatielój sostojaszczých pry okružnych sudach. Cz. II. Makalinski.

Władze sądowe do 1876 r. w sprawach np. karnych uwzględniały świadectwa, wydawane przez lekarzy, dozwalały im samodzielnie wykonywać sekcje sądowo-lekarskie, w swojej obecności. Od r. 1876 świadectwa o niegrożących śmiercią uszkodzeniach na zdrowiu, wydawane przez lekarzy, straciły zupełnie swoje znaczenie; zaczęto je uważać za coś zbytecznego i niepotrzebnego, a oględziny ludzi żywych i rozbiory zwłok sądowo-lekarskie zaczęły wykonywać władze sądowe lub policyjne „przez lekarza“, przy czym rolę tego ostatniego najdokładniej określiło to charakterystyczne „przez“. Wkrótce po wprowadzeniu nowej reformy sądowej, władze, dokonywające oględzin ciał zmarłych, przestały nawet wymagać podpisywania przez lekarza odnośnych protokółów, pozwalając mu jedynie podpisywać własne jego wnioski. Aczkolwiek w 1883 roku (17 listopada st. st.) rozesłane było wyjaśnienie Senatu Rządzącego, w którym nakazywano dać lekarzom-ekspertom nieco większą samodzielność, dozwalającą im wykonywać sekcje sądowo-lekarskie, co do miejsca i techniki, podług własnego ich uznania, to jednakże wyżej przytoczony art. 1326 zb. praw jest ciągle ignorowany i autorytetem w tego rodzaju sprawach sądowo-lekarskich pozostał, jak i poprzednio, urzędnik sądowy lub policyjny, posługujący się, jako narzędziem, lekarzem-ekspertem.

Jakie są przyczyny tej zmiany w roli i położeniu lekarza-eksperta w sprawach sądowo-lekarskich, zaszłej po wprowadzeniu ostatniej reformy sądowej, trudno zrozumieć. Były różne próby, dążące do wyjaśnienia tej zagadki. Tak np. starano się wyjaśnić to koniecznością nadania aktom sądowo-lekarskim wszędzie i zawsze jednakowej formy, jednej i tej samej idei; odzywały się głosy o pewnych brakach specjalnej sądowo-lekarskiej wiedzy lekarzy; tu i owdzie przekradały się zdania o kompetencji prawników, którzy przecież słuchali kursu medycyny sądowej podczas swych studiów uniwersyteckich. Wszystko to jednak nie wytrzymuje krytyki. Ujednostajnienie formy, tyczącej się spraw sądowo-lekarskich, najzupełniej jest możebne w porządku prawodawczym bez różnicy jednej lub drugiej specjalności; dlatego też niepodobna zrozumieć, dlaczego jedna specjalność może zasługiwać na większe zaufanie, niż druga. O brakach w przygotowaniu lekarzy-ekspertów do czynności sądowych mówiono nieraz, zarzucając im pomyłki, wykazując słabe uzdolnienie fachowe lub chwiejność ich przekonań i różnice w zdaniach, ale, jeżeli się uważnie rozpatrzyć w tej sprawie, to łatwo się przekonać można, że zarzuty te są wielce przesadzone i niesprawiedliwe. Naprzód, niepodobna wymagać od lekarzy, ażeby specjalnie poświęcali się medycynie sądowej dlatego, że u nas dotychczas nie ma posad sądowo-lekarskich, któreby zapewniały utrzymanie. Przeciwnie, istnieje najzupełniejszy wyzysk w postaci codziennych prawie przywoływań lekarzy do dokonania różnych aktów sądowo-lekarskich bez żadnej za to zapłaty, oparty na § 1318. T. XIII. zb. pr. i § 337 ust. pr. kar. Taka anomalia, wkładająca na lekarzy obowiązek przynoszenia w ofierze swego czasu i pracy, nie dotyczy żadnej innej ze specjalnych profesji i dlatego niepodobna pojąć, dlaczego ona całym swym ciężarem przygniata tylko lekarzy, nie stojących przecież niżej od przedstawicieli innych gałęzi wiedzy praktycznej, ani przez umysłowy swój rozwój, ani przez istotę swego powołania. Oprócz tego art. 688 i 692 pr. kar. dają sądowi rozległe prawo wybierania sobie biegłych według swego uznania lub według wskazówek stron interesowanych, a art. 533 pr. cyw. oznajmia, że zdanie lekarza-biegłego bynajmniej nie jest obowiązujące dla władz śledczych i sądowych, i tam biegły za zdanie swoje nie jest odpowiedzialny. Rzecz prosta, że wobec takich warunków, czas wolny

od zajęć zawodowych, dających im utrzymanie, lekarze poświęcają na doskonalenie się w tym mianowicie zawodowym kierunku, a w sądowo-lekarskim postępują o tyle, o ile wzbogacają swe wiadomości w praktycznej, stosowanej medycynie. Powtórę, kazuistyka sądowo-lekarska kilku ostatnich dziesiętków lat wykazuje, że w wielu razach pewne niedokładności ekspertyzy sądowo-lekarskiej, na których oparto zarzuty o niedostatecznym przygotowaniu lekarzy, wynikają ze zbyt wysokich wymagań, zawartych w pytaniach, które ma rozwiązać lekarz jako biegły; czyli innemi słowy, że nie wszystkie kwestye, jakie się napotyka w sprawach sądowo-lekarskich, mogą być przez lekarza wyjaśnione zadawalająco. Naturalnie jest to i potrzebne i nieraz konieczne, i lekarz, tak samo, jak prawnik, konieczność tę pojmuję, ale kategoryczne rozwiązanie niektórych zawikłań sądowo-lekarskich bywa nieraz dla samego lekarza niemożliwe. Ta jednak okoliczność wcale jeszcze nie stanowi o niedostatecznym specjalnem przygotowaniu lekarza do spełniania obowiązków biegłego. Przeciwnie, w wielu razach wątpliwa odpowiedź biegłego lub jego odmowa dania kategorycznie pewnych wyjaśnień, może służyć jako dowód jego specjalnego przygotowania, znajomości odnośnej literatury, prawa (art. 1753 ust. lekarz.) i medycyny sądowej, tej kwintesencji olbrzymiej i trudnej nauki, zwanej medycyną. Tu także należy uwzględnić jeszcze dwie okoliczności, mogące pośrednio wpływać na przytrafianie się pewnych niedokładności w opisach sekcji sądowo-lekarskich i pewnej chwiejności w wyjaśnieniach, dawanych przez lekarzy sądowi. 1) Przeważna liczba sekcji sądowo-lekarskich robi się późno, kiedy trup już znacznym uległ zmianom, w warunkach jaknajgorszych, zwykle na polach, cmentarzach, podwórzach, w stodołach lub chlewach. 2) Na sprawę sądową wzywają lekarza, jako biegłego, zapomocą karty („powiestki“), w której są wymienione: dzień i godzina, nazwisko przestępcy i rodzaj przestępstwa, najczęściej oznaczony terminem prawnym, albo wprost odnośnym artykułem prawa. W tych warunkach lekarz nie może, choćby nawet i chciał, przygotować się do ekspertyzy, przez przypomnienie sobie tego, co w danej sprawie stanowi główny jej przedmiot; o czym mógł zapomnieć, pochłonięty pracą w innym kierunku. Nadto sąd ma prawo, podług art. 337 pr. kar., wzywać jako biegłych, oprócz lekarzy, będących na służbie: „każdego innego wojskowego, cywilnego lub wolnopraktykującego lekarza“, i dlatego nie może wymagać od nich tego specjalnego przygotowania, do którego dojść by mogli i powinni rzeczywiście lekarze sądowi, gdyby oni u nas byli. Wreszcie, nie trzeba zapominać, że przy dzisiejszym wysokim rozwoju nauk lekarskich i wywołanej tym rozwojem specjalizacji oddzielnych jej gałęzi, lekarz t. zw. sądowy, materalnie niezabezpieczony na tym honorowym urzędzie, nie jest w możności podążać za szybkim biegiem nauki czysto sądowo-lekarskiej.

Co się tyczy wreszcie kompetencji prawników w rzeczach czysto sądowo-lekarskich i prawa ich decydowania o wartości ekspertyzy lekarskiej, to zdaje się, że i ta kompetencja i to prawo są więcej imaginacyjne, niż rzeczywiste. Wysłuchanie pobieżnych wykładów medycyny sądowej na wydziale prawnym w uniwersytecie, nb. nie na każdym z nich obowiązkowe, nie może i nie powinno upoważniać prawników do zbyt wysokiego pojęcia o biegłości w nauce, która stanowi nierozdzieloną część całego olbrzymiego obszaru wiedzy lekarskiej.

(D. n).

Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania,

podał

D-r S. G R O S G L I K.

Czyniąc zadość życzeniu Redakcyi „Medycyny“, podaję w tem miejscu praktyczne wyniki badań moich, dotyczących kwestyi aseptycznego cewnikowania. Szczegóły znajdzie czytelnik w pracach, ogłoszonych w I i II tomie „Przeglądu Chirurgicznego“ pod tytułem „W sprawie zapobiegania nieżyłowi pęcherza *e catheterisatione*“ i „Aseptyka w katetyzowaniu“ (obie z oddziału D-ra KRAJEWSKIEGO).

Przystępując do aktu cewnikowania, czy to w celu zbadania cewki i pęcherza, czy też w celu niesienia pomocy przy zatrzymaniu moczu lub innych sprawach chorobowych dróg moczowych, winniśmy mieć na uwadze, iż zabiegi nasze nietylko mają przynieść choremu ulgę w jego cierpieniach, lecz że zarazem nie powinny być źródłem zaburzeń, wynikających z samego stosowania środka leczniczego. Nie ulega wątpliwości, że jeżeli zasada *primum non nocere* kiedykolwiek w medycynie gwałconą była, działa się to i dzieje najczęściej przy cewnikowaniu — skutkiem zaniedbywania prawideł aseptyki. Jest rzeczą godną zastanowienia, iż do chwili obecnej, gdy, dzięki metodzie aseptycznej, chirurgia święci największe tryumfy, kwestya aseptyki w cewnikowaniu nie zdołała zwrócić na siebie należytej uwagi. Mało mamy jeszcze obecnie lekarzy, którzy dbają o ścisłe odkażanie cewników i zgłębników, a jeszcze mniej takich, którzyby cewnikowali aseptycznie. Nawet chirurg, któremu skądinąd nic pod względem aseptyki zarzucić nie można, popełnia częstokroć rażące błędy, gdy zamiast noża bierze do ręki cewnik. Z faktami takimi spotykamy się w praktyce niemal codziennie, a nawet z literatury przytoczyć można cały szereg przykładów, dowodzących, jak mało autorowie zwracają uwagi na potrzebę wyjaławiania narzędzi, przeznaczonych do cewnikowania. Nic dziwnego, że wobec takiego traktowania rzeczy, zakażenie moczowe jeszcze obecnie dość często się przytrafia i pod względem natężenia nie ustępuje podobnym przypadkom, opisanym przed laty 50-ciu przez VELPEAU w pięknej lekcji „Accidents généraux suites du cathétérisme“.

Anomalia taka w czasach obecnych znajduje wyjaśnienie w trojakiego rodzaju przyczynach:

1) Odporność pęcherza na zakażenie. Nie ulega wątpliwości, iż cewnikowanie brudnem narzędziem często uchodzi bezkarnie, ponieważ pęcherz znakomicie nieraz opiera się zakażeniu, samodzielnie usuwając wprowadzone doń zarazki wraz z moczem. Przyjęcie się zarazków wymaga zazwyczaj współistnienia pewnych warunków pomocniczych, sprzyjających rozwojowi wprowadzonych mikrobów; w braku tych warunków, zakażenie do skutku nie dochodzi. Ta odporność pęcherza na przyjęcie zarazki jest niewątpliwie jedną z przyczyn, dla której wielu lekarzy lekceważy potrzebę zachowywania zasad aseptyki przy cewnikowaniu.

2) Nie da się zaprzeczyć, iż źródła złego szukać należy poczęści w trudnościach, z jakimi połączona jest sprawa wyjaławiania cewników. Łatwą jest rzeczą wyjałowić cewnik metalowy lub z kauczuku wulkanizowanego (NÉLATON'a) przez zwyczajne gotowanie, czyn-

ność ta wszakże nie nadaje się zupełnie do odkażania narzędzi gumowych (elastycznych), zarówno cewników jak i zgłębników. Tymczasem tego rodzaju narzędzia są najczęściej w praktyce moczowej używane, że przytoczę tu cewniki MERCIER'a dla dotkniętych przerostem gruczołu krokowego, zgłębniki do badania cewki i rozszerzania zwężeń i t. p. Najrozmaitsze sposoby wyjaławiania tychże, pochodzące przeważnie ze szkoły francuskiej, jako zbyt złożone a zarazem wadliwe, słusznie rozpowszechnienia nie znalazły.

3) Trudności techniczne przy aseptycznem cewnikowaniu. Ażeby akt cewnikowania odbywał się ściśle aseptycznie, niedość jest posilkować się aseptycznym cewnikiem, można bowiem i wyjałowionym cewnikiem kateteryzować septycznie. Aseptyczne cewnikowanie wymaga całego szeregu dość zmudnych zabiegów, których częściowe nawet zaniechanie niweczy nieraz zachody, ponoszone przy odkażaniu narzędzi. Ciężkie objawy, występujące nieraz po cewnikowaniu narzędziami jałowemi, przeważnie zależą od niedość ścisłego przestrzegania zasad aseptycznego cewnikowania.

Warunki, od jakich zależy aseptyczne cewnikowanie, są natury dość złożonej. Od chwili wprowadzenia cewnika aż do chwili, w której go z pęcherza usuwamy, choremu grozi niebezpieczeństwo zakażenia z najrozmaitszych stron. Źródłem zakażenia mogą być: niewyjałowione narzędzie, ręce operatora *resp.* chorego, jeżeli ten sam się cewnikowuje, smarowidło, którem nadajemy cewnikowi pożądaną śliskość, cewka, przez którą przechodzi cewnik, nareszcie szpryca i płyn, służący do płukania pęcherza.

I. Odkażanie cewników i zgłębników.

Odkażanie narzędzi, przeznaczonych do cewnikowania, powinno czynić zadość następującym warunkom: 1) narzędzie winno być zupełnie jałowe; 2) czynność odkażania nie powinna niszczyć narzędzia i 3) odkażone narzędzie nie powinno drażnić błony śluzowej cewki. Najbardziej rozpowszechnione obecnie sposoby wyjaławiania cewników i zgłębników żadnemu z powyższych warunków nie odpowiadają. Jak wiadomo, najczęściej posługujemy się do odkażania narzędzi płynami przeciwnilnymi, jak karbol, sublimat, kwas borny i t. d., w których zanurzamy narzędzia na pewien czas. Podobne postępowanie wynika z błędnego mniemania, jakoby wzmiankowane płyny w zwykłe używanych rozcieńczeniach natychmiast zabijały wszelkie zarazki. Przekonałem się jednak, że nawet narzędzia, wymyte starannie wodą gorącą z mydłem, zanurzone następnie na pół godziny w roztworze sublimatu 1 : 1000, przetrzyknięte kilkakrotnie tymże sublimatem i nareszcie wytarte tamponem wyjałowionym — w 2 tylko przypadkach na 12 okazały się jałowemi. Nadto czynność ta niszczy narzędzia gumowe (elastyczne), a w pewnych razach, mianowicie, gdy pozostawiamy na narzędziu ślady płynów przeciwnilnych, błona śluzowa cewki ulega dość silnemu podrażnieniu. Z powyższych względów postępowanie, w mowie będące, powinno być stanowczo zarzucone. Również polecić nie mogę sposobów odkażania cewników gazami przeciwnilnymi, jak kwasem siarkawym (GUYON) i parą rtęci (LANNELONGUE). Badania, jakie przeprowadziłem nad działaniem odkażającym obu tych środków, dały wyniki ujemne, niczem nie usprawiedliwiające oddawanych im pochwał. Jedynie tylko odkażanie zapomocą wysokiej ciepłoty daje pewność bezwzględnej jałowości.

Jak przy wyjaławianiu innych narzędzi chirurgicznych, tak też przy odkażaniu cewników i zgłębników możemy się posługiwać wysoką ciepłotą

w trzech postaciach: wodą wrzącą, parą i gorącym powietrzem. Największą siłę odkażającą posiada woda wrząca. Zabija ona zarodniki czarnej krosty w 2 minuty, a postacie wegetacyjne już w ciągu 1—5 sekund. Woda wrząca wszakże nadaje się tylko do wyjaławiania cewników metalowych i z kauczuku wulkanizowanego, zwanych cewnikami NÉLATON'a. Narzędzia elastyczne nawet najlepszego gatunku, nie wyłączając najświeższych wyrobów VERGNE'a, ulegają we wrzątku zupełnemu zniszczeniu. Do wyjaławiania tych narzędzi musimy się posilkować albo gorącym powietrzem, albo też parą bieżącą.

Pod względem siły odkażającej gorące powietrze znacznie ustępuje parze. Gdy para bieżąca zabija zarodniki czarnej krosty już w ciągu 5, 10, a najdalej 15 minut, powietrze, ogrzane do 100°C ., wymaga około $1\frac{1}{2}$ godziny do zupełnego zniszczenia postaci wegetacyjnych, zarodniki zaś giną dopiero po trzygodzinnem działaniu ciepłoty 140°C .

Te dane porównawcze stanowczo przemawiają na korzyść pary, jako środka odkażającego. Wszakże przy odkażaniu cewników należy mieć na względzie tę okoliczność, iż światło ich, zwłaszcza cewników cienkich, przedstawia wielkie trudności do swobodnego krążenia pary. Dopóki nie mieliśmy odpowiednich przyrządów, zabezpieczających swobodny dostęp pary do wnętrza cewników, odkażanie parą nie dawało dostatecznej pewności jałowości narzędzi.

W ten sposób w ogólnych zarysach przedstawia się siła odkażająca rozmaitych postaci wysokiej ciepłoty. Postaram się obecnie wyłożyć treściwie praktyczne zastosowanie tychże przy wyjaławianiu cewników i zgłębników.

a) Odkazanie narzędzi metalowych i cewników miękkich (NÉLATON'a). Tego rodzaju narzędzia najpraktyczniej odkażyć się dają przez gotowanie w ciągu 5 minut. Do tej czynności można się posługiwać sterylizatorem SCHIMMELBUSCH'a lub wanienką do ryb. Chorzy, którzy nie są w posiadaniu dopiero co wzmiankowanych sprzętów, mogą również wygodnie wygotowywać cewniki NÉLATON'a w specjalnie na ten cel przeznaczonym garnku lub rondelku. W ostatnich czasach podał D-r DUCHASTELET opis bardzo prostego przyrządu do gotowania cewników NÉLATON'a, który to przyrząd, ze względu na taniość, zasługuje na szerokie rozpowszechnienie wśród chorych. Przyrząd DUCHASTELET'a składa się z pudełka blaszanego 40 ctm. długości i 3 ctm. szerokości i wysokości (fig. 1 i 2 BB i CC), sprę-

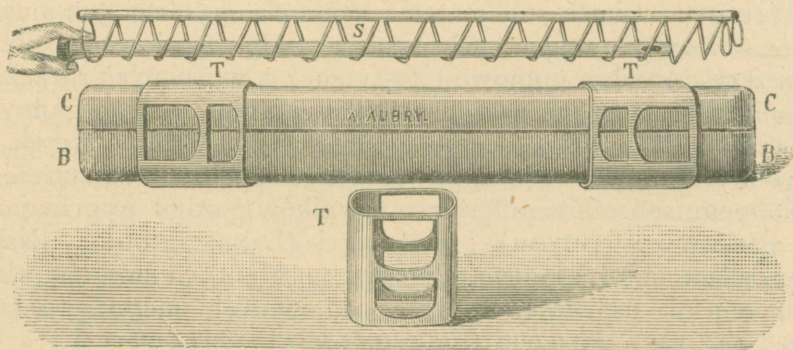


Fig. 1.

żyny *S* i podpórek *TT*. Cewnik, uprzednio wprowadzony do sprężyny, służącej do oddzielania go od ściany pudełka, kładziemy do dolnej połowy przy-

rzędu (*BB*), którą umieszczamy na górnem piętrze podpórek (fig. 2). Na dolnem piętrze tychże podpórek umieszczamy górną połowę pudelka (*CC*), służącą za palenisko. Tu nalewa się trochę spirytusu do palenia, do drugiej zaś

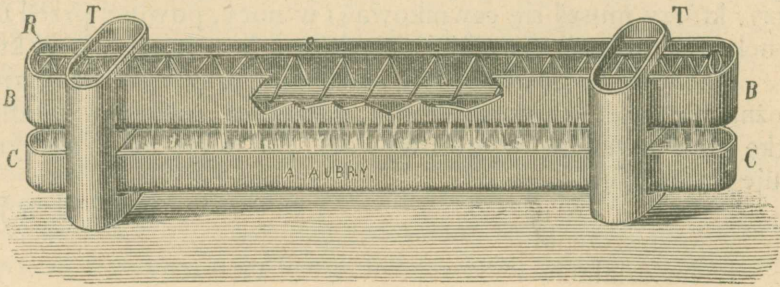


Fig. II.

połowy, zawierającej cewnik, nalewamy wody. Według obliczeń autora, na 4 kieliszki wody (80 grm.) wystarcza jeden kieliszek spirytusu (20 grm.). Przy zachowaniu tego stosunku unikamy całkowitego wyparowania wody z górnej połowy pudelka (*BB*) nawet wówczas, gdy cała ilość spirytusu się zużyje. Jest to wzgląd ważny, albowiem dzięki tej ostrożności ochramiamy cewnik od uszkodzenia przez gorąco. W przyrządzie tym woda zagotowuje się w ciągu niespełna minuty. Po upływie 5 minut wszystek alkohol zostaje spalony i obie połowy pudelka wraz z cewnikiem są wyjąłowione. Wówczas odwracamy cały przyrząd i dajemy ściec pozostałej wodzie. Obawy wypadnięcia cewnika niema, gdyż sprężyna, w której siedzi, trzyma się mocno ścian pudelka. Następnie usuwamy podpórki, pudelko zamykamy, a obie jego połowy przytrzymujemy zapomocą nasuniętych podpórek (fig. 1), które w tem położeniu odgrywają rolę zamykadeł. W ten sposób cewnik znajduje się w przestrzeni jałowej i tak go przechowujemy do cewnikowania. W przyrządzie tym, dającym się z łatwością przenieść w kieszeni, można jednocześnie wyjąłowić 2—3 cewniki.

Wbrew zdaniu innych autorów zapewnić mogę, że cewniki NÉLATON'a znakomicie znoszą działanie wrzącej wody niezliczoną ilość razy bez żadnego uszczerbku. Jedyną zmianą, jaką zauważyłem przy dłuższem gotowaniu, jest nieznaczne pęcznienie oraz czernienie cewników, co wszelako na trwałość ich i gładkość nie ma żadnego wpływu. Natomiast stanowczo muszę się oświadczyć przeciw gotowaniu cewników, zarówno miękkich jak i metalowych, w roztworze sody. Częsteczki sody, przylegające do narzędzi, drażnią cewkę nawet po wytarciu i chorzy skarżą się na dokuczliwe szczypanie podczas wprowadzania narzędzia. Zdaniem mojem najlepiej jest używać do gotowania narzędzi czystej wody, ażeby po wyjęciu z wrzątku mogły być stosowane bez wszelkiego wycierania, podczas którego nietrudno zresztą narzędzie zakazić. Również w celu uniknięcia możliwego zakażenia, nie radziłbym ostudzać cewników w roztworach przeciwnilnych, jako drażniących cewkę. Najlepiej dają się narzędzia ostudzać na siatce, z którą były wstawione do sterylizatora, a w braku sterylizatora, ostudzać należy poprostu w naczyniu, w którym były gotowane.

Do przechowywania narzędzi metalowych i cewników NÉLATON'a mogą służyć serwetki, pudelka metalowe lub też cylindry szklane. Rozumie się, że zarówno serwetki, jak i wzmiankowane naczynia muszą być uprzednio wyja-

łowione. Narzędzia metalowe muszą być przed przechowaniem starannie wytarte tamponem lub serwetką wyjałowioną dla uniknięcia rdzy, cewniki NÉLATON'a mogą być przechowywane w stanie wilgotnym. Najlepiej wszakże narzędzia metalowe gotować bezpośrednio przed użyciem.

Chorzy, którzy muszą się cewnikować i w nocy, powinni przed udaniem się na spoczynek wygotować cewniki i pozostawić je w naczyniu, w którym były gotowane. Naczynie to powinno być starannie przykryte i zabezpieczone od kurzu. Można wreszcie, jak radzi GUYON, narzędzia owijać w ręcznik, serwetę lub chustkę i tak owinięte wygotowywać. Po wyjęciu z naczynia cewniki przechowuje się owinięte.

(C. d. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

O KRZYWICY.

Napisał Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 21).

Przebieg. Rzadko udaje się lekarzowi prześledzić cały przebieg krzywicy. Dzieje się to z różnych powodów. Popierwsze, początkowo objawy krzywicy nie stanowią przyczyny, z powodu której ogół porady lekarza szuka; podrugie, początkowo objawy krzywicy są tak mało wyraźne, że nawet biegły lekarz nie zdoła ich nieraz określić³⁾; potrziecie, nieliczne są dotąd uzdrowiska dla krzywicowych, czyli brak ciągłej obserwacji klinicznej objawów krzywicy.

Czy krzywice poprzedzają swoiste jakies zwiastuny? O swoistości zwiastunów mowy być nie może, bo ich istnienie wogóle trudno uznać za istotne. Zwykle chcą widzieć zwiastuny w zaburzeniach trawienia — zwolennicy etyologii alimentarnej. Ale zdarza się krzywica u dzieci, które na narządy trawienia zupełnie nie cierpią, zarówno jak z innej strony — wyniszczenie z powodu długotrwałych zaburzeń trawienych bez wszelkich zmian krzywicowych (u dzieci wieku właściwego). Niektórzy widzieli nieco podwyższoną ciepłotę przed wystąpieniem krzywicy. Trudno jednak związać chwilowo podwyższenie ciepłoty z początkiem choroby, który jest prawie nieuchwytny. Takie zaś objawy, jak pocenie się, niepokój lub inne zaburzenia nerwowe — nie są zwiastunami, lecz początkowymi objawami, które zwracają uwagę otoczenia na to, że dziecko wogóle jest chore.

Krzywica przebiega zawsze jako choroba przewlekła (96). Powroty krzywicy niesłychanie rzadko były spostrzegane (97). Za wiek najczęstszej krzywicy uważać należy trzeci do dwunastego miesiąca życia. Niemniej jednak spotkać się można z objawami krzywicy i w wieku wcześniejszym (98). Wyrażają się wtedy zmiany w kościach czaszki jako *craniotabes*. Jeżeli przez długi czas powinien nieznaczny stopień zmiękczenia kości potylicowych, nieco zaokrąglono (zamiast równo ściętych) brzozi kostno — uważano za rzecz normalną, to jodynie tom się daje to wytłumaczyć, że przy określaniu „normy“ nie odróżniano wcale dzieci zdrowych od tych, które uległy już

³⁾ Równolegle z *furor rhachiticus*, przy którym wszystko na karb krzywicy lekarz składa, istnieje zbyt sceptycyzm, przy którym wymagane jest istnienie zbyt wielu objawów dla zrobienia rozpoznania: krzywica.

początkowym objawom krzywicy ⁴⁾). Od chwili jednak, gdy początkowe okresy krzywicy rozpoznać można dzięki charakterystycznemu obrazowi histologicznemu, stwierdzono, że wszędzie, gdzie najmłodsze nawet dzieci miały miękkie wysepki na powierzchni kości, była to krzywica.

Czy jednak istnieje krzywica wrodzona, płodowa (99) — zdania są podzielone (67). Zdarzają się bowiem niewątpliwie zakłócenia w kostnieniu płodowym, ale ich obraz histologiczny nie jest zupełnie wyraźny, nie przedstawia zmian swoistych, krzywicy właściwych (100).

Jeżeli wyjdziemy z ogólnopatologicznego pojęcia o krzywicy, t. j. jeżeli w powstawaniu jej widzieć będziemy tylko powien bezład w tworzeniu się tkanki kostnej, bezład, wyrażony obfitem wytwarzaniem się tkanki, w wapno ubogiej, — natenczas łatwo się zgodzimy na fakty, obserwowaną kliniczną stwierdzone, że: objawy krzywcowe są najwięcej wyrażone w tej części kości, która właśnie w danej chwili znajduje się w okresie najżywszego wzrostu. Fizyologiczne przekrwienie, towarzyszące żywemu wzrostowi tkanki, łatwiej tu właśnie przechodzi w przekrwienie patologiczne, jakie cechuje krzywicę.

W najwcześniejszej epoce życia niemowlęcia czaszka jest tą częścią kości, która najżywiej względnie wzrasta. Na czaszce więc szukać musimy najwcześniejszych objawów klinicznych krzywicy. Na czaszce zaś odnajdujemy dwa punkty, w których sprawa krzywicowa najwydatniejsze zmiany wywołuje: kość potylicową wraz z jej przyległymi ustępami kości ciemieniowych i na przedzie sklepienia czaszki brzegi ciemączka czołowego.

Badając czaszki dzieci w pierwszych miesiącach życia, napotykamy cały szereg czaszek, których kości dokładnie i nieruchomo się z sobą zebodzą, ciemączka, za wyjątkiem czołowego, są zamknięte, a istota kości równomiernie twarda na całej powierzchni. Czasami spotykamy na takich czaszkach niejaką ruchomość kości czaszkowych, „ślizganie się“; przytem jednak brzegi kostne są wyraźnie twarde, uciskowi palca nie ustępują. Stan taki jest przejściowym, a zależy od niedokładnego przylegania brzegów wzajem do siebie; występuje zwykle wskutek jakiejś utraty soków (ostry niezbyt), kiedy zawartość czaszki jest zmniejszona.

Inaczej wygląda czaszka innej grupy dzieci: ucisk palca znajduje kość miękką, ustępującą; miejsca takie były poprzednio twarde, powoli tracą swą zbitość; brzegi kostne rozchodzą się, przy ucisku uginają, stają się nie-ostre, zaokrąglone. Najwięcej dotknięte są przytem brzożi szwu strzałkowego, rzadziej węglowego, najrzadziej — wieńcowego.

Pierwsza kategoria czaszek — to czaszki dzieci zdrowych, druga — dzieci krzywicowych, dotkniętych zanikiem kości czaszkowych (*craniotabes*).

Powstawanie *craniotabes* przypada zwykle na pierwszo półroczcie życia, rozpoczęcie się tej sprawy w trzecim i czwartym kwartale życia jest wypadkiem rzadszym, ponieważ w tym czasie upada energia wzrostu kości czaszki. Wtedy widzimy już obraz rozwiniętego zaniku: na powierzchni kości potylicowej odnajdziemy wyraźne już ogniska kości rozmiękczonej, często duże płyty kości — wiotkie, pergaminowe; w ostatnim razie kość normalna tworzy tylko oddzielne wysepki na błoniastej powierzchni potylicy.

Zrozumiałe jest, że przy zaniku brzegów szwów kostnych znajdujemy ciemączka małe otwartemi. Najczęściej otwarty szew strzałkowy przechodzi wtedy bezpośrednio, ku tyłowi, w rozszerzenie, którem jest właśnie ciemączko małe.

⁴⁾ Przypominam, że badania takie dokonywane były w miastach, gdzie duża odsetka dzieci, nawet najmłodszych, dotknięta jest krzywicą.

Otwarte ciemączko małe zdarza się i bez krzywicy; ale wtedy brzegi ciemączka są wyraźnie odgraniczone od błony i tak twarde, jak brzegi przypadkowych szczelin kostnych lub brzegi niezwykle wielkich otworów ciemieniowych (*f. parietalia*). Przeciwnie, jeżeli przyczyną jest krzywica, brzegi ciemączka są ściśnione, na ucisk podatne, przechodzą stopniowo w błonę ciemączka.

Później, względnie, dotyczą zmiany krzywicowe tych brzegów kości ciemieniowych i czołowej, które ograniczają ciemączko czołowe.

Dzięki błędnym spostrzeżeniom panowało przez czas długi zdanie, że ciemączko czołowe powiększa się od urodzenia aż do dziewiątego miesiąca życia. Błąd polegał tu znów na tem, że przy określaniu norm fizjologicznych nie wyłączano wcale tych dzieci, które krzywicy uległy. Wyprowadzone cyfry średnie z wielkiej liczby dzieci (w ambulatoriach dla biednych) zdawały się wskazywać, że dzieci, dajmy na to, pięciomiesięczne mają przeciętnie ciemączka większe od trzymiesięcznych. Wielka liczba krzywicowych wśród dzieci tych była przyczyną takiego wniosku. Dopiero spostrzeganie dzieci zdrowych (101, 102), pomiary, dokonywane systematycznie na jednym i temże samem dziecku zdrowem, obaliły błędne w tej mierze poglądy.

Ciemączko, począwszy od chwili urodzenia się dziecka, zmniejsza się, zamykając się zupełnie około 15 miesiąca życia.

Dla oznaczenia wymiarów ciemączka czołowego uciekamy się do określenia powierzchni przez wymierzenie przekątnych. Metoda ta ma to źródło stałe nieścisłości, że zwykle niemożliwe jest określenie kątów ciemączka, ponieważ brzegi tegoż nie przecinają się, lecz przechodzą w rozwarto szwy. Dlatego wygodniejsze jest wymierzanie odległości między dwoma najwięcej zbliżonymi punktami przeciwległych boków ciemączka. Odległości te są zwykle wyrażone liniami, łączącemi środki przeciwległych boków ciemączka. Iloczyn z pomnożenia przez siebie obu cyfr, odległości to wyrażających, stanowi o przestrzeni ciemączka. Zwykle wyrażać należy wielkość ciemączka podaniem obu znalezionych wymiarów. Tak np. ciemączko 2^2 znaczy ciemączko, w którym oba wymiary miały po 2 ctm.; jeżeli jeden wymiar równał się 1,8 ctm., drugi zaś 2,4 ctm., natenczas wyrażamy tę powierzchnię jako wielkość ciemączka $= 1,8 \times 2,4$.

Zwykle powierzchnia ciemączka czołowego dziecka zdrowego wyrazić się daje znakiem a^2 , kiedy ciemączka krzywicowo są nioprawidłowe i wyrazić je zwykle należy znakiem $a \times b$.

Przytoczę dla przykładu dwie tablice, wyrażające wyniki pomiarów ciemączka czołowego u 338 dzieci normalnych i 786 dzieci krzywicowych (101).

I. Dzieci normalne.

Wiek Miesiące	Liczba bada- nych dzieci	Wielkość przeciętna ciemącz- ka czoło- wego w cm. ²	Liczba napotkanych ciemączek czołowych		Największe ciemączko czołowe	Liczba ciemią- czek zamknię- tych
			do 2 ²	po nad 2 ²		
1— 3	94	2,71	80=85,1%	14=14,9%	3 ²	
4— 6	88	2,62	77=87,5%	11=12,5%	3 ²	
7— 9	45	2,38	40=88,9%	5=11,1%	2,6 ²	
10—12	34	2,25	32=94,1%	2= 5,9%	2,6 ²	2
13—15	30	1,50	29=96,7%	1= 3,3%	2,5 ²	6
16—18	17	0,67	17		2 ²	7
19—21	20	0,31	20		1,5 ²	15
22—24	10	0				10

II. Dzieci krzywicowe.

Wiek	Liczba bada- nych dzieci	Wielkość przeciętna ciemiącz- ka czoło- wego w cm. ²	Liczba napotkanych ciemiączek czołowych		Największe ciemiączko czołowe	Liczba ciemi- czek zamknię- tych
			do 2 ²	po nad 2 ²		
1—3 m.	125	4,04	83=66,4%	42=33,6%	3,7×4	
4—6 m.	105	4,44	60=57,2%	45=42,8%	3,8×4	
7—9 m.	102	5,00	62=60,8%	40=39,2%	4,3 ²	
10—12 m.	93	4,88	54=58,1%	39=41,9%	4×4,5	1
1—1 ¹ / ₄ r.	76	3,54	55=72,4%	21=27,6%	4,5 ²	2
1 ¹ / ₄ —1 ¹ / ₂ r.	73	2,95	61=83,6%	12=16,4%	5,5 ²	3
1 ¹ / ₂ —2 l.	90	1,49	84=93,3%	6=6,7%	3×4	26
2—2 ¹ / ₂ l.	76	0,98	72=94,8%	4=5,2%	3,6 ²	43
2 ¹ / ₂ —3 l.	46	0,55	44=95,7%	2=4,3%	2,5 ²	35

Cyfry powyższe mają o tyle znaczenie, że rysują nam obraz ogólny różnic, istniejących między fizjologicznym przebiegiem zamykania się ciemiączka, a przebiegiem tejże sprawy u dzieci, krzywicą dotkniętych. Cyfry, wielkość ciemiączka w danym wieku określające, nie mają znaczenia bezwzględnego, ponieważ wielkość ta podlega wahaniom indywidualnym.

W praktyce wystarcza niekiedy określanie odległości między przeciwległymi stronami ciemiączka zapomocą palców. Odległość dwu, trzech palców będzie jednak terminem zrozumiałym tylko dla danego badacza. Niemniej jest to sposób praktyczny.

Często bez pomiarów uznać możemy rozmiary ciemiączka czołowego za świadectwo krzywicy ⁵⁾. Przedewszystkiem więc wtedy, kiedy mamy możność badania kilkakrotnego, w pewnych odstępach czasu, czaszki: zwiększanie się ciemiączka, jak i powstrzymane zarastanie — przemawia za krzywicą. Następnie, badając nawet jednokrotnie dziecko 8—12 miesięczne i znajdując zbyt duże ciemiączko, znów uznajemy je za prawdopodobny objaw krzywicy. Wreszcie ciemiączko otwarte u dziecka 18 miesięcznego lub starszego — świadczy o sprawie krzywicowej.

Zamknięcie się ciemiączka czołowego przy krzywicy wypaść może na trzeci i czwarty rok życia.

Niezawsze znajdziemy u dzieci starszych, krzywicą dotkniętych, ciemiączko czołowe otwarte. Czasem znaczy to, że krzywica wtedy się rozwijać poczęła, kiedy ciemiączko już było zamknięte. Częściej jednak nie przeczy to wcale możliwości wczesnego powstania krzywicy; znajdujemy bowiem przypadki krzywicy w pierwszym roku życia, gdzie nawet przy silnym zaniku kości potylicowych ciemiączko zarasta prawidłowo.

Jak wspomniałem, zakłócenie prawidłowego biegu kostnienia ciemiączka nie tylko przez powiększanie się błoniastej jego powierzchni wyrazić się może. Przy krzywicy natężenia miernego — zakłócenie ogranicza się do czasowego zamilknięcia sprawy kostnienia; normalnie twarda tkanka kostna stale wtedy pokrywa braki, przez rozplynięcie się poprzedniej uczynione, nie przewyższa ich jednak, co już byłoby oznaką powracającego zdrowia.

Kiedy jednak sprawność narastania kości nie tylko się zmniejsza, lecz ono wprost nie odbywa się, kiedy — przeciwnie — prawidłowa tkanka kostna rozplywa się, wtedy

⁵⁾ O powiększeniu ciemiączka przy chorobach mózgu — patrz dalej.

mamy do czynienia z powierzchnią ciemiączka powiększającą się, a jest to cechą zupełnie rozwiniętej krzywicy, zwanej niekiedy krzywicą galopującą (*r. florida*).

Jakkolwiek istnieją przypadki, w których krzywicy nie towarzyszą zaburzenia w zarastaniu ciemiączka czołowego, za prawidło jednak uważać należy, że ciemiączko, otwarte po 15-ym miesiącu życia, nawet przy braku wszelkich innych objawów krzywicy, jest wyrazem ustępującej krzywicy, której inno objawy już zdołały zniknąć; niezrośnięte ciemiączko trwa bowiem czasem dłużej, aniżeli inno objawy.

Zazwyczaj do krzywicy czaszki przyłączają się z kolei objawy krzywicy żeber; w miejscach łączenia się kości z chrząstką występuje t. z. różaniec krzywicowy. Jednocześnie lub nieco później znajdujemy zgrubienia przy nasadach kości długich, więc około stawów: rącznego, łokciowego, kolanowego, stopowego. Dalej, spostrzegamy opóźnienie wyrzynania się zębów, ich zniekształcenia, zmiany w postaci szczęk; kręgosłup okazuje skłonność do skrzywień.

Z chwilą, gdy dziecko zaczyna używać kończyn, uwydatniają się nowe objawy, zależno od uginalności kości, od ciężkości ciała, od wiotkości mięśni. Więc występują zgięcia na przedramieniu i obojczyku; biodra i golenie skrzywiają się, miednica zniekształca, na żebrach tworzą się wszystkie wyliczone już zagłębienia i wklęsłości.

Tułów opóźnia się we wzroście, głowa zdaje się przez to większą; stąd cechy karłowatości u dzieci krzywicowych.

Jeżeli zdołamy wcześniej chorobę opanować, wszystkie podobne zmiany nie dochodzą stopnia wysokiego, a z czasem nawet ślady ich zostają zatarte; objawów wtórnych, zarówno jak powikłań — nie bywa.

Ale jeżeli choroba trwa dłużej, lub jeżeli odrazu się rozpoczęła jako krzywica galopująca — natenczas mamy do czynienia z takimi niokształceniami, które do kalcetwa doprowadzić mogą, występują objawy wtórne, a dziecko często staje się ofiarą chorób, wikłających krzywicę.

Dłużej trwająca krzywica, czasem z chwilowymi przestankami w swym rozwoju (35), daje nam owe stałe skrzywienia kończyn dolnych, skrzywienia i garby kręgosłupa, zmiany w miednicy, zmiany wtórne w narządach brzusznych i klatki piersiowej, osłabienie mięśni i t. p. Występują objawy nerwowe pojedynczo lub po kilka, jednocześnie lub zmieniając się. Przynoszą nam dziecko, które po płaczu „kurczowym“ lub po krzyku „zaniósł się,“ „zatknęło się i zsiniało,“ „zostało bez tchu“ — jak określają często kurcz głosi. Probujemy wywołać objaw TROUSSEAU — udaje nam się to czasem; częściej jeszcze udaje się wywołać objaw CHVOSTEK'a. Rzadziej przynoszą dziecko z objawami tężyczki samoistnej. Opowiadają, że dziecko poci się obficie na głowie lub na całym ciele, że jest niespokojne, drażliwe, źle sypia i t. p..

Uwagi tylko ze strony lekarza potrzeba, by to różne objawy wtórne krzywicy nie imponowały mu jako sprawy samoistne, by jo związał z istniejącymi współcześnie oznakami krzywicy

Kilku badaczy mówi o t. z. krzywicy opóźnionej (*r. tarda*) (103). Są to przypadki, w których objawy krzywicy trwają (lub rozwijają się) u dzieci w wieku lat ośmiu, dwunastu. Nie chodzą one, brak im zębów (po wypadnięciu mlecznych — stałe się nie wyróżnęły), mają braki kostne w czaszce (otwory, szczeliny) i inne oznaki krzywicy wysokiego natężenia.

Trudno naszkicować pochodów zmian krzywicowych, przebieg całej choroby. Pewną jednak wartość ma niewątpliwie klasyfikacja poniższa, choćby dla tego, że rysuje nam stopniowe natężenie sprawy krzywicowej. Otóż podług obszaru zmian, przez krzywicę spowodowanych, odróżnić można cztery stopnie krzywicy (104).

Stopień pierwszy. Rozmiękczenie czaszki wyraźne, lecz w stopniu umiarkowanym. Wyraźne zgrubienie na przednich końcach żeber i końcach napiętkowych przedramienia.

Stopień drugi. Silny zanik kości czaszkowych. Guzowate zgrubienia nasad zebrowych. Wydatne zgrubienia innych końców nasadowych.

Stopień trzeci. Wyraźne zmiany w kształcie czaszki, klatki piersiowej, kręgosłupa i nasad kostnych.

Stopień czwarty. Przegięcia i nadłamania kości długich. Zwiócenie stawów. Zniekształcenie wyraźne klatki piersiowej, kręgosłupa, kończyn.

Objawem krzywicy, zbyt mało uwzględnianym, jest zanik kości czaszkowych (*craniotabes*). Dlatego, uwzględniając też same, co i wyżej, pobudki, przytaczam sztuczny podział objawów zaniku kości czaszkowych podług ich natężenia.

Stopień pierwszy. Dostrzeżone gdziekolwiek na przebiegu kości czaszki miejsce, choćby najmniejsze, uginające się pod naciskiem palca.

Stopień drugi. Większy nieco obszar kości zmiękczonej lub rozwarty szew.

Stopień trzeci. Duże obszary kości potylicowej lub ciemieniowej są wiotkie, błoniaste.

Stopień czwarty. Większa część kości czaszki ma konsystencję błoniastą.

Powikłania. Najczęstszem powikłaniem krzywicy są zaburzenia ze strony narządów oddechowych. Na tle nieżyty oskrzeli rozwijają się przewlekłe nieżyty płuc, zapalenia płuc, niedodma (*atelectasis*), wreszcie — gruźlica. Sprzyjają temu: wązka klatka piersiowa, zmniejszona pojemność płuc, słabość mięśni oddechowych. Gruźlica stanowi najczęstszą przyczynę śmierci dzieci krzywicowych. Z nią też w związku stoi to powikłanie, jakie spotykamy w postaci zółzów (105); niektórzy nie uważają zółzów za powikłanie, lecz za cierpienie, towarzyszące krzywicy, ze względu na to, że jedno i te same momenty do obu chorób usposabiają. Zbyt jednak daleko ci idą (66), którzy sprawy te utożsamiają, nie bacząc ani na to, że zółzy stoją w związku z gruźlicą, ani na różny wiek, w którym rozpoczynają się obie te sprawy.

Skłonność krzywicy do powikłań ze strony narządów oddechowych tłumaczy nam zło zejście po chorobach ostrych (np. nawet po odrze) przy krzywicy.

Równie prawie często, jak zaburzenia ze strony narządów oddechowych, wikłają krzywicę zaburzenia trawienne, które do zaniku (*atrophia*) ustroju prowadzą. Charakterystycznem jest, że przy niestrawności i biegunkach krzywicowych dziecko nie tylko nie traci łaknienia, lecz przejawia niejaką żarłoczność.

Serce bywa zwiększone z powodu przeszkód, jakie w krążeniu małym napotyka. Upoślodzona *haematopoësis* wskutek złego stanu narządów oddechowych i trawiennych daje krew ubogą w czerwone ciała krwi i zawartość hemoglobiny (54).

Przekrwienie opon mózgowych i niewielki przesiek do komórek mózgowia wikła też, ze strony narządów nerwowych, krzywicę. Zapalenie opon — jeżeli jest spotykano — raczej do powikłania (gruźlicy) odnieść wypada, niż do krzywicy.

Jedno jeszcze powikłanie krzywicy zwróciło niedawno uwagę. Jest to t. z. choroba CHEADLE-BARLOW'a (106), którą pierwotnie uznano za gnilec (*scorbutus*). Faktem niezaprzeczalnym jest, że choroba ta występuje jedynie u dzieci, krzywicą dotkniętych, jakkolwiek nieznano są przyczyny, które ją wywołują. Winiono karmienie sztuczne, pożywienie nieświeże; ale widziano przypadki, w których dziecko było piersią karmione. Podejrzewano istnienie zarazka — bez żadnego na to dowodu; niektórzy wskazują znaczenie przymiotu dziedzicznego, jakkolwiek tylko u części tych chorych zdołano moment ten wykazać.

Związkowi z gnilem przeczyć się zdaje fakt, że nie widziano choroby BARLOW'a podczas epidemii gnilec; występuje ona sporadycznie. Wylewy przy gnilec są inaczej umiejscowione (skóra, tkanka podskórna, stawy). Moznaby przypuścić, że zapalny stan kości krzywicowych usposabia do tego, by powikłanie krzywicy przez gnilec

umiejscawiało się pod okostną. Jednakże niektóre przypadki, w których wyleczono chorobę BARLOW'a chirurgicznie, przez wypuszczenie krwi — przemawiają przeciw utożsamianiu tych chorób; gnilec w ten sposób uleczony być nie może. Toteż błędem jest nazywanie cierpienia tego: gnilem przy krzywicy; stosowniej uważać je za skazę krwawicową przy krzywicy (15) i nazywać chorobą CHEADLE-BARLOW'a.

Anatomia patologiczna cierpienia tego wykazuje, obok zmian krzywicowych, wylewy krwawe pod okostną; czasem towarzyszą im wylewy krwawe między mięśnie w błony surowicze.

Objawy przy chorobie BARLOW'a polegają: 1) na istnieniu krzywicy; 2) obrzmieniu bolesnem kości, głównie kości długich (kończyn), w granicach trzonu. Stawy nie bywają zajęte. Czasami zdarzają się obrzmienia na łopatkach, obojczyku, szczękach, czaszce. Czasami zdarza się wylew krwawy do oczodołu. Spotykamy też zapalenia oskrzeli, zastoje w płucach; w moczu nieco białka lub krwi. Spostrzegano też niekiedy podniesienie się ciepłoty.

Rozpoznanie. Jakkolwiek dla rozpoznania krzywicy nie potrzebujemy się uciekać do żadnych kłopotliwych metod — niemniej krzywica często bywa nierozpoznawana. Twierdzę to z całą stanowczością.

Stan ten wynika z powodów następujących: 1) wiele oznak krzywicy jest przez ogół lekarzy lekceważonych; 2) zbyt mało pamięta się o tem, jak poważno jest to cierpienie ze względu na powikłania; 3) rzadko (stosunkowo) chorego przedstawiamy nam z powodu objawów samoistnych krzywicy, częściej z powodu objawów wtórnych lub powikłań; 4) zbyt mało uprzedzamy sobie, jak częstą jest krzywica wśród ludności, biednej szczególnie; 5) zbyt mało pamiętamy, że krzywica występuje już u bardzo młodych dzieci.

Toteż, kto tylko wówczas szuka u dzieci objawów krzywicy, kiedy skargi matki na nie mu wskażą, ten nie rozpoznaje i połowy przypadków, jakie mu praktyka nasuwa.

Każde dziecko, które z jakimkolwiek cierpieniem do nas się zgłasza, nie wyłączając i tych, które mają pozór najlepiej odżywianych — należy badać na objawy krzywicy. Jakkolwiek chorzy ambulatoryjów i szpitali najczęściej dotknięci są krzywicą, niemniej, pomnąc, że niedbałość i nieumiejętność czasem toż samo czynią, co i ubóstwo, winniśmy i w *praxis aurea* tegoż samego sposobu postępowania się trzymać. Tembardziej jest postępowanie takie wskazane, że często znajdziemy wytłumaczenie niepojętych objawów w krzywicy, której nie podejrzewaliśmy u dziecka zamożnych rodziców. Dla przykładu wspomnę znów o całym szeregu objawów, które w braku ścisłego rozpoznania „zabkowaniem“ nazywamy. Otóż, ileż tych „dyagnoz“ zaoszczędzilibyśmy sobie, gdybyśmy pamiętali, że opóźnione wyrzynanie się zębów, różne postacie zaburzeń nerwowych, cierpienia narządów oddechania lub trawienia i t. d. — są objawami lub powikłaniami krzywicy!

Toteż uważam za pożytecznie być nieco krańcowym przy badaniu każdego dziecka, młodszego niż czteroletnie; każde badane dziecko podejrzewam o krzywicę i podejrzenie me dopiero wtedy porzucam, gdy badanie moje wyłączy to cierpienie.

Objawy, jakich dla wyłączenia (*resp.* rozpoznania) krzywicy poszukuję, bywają różne, w zależności od wieku dziecka. Brak skrzywień w kończynach nie wyłącza krzywicy u dziecka półrocznego, jak znów zamknięte ciemączko lub brak objawów zaniku kości czaszkowych nie wyłącza krzywicy u dziecka w drugim roku życia.

Często szybkie dotknięcie różnych punktów kośćca daje możność zorientowania się co do obecności lub braku objawów krzywicy. Jeżeli to pobieżne (a u wprawnych

— odruchowo przy badaniu każdego dziecka stosowane) sprawdzenie wykaże nam coś podejrzanego w stanie kości potylicy, rozmiarach ciemiączka, w stanie nasad żeber lub przedramienia, w ilości zębów, w kształcie klatki piersiowej lub kończyn, natenczas powinniśmy sprawdzić to podejrzenie.

W wywiadach możemy znaleźć jeden z tych momentów, o jakich mowa była przy rozpatrywaniu przyczyn krzywicy. Prócz tego dowiadujemy się często o istnieniu jednego lub kilku objawów nerwowych, o tem, że dziecko nie chodzi, pomimo wieku spóźnionego, że chodzić umiało, lecz zaprzestało i t. d., i t. d.

Dla zbadania stanu kości czaszkowych obejmujemy głowę dziecka, twarzą ku nam zwróconą, obiema dłońmi, przyczem końce palców schodzą się na środku potylicy; z tego punktu idziemy nazewnątrz, badając przez ucisk końcami palców stan skupienia kości, stan napotkanych szwów, ciemiączek. Napotkawszy nieprawidłowe skupienie, sprawdzamy przelotne wrażenie -- dokładnem macaniem

Dla zbadania stanu ciemiączka czołowego obejmuje lewa ręka lekarza potylicę, z prawej strony zachodząc, w ten sposób, że wzgórze potylicowe (*protuberantia occipitalis*) wypada w zagłębieniu dłoni, a końce palców leżą po za lewom uchem dziecka. Prawa ręka wyczuwa wtedy ciemiączko zapomocą zgiętych — drugiego, trzeciego i czwartego — palców. O tem, jak określić wielkość ciemiączka czołowego, była wyżej mowa.

Znalezienie miójsz miękkich na przebiegu kości czaszkowych lub na brzegach, tworzących szwy, znalezienie ciemiączek małych niezamkniętych lub rozchodzących się szwów, znalezienie nieprawidłowości w zarastaniu ciemiączka czołowego — świadczy o istnieniu krzywicy.

Zmiana kształtu czaszki, nawarstwienia kostno, zmiana w kształcie szczęk, w układzie zębów, opóźnienie wyrzynania się zębów i t. d.; skrzywienia kręgosłupa, klatki piersiowej, garby, skrzywienia miednicy, zniekształcenia kończyn dolnych, nie- możność chodzenia, i t. d. — oto omówiono już wyżej oznaki krzywicy. Rzadsze są, ale charakterystyczne, zaburzenia w postaci kurczu głosi, ciężczyki samoistnej, objawów CHVOSTEK'a, TROUSSEAU, ERB'a, drgawek, potów, niepokoju.

Co się powikłań tyczy, to rozpoznanie ich opiera się na zasadach, każdej z tych spraw właściwych. Jedynie rozpoznanie zmian w płucach przedstawia niejaką trudność z powodu zniekształceń klatki piersiowej; zarówno wypukiwanie, jak i wysłuchiwanie dać może zwodnicze wyniki, jeżeli się nie liczyć z nieprawidłowym układem kośca i mięśni na klatce krzywicowej. Toż samo tyczy się często określania granic serca, a nawet oznaczania wymiarów śledziony i wątroby.

Nie zdaje mi się też tak łatwem określanie u dzieci granic żołądka, jak to w niektórych pracach zaznaczono (39). Wypukiwanie przy pomocy podwójnego badania (ze słuchawką) udawało się, mnie przynajmniej, bardzo rzadko — z powodu niepokoju dzieci. O rozpoznawaniu takiego powikłania, jakim jest choroba CHEADLE-BARLOW'a, mowa już była wyżej.

(C. d. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

63. E. KOTLAR. **O wpływie trzustki na rozwój niektórych chorobotwórczych grzybków rozszczepkowych.** Wpływ wydzieliny trzustkowej na sprawę przyswajania białka, tłuszczów i wodoru węgla jest już kwestyą powszechnie znaną w nauce. Tę ciasną rolę trzustki w ustroju, jako gruczołu wyłącznie trawiennego, rozszerzyły znacznie badania MINKOWSKIEGO nad doświadczalną cukrzycą trzustkową (*Pankreas-diabetes*.) Obecnie mamy do zanotowania jeszcze jeden fakt w kierunku rozszerzenia granic naszych pojęć o znaczeniu trzustki dla ustroju, a mianowicie, hamujący wpływ jej wydzieliny na rozwój niektórych chorobotwórczych grzybków rozszczepkowych.

Wymieniony w nagłówku autor przeprowadził swe badania w pracowni prof. SCHOTTELUS'a we Freiburgu w W. ks. Baden'skim, i do doświadczeń swych użył 5 znanych gatunków, z pomiędzy bakterii chorobotwórczych, a mianowicie: *b. coli communis*, l. duru brzuszego, l. cholery azyatyckiej, l. węglik i gronkowca złocistego. Przedewszystkiem zbadał autor wpływ wodnego wyciągu z trzustki na rozwój pomienionych bakterii. W tym celu oczyszczał trzustkę świeżo zabitego cielęcia od tkanki tłuszczowej i łącznej, ważył ją (200 grm.) i rozcierał z niewielką ilością wody na miazgę, dodawał wody do 200 ctm. szśc., wyżył przez płótno i wreszcie przesączał przez filtr glinkowy (przesącz = 100 ctm. szśc.). Do tego wyciągu dodawał 100 ctm. szśc. wyjałowionej 20% wodnej¹⁾ żelatyny, zawierającej 2% peptonu i 1% soli kuchennej. Na takiej pożywce szczepił wymienione wyżej gatunki bakterii i porównywał siłę ich wzrostu z hodowlami tych samych gatunków na zwyczajnej bulionowej i wodnej żelatynie.

Już pierwsze doświadczenie z *b. coli communis* i z l. duru brzuszego wykazało dość znaczne opóźnienie w rozwoju: pierwszej bakterii o 2 dni, drugiej o 4 w porównaniu z hodowlami na żelatynie bulionowej, a o 1 dzień, względnie o 2 w porównaniu z hodowlami na żelatynie wodnej, pomimo że żelatyna, przygotowana na wyciągu trzustkowym, zawierała przecież daleko więcej ciał odżywczych, niż żelatyna wodna.

Doświadczenia z pozostałymi trzema gatunkami drobnoustrojów wykazały jeszcze silniejsze działanie wyciągu trzustkowego. Najmniej wrażliwym okazał się przecinkowiec KOCH'a (opóźnienie o 1 dzień), natomiast gronkowiec złocisty utracił niemal wszelką zdolność do rozwoju, a hodowla z l. węglik opóźniła się o 7 dni.

Dalszym ciągiem tych wyników było określenie, jakiej okoliczności należało przypisać ten hamujący wpływ trzustki na rozwój drobnoustrojów, a pierwszym krokiem w tym kierunku było rozwiązanie pytania, czy i o ile ciepota wyżej 60°C. zmienia owo działanie wyciągu trzustkowego.

Trudności jednak techniczne zniewoliły autora do pewnych zmian w podanej powyżej metodzie; toteż w następnych swych doświadczeniach używa autor już nie wyciągu trzustkowego, lecz pankreatyny MERCK'a i proszku pankreatynowego ENGESSER'a, i zamiast żelatyny, którą obydwie te preparaty niezmiernie energicznie przetrwały, agaru. Agar taki zawierał w pierwszych doświadczeniach autora 5% proszku pankreatynowego, po 1% peptonu i agaru, i 0,5% soli kuchennej, przy czem poddany był *in toto* zwykłemu działaniu wysokiej ciepłoty przy wyjaławianiu.

Otrzymane wyniki były niezmiernie ciekawe. Przedewszystkiem okazało się, że *b. coli* i l. duru brzuszego rosły lepiej na agarze pankreatynowym, niż na zwykłym bulionowym, wobec czego upadła obawa autora co do małej pożywności wyciągów z trzustki. Następnie hodowle *b. coli* wykazały tyle cech odmiennych od hodowli l. duru brzuszego, jak to się nie zdarza nigdy na żadnej z używanych zwykłych pożywek. Już na 3—5 dzień zaczęła hodowla *b. coli*, w przeciwstawieniu do l. duru, tracić swój sadowaty wygląd, i po 5—6 dniach przedstawiała się pod postacią suchej, pomarszczonej błonki, pomimo że pod drobnowidzem żadnych zmian w ukształtowaniu tej bakterii zauważyć nie można było.

Co się tyczy pozostałych trzech gatunków drobnoustrojów, to najmniej zmieniły swój wygląd hodowle gronkowca złocistego; były one tylko cokolwiek bledsze, natomiast hodowle l. węglik miały jakiś bardziej suchy i błyszczący wygląd, niż zwykle, a hodowle przecinkowca powoli brunatniały; zmianom tym makroskopowym towarzyszył pod drobnowidzem nadmiar postaci inwolucyjnych, obok szybkiego obumierania hodowli. Swoją drogą, i te trzy gatunki rozwijały się obficie na agarze pankreatynowym, niż na zwykłym.

Doświadczenia z gotowaną 5% pankreatyną wykazały, że drobnoustroje nasze rozwijają się wprawdzie jeszcze obficie, niż na agarze, zawierającym proszek pankreatynowy, ale nie wykazują w swych hodowlach żadnych cech morfologicznie odmiennych, jak to widzieliśmy wyżej w doświadczeniach z agarem, zawierającym proszek ENGESSER'a.

Należało jeszcze sprawdzić wpływ niegotowanej pankreatyny i proszku pankreatynowego na rozwój naszych bakterii. W tym celu przygotował autor po-

¹⁾ Ponieważ punktem wyjścia dla bardzo wielu pożywek służy bulion, używa autor tutaj pojęcia wodnej żelatyny w przeciwstawieniu do żelatyny bulionowej. (Ref.).

żywkę w ten sposób, że do jałowego i ogrzanego do 45°C. agaru, dodawał wyjałowionego zapomocą przesączenia przez filtr glinowy wodnego wyciągu pankreatyny i proszku pankreatynowego, w stosunku 2% substancji suchej.

Porównawcze badania, jakie z taką pożywką poczyniono, wykazały co następuje: *b. coli* okazał się znacznie mniej wrażliwym na działanie niegotowanej pankreatyny, niż *l. duru* brzuszego, to znaczy, że nie wykazał żadnej znacznej różnicy w rozwoju swych hodowli, nawet w porównaniu z hodowlami na agarze wodnym. Należy wszakże tutaj pamiętać o znacznej wyższości pod względem wartości pożywej agaru pankreatynowego nad agarą wodnym, przez co, prawdopodobnie został zrównoważony wpływ hamujący tej pożywki. W hodowlach bakterii *l. duru* brzuszego równowaga taka nie istnieje i hodowle te rozwijają się nawet gorzej od hodowli na agarze wodnym; stąd wniosek o większej wrażliwości tego lasecznika. Podobnie zachowywał się *l. wąglika*, w przeciwieństwie do gronkowca i przecinkowca, które znów rozwijały się jednakowo, a niekiedy nawet lepiej, niż na agarze wodnym.

Wszystkie te uwagi stosują się i do agaru, zawierającego 2% proszku pankreatynowego.

Co się tyczy wniosków ogólniejszych, jakie autor ze swej pracy wysnuwa, to te są istotnie niezmiernie ciekawe. Okazuje się przede wszystkim, że gruczoł trzustkowy w stanie świeżym posiada wpływ hamujący na rozwój drobnoustrojów w stopniu wyższym, niż preparaty sztuczne: pankreatyna i proszek pankreatynowy. Wykazało się to najwidoczniej na hodowlach gronkowca złocistego. Ten ostatni, jak również i lasecznik wąglika, jest znacznie wrażliwszy na działanie wyciągu trzustkowego, niż bakterie, które w stanie zdrowia lub choroby *par excellence* przewód pokarmowy zamieszkują. Co jest jednak najważniejsze, to fakt, że trzustka, obok swego niewątpliwie ważnego wpływu na sprawy przyswajania, wydziela ciała, które hamują zbytni rozwój drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym. Ciała te tracą swe własności przeciwbakteryjne pod wpływem wysokiej ciepłoty, co czyni prawdopodobnem przypuszczenie, że przyczyną tego zjawiska nie są pewne zmiany chemiczne w wydzielinie, ale raczej obumieranie samego gruczołu. — Wreszcie praca ta daje nam możność łatwego rozróżnienia dwóch, z wielu względów podobnych gatunków bakterii — *b. coli communis* i *l. duru* brzuszego, zapomocą hodowli na agarze, zawierającym 5% proszku pankreatynowego.

(*Centralblatt f. Bakteriologie Bd. XVII. N. 5—6*). W. Orłowski.

64. F. JOLLY. *Myasthenia gravis pseudoparalytica*. Autor proponuje powyższą nazwę dla postaci chorobowej, w ostatnich czasach wyodrębnionej i opisywanej jako pewna postać porażenia opuszkowego¹⁾. Sam spostrzegł dwa odnośne przypadki, z których pierwszy w swoim czasie rozpoznany został jako odrębna postać *dystrophiae muscul. progr.* Dotyczył on młodego chłopca, który cierpiał na osłabienie w obrębie całego prawie dowolnego układu mięśniowego; osłabienie to objawiało się głównie łatwym wyczerpywaniem się mięśni przy odpowiedniej czynności ruchowej, obejmowało nie tylko mięśnie kończyn i tułowia, lecz i mięśnie twarzy, dolnej szczęki i połykowe, wskutek czego zdarzały się ciężkie napady zakrzuszenia. Badanie elektryczne wykryło jedynie tę osobliwość, że mięśnie, po kilkakrotnem wprawieniu ich w tężec, kurczą się coraz słabiej pod wpływem odpowiedniego prądu i wreszcie czynią to jedynie przy użyciu bardzo silnych prądów (odczyn wyczerpania, który autor proponuje nazywać odczynem myastenicznym). Chory zmarł nagle wskutek uwięźnięcia w przelyku kęsa pokarmowego. Badanie pośmiertne nie wykryło zmian ani w układzie nerwowym, ani mięśniowym (drobnowidzowo mięśnie badane nie były).

Drugi przypadek dotyczy również młodego chłopca, u którego choroba rozpoczęła się opadaniem powiek przy dłuższym wysiłku wzrokowym. Wkrótce wy-

¹⁾ Ostatnio z kliniki NOTHNAGEL'a wyszła praca PINNELES'a (refer. w „Medycynie“ 1895 № 8), w której autor nazywa to cierpienie: „Bulbärer Symptomencomplex Typus ERB-GOLDFLAM“, albowiem ERB pierwszy ogłosił 3 odnośne spostrzeżenia, GOLDFLAM zaś pierwszy („Medycyna“ 1893) wyodrębnił tę postać chorobową, skreślił jej obraz kliniczny, zbadał charakterystyczny dla niej objaw łatwego wyczerpywania się mięśni i podniósł jego wartość kliniczną. W poniższej pracy JOLLY'ego nowym jest jedynie fakt zmienionego odczynu elektrycznego mięśni, zresztą w szczegółach nawet stwierdza on wyniki spostrzeżeń GOLDFLAMA. (Przyp. ref.).

stąpiło szybko zjawiające się zmęczenie w kończynach dolnych przy chodzeniu. Stopniowo zjawisko łatwego wyczerpywania się przy odpowiedniej czynności, objęło mięśnie kończyn górnych, karku, szczęki dolnej i wargowe. Po wypoczynku sprawność mięśni wracała, by ustąpić już pod wpływem niewielkich wysiłków. Od *dystrophia muscul. progr.*, za którą i ten przypadek początkowo był przyjmowany, różni się on tem, pomijając brak wszelkiego zaniku lub przerostu mięśni, że tu nie pojedyncze grupy mięśniowe utraciły na stałe swą sprawność, lecz mniej więcej cały układ mięśniowy dowolny w ten sposób dotknięty został, że po spoczynku przedstawia się on zdolnym do czynności, traci jednakże zdolność po krótkiej czynności, i wtedy właśnie czyni wrażenie porażenia; to ostatnie wszakże po pewnym wypoczynku mija i mięśnie odzyskują swą niestałą sprawność. Tego zjawiska wyczerpania, powiada autor, w żadnej innej chorobie w podobnie wybitny sposób nie spostrzegał, jakkolwiek widywał ślad jego w przypadkach *paralysis bulb. progr.*, *ophthalmoplegia nuclearis*, *atrophia muscul. progr.* Wyczerpanie się pewnej grupy mięśniowej oddziaływało wyczerpująco w pewnej mierze i na resztę układu mięśniowego. W przebiegu choroby przytrafiały się zwolnienia i nasilenia. Układ mięśniowy zresztą żadnych innych zбоcezeń nie przedstawia. Odruch kolanowy żywy, nie zawsze jednakowo. Badanie elektryczne, bardzo ściśle przeprowadzone, wykryło, że pobudliwość na prądy chwilowe jest prawidłowa; jeżeli wszakże mięsień nieco dłużej wprawiony zostanie w tętec (bądź bezpośrednio, bądź od nerwu), to wkrótce każdy następny skurcz tęcowy staje się słabszy, wreszcie mięsień kurczy się już tylko chwilowo przy zamknięciu prądu (faradycznego), pozostając przez resztę czasu działania prądu w coraz to słabszym, a ostatecznie zupełnie ginącym napięciu. Po krótkiej ($\frac{1}{4}$ —1 minuty) przerwie, lub też wskutek wzmocnienia prądu, tętec zaczyna trwać przez cały czas działania prądu, by stopniowo, jak wyżej, osłabnąć. Stosunki te dobrze unaocniają odpowiednie tablice graficzne. Godny uwagi jest fakt, że mięsień, wyczerpany przez bodziec elektryczny, okazuje wyczerpanie i względem bodźców woli, i odwrotnie. Powyższe zjawiska każą przypuszczać jakiś stan anormalny w samych mięśniach, pewne zбоcezenie w chemizmie mięśni, które jest powodem owego łatwego wyczerpywania się ich. Pewną analogię, choć w znaczeniu przeciwnem, przedstawia jedno cierpienie układu mięśniowego, znane pod nazwą choroby THOMSEN'a, w którym mięsień także zarówno na bodźce woli, jak i na podrażnienie elektryczne odpowiada początkowo skurczem przedłużonym, który stopniowo przechodzi w prawidłowy. Wiadomo także, że pewne jady, jak: weratryna, fyzostygmina, digitoksyna, wprawiają mięśnie w stan, przypominający chorobę THOMSEN'a, zaś protoweratryna w pierwszym okresie swego działania sprowadza zjawisko łatwego wyczerpywania się mięśni, jak przy myastenii. Fakta te potwierdzają hipotezę o zбоcezeniach w chemizmie mięśni, jako bezpośredniej przyczynie objawów myastenii. Czy jednak te przypuszczalne zmiany w mięśniach nie stoją w zależności lub związku z pewnemi zбоcezeniami w ośrodkowym układzie nerwowym, temu zaprzeczyć nie można wobec faktu, że odczyn elektryczny mięśni, podobny lub nawet identyczny z odczynem myastenicznym, opisał dawniej już BENEDIKT w przypadkach porażenia mózgowych, mianowicie z zajęciem półkul. Z drugiej strony MOSSO stwierdził, że mięśnie osobników zdrowych pod wpływem nadmiernej pracy umysłowej, jakkolwiek pozostawały w spokoju, okazują łatwe wyczerpywanie się zarówno względem bodźców woli, jak i prądu elektrycznego. Jeżeli istotnie pierwotne siedlisko cierpienia znajduje się w ośrodkowym układzie nerwowym, to należy je umieścić nie w rdzeniu przedłużonym, jak to większość autorów czyniła dotychczas, lecz albo w całej rozciągłości osi mózgodzeniowej w miejscach powstawania nerwów ruchowych, lub też powyżej na przebiegu dróg piramidalnych, między odnogami mózgu a zawojami mózgowymi. Dotychczas jednak brak pewnych danych co do zmian anatomicznych w układzie nerwowym; nie stwierdzono ich również i w układzie mięśniowym; jednak autor mniema, że pewna grupa myastenii okaże się prawdopodobnie cierpieniem czysto mięśniowym. Wobec nieustalonej więc dotąd patogenetyki cierpienia, autor proponuje swoją nazwę *myasthenia gravis pseudoparalytica*, jako opartą na najbardziej charakterystycznym objawie klinicznym. Omawiając w krótkości leczenie tego, bądź co bądź w wielu razach uleczalnego cierpienia, proponuje wypróbowanie środków, które farmakologicznie wywołują stan przeciwny myastenii, mianowicie stan myotoniczny; są to: weratryna, fyzostygmina i t. p.

(*Berlin. klin. Woch.* 1895. N. 1).

Bernstein.

65. PETERSEN. **Uwagi krytyczne nad leczeniem raka, podanem przez EMMERICH'a i SCHOLL'a (*Erysipelserum*)**. Niezmiernie mała ilość spostrzeganych przypadków, krótki czas obserwacji, zresztą bardzo wątpliwe wyniki leczenia, bynajmniej nie upoważniają, zdaniem PETERSEN'a, do wyprowadzania tych wniosków, jakie podali EMMERICH i SCHOLL. P. zaznacza, że kliniczna obserwacja była tak powierzchowna, że w żadnym przypadku nie przeprowadzano badania drobnowidzowego leczonych nowotworów. Każdy np. powiększony gruczoł u dotkniętego rakiem chorego, uważano za rakowy, tymczasem przy wrzodziejących rakach bardzo często mamy do czynienia ze zwykłym stanem zapalnym gruczołu i zmniejszanie się jego niczego nie dowodzi. Niemniej od klinicznych spostrzeżeń, pozbawione są wszelkiego krytycyzmu teoretyczne dowodzenia wspomnianych autorów; przypadki bowiem niby wyleczonych nowotworów, pod wpływem bądź to przypadkowej, bądź umyślnie szczepionej róży, na zasadzie których E. i S. tyle dobrodziejstw oczekiwali od swego środka, bynajmniej nie mogą być uważane za rzeczywiście wyleczone, gdyż zmniejszenie lub rozmiękanie nowotworu nie jest jeszcze dowodem wyleczenia. Zresztą większość autorów, jak BRUNS, BUSCH, BIEDERT, mówią tylko o mięsakach, uleczonych przez różę, a BRUNS nawet w całej zebranej przez siebie literaturze nie znalazł ani jednego przypadku raka, wyleczonego pod wpływem róży. Zdaniem PETERSEN'a, nie mieli E. i S. żadnej podstawy do budowania swej teorii na zasadzie przypadków przytoczonych przez nich autorów. Doświadczenia COLEY'a, które miały posłużyć tym autorom za główną podstawę ich twierdzenia, o wynalezionym nareszcie swoistym środku, również zostały mylnie zrozumiane przez tych autorów, gdyż doświadczenia COLEY'a dotyczyły jedynie mięsaków, stosował on przytem nie surowicę paciorkowcową, lecz wytwory ich — proteiny i toksyny. Zresztą KOCHER, stosując metodę COLEY'a, wyraźnie ostrzega przed złudną początkowo poprawą, gdyż w okresach późniejszych rozwój nowotworów złośliwych przyjmuje jeszcze większe rozmiary. Naiwnem wydaje się PETERSEN'owi podane przez E. i S. objaśnienie działania ich środka. Zdaniem tych autorów, środek ich ma zabijać pasorzyty rakowe, lecz pomijając już to, że etyologia raka dotąd jeszcze nie jest zupełnie wyjaśniona, trudno sobie przedstawić, aby wszystkie zmiany, zachodzące w komórkach rakowych pod wpływem surowicy, mogły być następstwem jedynie zniszczenia pasorzytów, których istnienie nie jest jeszcze wcale dowiedzione; racjonalniuszem wydaje się PETERSEN'owi przypuszczenie wpływu wysokiej ciepłoty, która wywołuje tłuszczowy rozpad komórek z następczem wessaniem ich. Takie zmiany w nowotworach mogą również nastąpić przy innych chorobach gorączkowych, jak tego dowodzą przypadki FISCHER'a i PLENIO.

PETERSEN w wywodach swych robi ciężkie wyrzuty E. i S., że, nie pomnąc na szkodę, jaką przyniosły nauce i chorem zbyt pohopne ogłaszania wyników leczenia tuberkuliną, pośpieszyli z ogłoszeniem swoistości swego środka przy tak zabójczym cierpieniu, jakim jest rak, i to na zasadzie danych, nie wytrzymujących żadnej krytyki. Chorzy, dotknięci tem cierpieniem, nieraz zwlekają z operacją, w swych skutkach niekiedy zbawienną; obecnie tembardziej unikać będą tego jedyne go środka leczniczego w oczekiwaniu pomocy od mniej niebezpiecznego i niby niezawodnego; tymczasem stracony czas bezwątpienia źle wpłynie na później wykonaną operację lub zupełnie ją uniemożliwi.

PETERSEN nie odmawia bynajmniej przyszłości nowemu środkowi; jest nawet zdania, że z czasem drogą, wskazaną przez E. i S., dojdziemy do skutecznej walki z tą straszną chorobą; lecz dotychczasowe wyniki są jeszcze zbyt niedostateczne, aby mogły być ogłaszane, a podane w ten sposób, dyskredytują naukę.

(*Deut. med. Woch. N. 20. 1895*).

66. P. BRUNS. **O leczeniu raka surowicą zwierząt, szczepionych paciorkowcami (*Erysipelserum*)**. BRUNS stosował surowicę EMMERICH'a w 6-ciu przypadkach nowotworów złośliwych (4 przypadki raka, 1 mięsaka i 1 chłoniaka złośliwego). Otrzymane wyniki zawiodły zupełnie położone w tym środku nadzieje; w żadnym bowiem przypadku nie widział autor jakiegokolwiek wpływu zastrzykiwań owej swoistej niby surowicy na przebieg choroby; nowotwór nie tylko nie znikał, lecz nawet się nie zmniejszał. Poboczne objawy występują, wbrew twierdzeniu EMMERICH'a i SCHOLL'a, dość często nawet po zastrzykiwaniu stosunkowo małych ilości surowicy; niekiedy objawy te są dość groźne, a w jednym przypadku gorączka i bóle w stawach trwały cały tydzień. Zdaniem BRUNS'a przyczyna tych objawów ubo-

cznych zależy od niedostatecznego wyjałowienia surowicy; rzeczywiście, badania, w tym kierunku przeprowadzone, wykazały, że po kilku dniach w surowicy tworzy się obfity męt i strzępki, składające się z drobnoziarnistej białkowej substancji i zawierające liczne żywe koki. BRUNS przychodzi do następujących wniosków: surowica przeciwrakowa nie jest bynajmniej środkiem obojętnym; w żadnym razie obecnie nie może ona współzawodniczyć z zabiegiem chirurgicznym w leczeniu nowotworów złośliwych. (Deut. med. Woch. N. 20. 1895). M. Fraenkel.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. kwiecień r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 15 (m. 8, k. 7); przybyło w kwietniu 42 (m. 22, k. 20); wypisało się 28 (m. 13, k. 15); zmarło 4 (m. 2, k. 2); pozostało na następny miesiąc chorych 15 (m. 8, k. 7).

Ogólna ilość chorych była taka sama, jak w ubiegłym miesiącu, a znacznie mniejsza, niż w kwietniu roku zeszłego, a to dzięki bardzo rzadko występującej w dalszym ciągu ospie, która jednakże obecnie nieco częściej pojawiać się zaczyna. Mieliśmy jej w ubiegłym miesiącu 5 przypadków, wyłącznie u mężczyzn, z których jeden, jakkolwiek ospę miał szczepioną, zmarł z powodu ciężkiej ospy krwotocznej; nieszczepionych chorych było dwóch. Przypadki ospy pochodziły z następujących ulic i domów: Długa 10 i 46, Czerniakowska 51, Ogrodowa 24 i Mińska 11.

Częściej również, niż w ubiegłym miesiącu, występował tyfus wysypkowy, którego mieliśmy przypadków 9 (m. 8, k. 1); niektóre z nich miały przebieg dość ciężki, wszystkie jednak zakończyły się pomyślnie. Chorzy przybyli z ulic: Rybaki (przytułek noclegowy), Dzika 47, Marszałkowska 71, Mokotowska 58, Czerniakowska 36, Ogrodowa 63, Mińska 72. Jeden chory przybył ze statku na Wiśle; jeden z m. Witebska. W niektórych z wyliczonych domów (Marszałkowska 71, Ogrodowa 63) istniały większe ogniska epidemiczne.

Nieco mniej, niż w ubiegłym miesiącu, mieliśmy róży, a mianowicie przypadków 7 (m. 2, k. 5); wszystkie zakończyły się pomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic: Krakowskie Przedmieście 40, Pańska 50, Konwiktorska 5, Browarna 12, Podwał 13, Hoża 18 i Średnia 8.

Rzadko w dalszym ciągu występują: odra, błonica i płonica, z których każdej mieliśmy po 2 przypadki u dorosłych. Wszystkie miały przebieg łagodny i pomyślny.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 4 przypadki *anginae follicularis*, 2 zapalenia płuc włóknikowego, oraz po jednym przypadku: duru brzuszego (Kamienna 5), biegunki krwawej (Łódź), zimnicy i ostrego nieżytu żołądka i kiszek (Solec 10) z objawami choleryny.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych, którzy chwilowy przytułek w szpitalu znaleźli, mieliśmy: 3 przypadki pokrzywki i po jednym przypadku niestrawności ostrej i krwotoku mózgowego, zakończonego śmiertelnie.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 14 (m. 3, k. 11).

Jakkolwiek w ubiegłym miesiącu ospa wyraźniej nieco, niż w ostatnich miesiącach, występowała, niepodobna wszakże nie zaznaczyć ogromnego postępu, jaki miasto nasze w walce z tą chorobą zrobiło. Zestawiając 2 półroczna, od października do kwietnia r. 1893/4 i 1894/5, przekonywamy się, że, gdy w pierwszym z nich mieliśmy w szpitalu Zapasowym 142 przypadki ospy z 36 niepomyślnymi, z których 32 było nieszczepionych, to w ostatnim—tylko 18 z trzema śmiertelnymi, z których 2 były nieszczepione. Z danych statystycznych magistratu dowiadujemy się, że kiedy np. w r. 1889 zmarło w Warszawie na ospę chorych 793, to w r. z. tylko 207, a w ciągu ostatnich 7 miesięcy, od września do marca r. b., zaledwie 43 chorych, przyczem, jak stwierdzono, wszystkie zmarłe dzieci nie miały szczepionej ospy. Tak pomyślne wyniki osiągnięte zostały dzięki rozumnym środkom ochronnym, głównie zaś temu, że w ciągu ostatnich 5 lat w stacyach bezpłatnego szczepienia ospy zaszczepiono ospę ochronną przeszło 80,000 dzieciom i dorosłym.

Sądzę, że wobec tak gorliwych i skutecznych zabiegów miasta, nie zbyt cennym będzie życzenie, aby wszystkie szpitale nasze, w których rocznie przeszło 20,000 chorych się przewija, również udział brały w walce z ospą, przez szczepienie i rewakynację wszystkim nowowstępującym do nich chorym, jak to ma miejsce z pożytkiem dla chorych i szpitala już od kilku lat w szpitalu Zapasowym. Przy takich zabiegach niedalekim będzie czas, kiedy i Warszawa, narówni z innymi miastami, szczycić się będzie mogła zupełnem stłumieniem ospy.

J. Szwajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— RENDU ogłosił pomyślne wyniki stosowania elektryczności przy wymiotach u ciężarnych, podług GAUTIER'a i LARAT'a. Biegun dodatni stawia on między przyczepem mostkoobojczykowym mięśnia mostkoobojczykosutkowego, ujemny, wielkości 10 cm., w okolicy pępka; posiedzenie trwa $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny. (Deutsch. Aerzte Ztg. № 7. 1895).

— LEDERMANN z Berlina miał na zjeździe dermatologów we Wrocławiu w r. z. odczyt, w którym zakomunikował dalsze spostrzeżenia nad wprowadzoną przezeń w użycie rezorbiną (*resorbinum*). Rezorbina jest mleczanką, przygotowaną w pewien sposób z oleju migdałowego i wosku z niewielkim dodatkiem lanoliny, i mającą, dzięki minimalnej domieszce żelatyny i mydła, swoistość masła. Daje się ona używać jako zaróbka do przygotowania maści ze wszystkich znanych i używanych w tym celu środków leczniczych; jedna tylko rezorcyna powoduje po pewnym czasie rozpyływanie się masy, skutkiem czego autor zaleca przepisywanie maści rezorcyno rezorbinowej w niewielkich tylko ilościach naraz. I. Własności rezorbin jako leku polegają 1) na jej działaniu „chłodzącem” skutkiem zawartości wody, 2) na niezmiernie łatwym wchłanianiu jej przez nieuszkodzone powłoki skórne, w następstwie nadzwyczajnego rozdrobnienia zawartego w niej tłuszczu. 1) Jako maść „chłodząca” rezorbina zmniejsza swędzenie i działa przeciwzapalnie; stąd korzystnie może być używana przy *pruritus senilis* per se lub z tumenolem), przy *prurigo* (z naftolem i siarką), natomiast, z powodu właśnie zawartości wody, nie nadaje się przy pryszczycy wilgotnej lub silnie ropiejących powierzchniach. 2) Ze względu na bardzo łatwe przenikanie przez skórę, działa doskonale przy *eczema impetiginosum* i *squamosum*, *psoriasis*, *seborrhoea sicca* i *eczema psoriasiforme* (NEISSER), szczególnie w połączeniu z kwasem salicylowym i siarką; przy *ichthyosis*; przy zawodowych podrażnieniach skóry, powodujących pęknięcie naskórka i owrzodzenia (ręce u chirurgów, u zajmujących się politurowaniem). II. Jako zaróbka do maści rezorbina okazała się szczególnie skuteczna przy ostrawej i przewlekłej pryszczycy (z przetworami cynku, bizmutu, rtęci i dziegciu), przy *psoriasis* (10% chryzarybiny), przy swierzbie (30% balsamu peruwiańskiego lub 10% naftolu i 6% siarki). Zastępuje doskonale glicerynę do tamponów pochwowych (szczególniej z jodkiem potasu i ichtyolem), przyczem nie brudzi bielizny i ciała chorej, jak to ma miejsce z gliceryną. Dalej doskonałe wyniki otrzymywano przy stosowaniu 33 $\frac{1}{3}$ % szaruchy, zarobionej rezorbiną (*ungt. hydrarg.*

ciner. c. resorbino parat.) i odpowiadającej oficynalnej *ungt. cinereum*; po 5—8 minutach łagodnego wcierania maść zupełnie przenika w skórę, która przedstawia w tem miejscu matową, szarą i nietłustą, a skutkiem tego niebrudzącą prawie bielizny powierzchnię. Z powodu tak szybkiego wchłaniania i łatwiejszego przeto występowania zapaleń jamy ustnej, autor zaleca stosowanie względnie mniejszych dawek, niż *ungt. ciner. offic.* HAHN (w „Monatsh. f. pract. Dermatol.” T. XIX. 1895) bardzo zaleca rezorbinę przy trądziku i pryszczycy twarzy, przy *pruritus vulvae* (z cynkiem i siarką), głównie zaś zachwala ją jako *vehiculum* dla szaruchy. (Berl. klin. Wochenschr. № 12. 1895). St. R.

— FERNET na posiedzeniu Towarzystwa terapeutycznego w Paryżu mówił o dobrych wynikach leczenia gruźlicy płucnej w początkowych jej okresach zapomocą wstrzykiwań śródmiąższowych do płuc płynów przeciwnilnych. Autor używał do wstrzykiwań w ilości 30 centigramów następującej mieszaniny: *naphthol-β* 40 centigr., *mucil. gummi* 20 centigr., *aq. destill.* 20 gramów. Na temże posiedzeniu zalecali tę metodę leczniczą C. PAUL i DESQUELLE, stawiając ją wyżej od metody leczenia zapomocą wzięcia. (La semaine med. № 17, 95.) S. M.

— WEILL i BARION donoszą, że w szpitalu dziecięcym w Lyonie 20 dzieci zapadło na tryprowe zapalenie pochwy z gonokokami w ciągu kilku dni. Okazało się, że zarażenie zostało spowodowane przez termometry. Termometry przed użyciem ich były pogrążane w wodzie karbolowej 25 na 1000, wycierane ręcznikiem, a potem pogrążane w waselinę z kwasem borowym. Dezynfekcyja ta okazała się jednak niedostateczną. (Lyon med. № 8. 1895) S. M.

— KOSSEL twierdzi, że o ile lasecznik ropy błękitnej jest dla dorosłych po większej części nieszkodliwy, o tyle jest niebezpieczny dla dzieci, a szczególnie dla ssawców. K. spostrzegł cztery przypadki zapalenia ucha średniego, wywołane przez tego lasecznika, a z 52 przypadków zapalenia opon mózgowych, w ośmu wykazał obecność lasecznika ropy błękitnej. Lasecznik ten działa bądź przez swą obecność, bądź przez wpływ swych wytworów. (Zeit. f. Hyg. u. Inf. XVI. str. 368).

— GUBAROFF z Dorpatu stosuje z dobrymi wynikami następujące leczenie eklampsji. Morfina podskórną w małych lecz częstych dawkach (0,015 około 6-ia razy w ciągu 24 godzin). Stosownie do ilości moczu, ławatywy z chloralu, a tylko przy operacyjnych zabiegach lekka narkoza chloroformowa. Oprócz tego, wszelkie środki zewnętrzne, które pobudzają działalność skóry: wilgotne ciepłe obwijania,

codziennie kilka razy obmywania ciała ciepłą mieszaniną alkoholu z solą i octem, kąpiele parowe. W celu gruntownego opróżnienia kiszek stosuje *natrium* i *magnes. sulph. aa.* Zwraca szczególną uwagę na działalność kiszek. Oprócz diety mlecznej i wód mineralnych, stosuje miejscowo na okolicę nerek ciepło w postaci dużych czworobocznych worków gumowych, napełnionych gorącą wodą, co ma znakomicie wpływać na wydzielanie się moczu. Po zastosowaniu tego środka autor widział szybko znaczną poprawę, a wkrótce wyzdrowienie w 3 nader ciężkich przypadkach. Ciągłe stosowanie miejscowo ciepła na okolicę nerek G. poleca zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie ilość moczu jest bardzo mała, przy znacznej zawartości w nim białka. (Cent. f. Gyn. 1895. 3) S. M.

== DUPLAY podaje nowy sposób leczenia torbieli maziowych (*ganglion*). Torbiele te, najczęściej napotymane w okolicy stawu napięstkowego, leczono dotychczas zapomocą zgniecenia, przekłucia i wycięcia nożem. Wiadomo, że zgniecenie niezawsze się udaje, nadto powroty zdarzają się nieraz nawet po wyłuszczeniu torbieli. Sposób DUPLAY'a polega na zastrzyknięciu sprząką PRAWAZ'a jodiny, w ilości 5—12 kropeł. Po zastrzyknięciu należy nałożyć opatrunek aseptyczny z waty i bandażu (bez szyny). Trzeciego lub czwartego dnia widać, że torbiel się zmniejsza bez śladów widocznego zapalenia, prócz niewielkiej czułości przy naciskaniu; w większości przypadków wyleczenie następuje w 5--9 dni. W torbielach większych lub

tych, które po pierwszym zastrzyknięciu niewiele się zmniejszyły, trzeba robić powtórne zastrzyknięcie. Tym sposobem leczył D. 15 torbieli większych i mniejszych. Jeden przypadek dotyczył torbieli, która powróciła po dwóch wycięciach, dokonanych przez innego chirurga; u tego chorego wyjątkowo wykonano 4 zastrzyknięcia, a wyleczenie nastąpiło po 5-ciu tygodniach. (Archives gén. de médecine—XII. 94.)

W. S.

== ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE w odczycie swym na posiedzeniu Akademii Medycznej w Paryżu, zaleca w rozwolnieniach u dzieci podawanie antypiryny. Zwłaszcza środek ten ma być bardzo skuteczny w przewlekłych postaciach, przebiegających równocześnie z cierpieniami skóry (*eczema, impetigo*). Autor dzieciom rocznym przepisuje antypirynę w następujący sposób: *Antipyrini* 0,50; *symp. simpl.*, *Aq. dest. aa* 50,0. DS. łyżeczka od kawy co 2 godziny. Dzieciom powyżej roku, autor zaleca powiększać dawkę antypiryny o 0,50 co każdy rok wieku dziecka. (Lyon méd. № 18. 1895.) S. M.

== CERVELLO na zasadzie swoich doświadczeń twierdzi iż jed obniża ciepłotę gorączkujących suchotników. W tym celu zaleca obmywania skóry lub wstrzykiwania 1 ctm. szsć. następującej mieszaniny: *iodium puri* 1,0, *natri jodati* 10,0, *aq. dest.* 100. (Lyon méd. 13. 1895.)

S. M.

== PFUHL wykrył w wodzie wodociągu berlińskiego wibryona Miecznikowa (Z. f. H. u. Inf. 1894 str. 234).

Wiadomości bieżące.

— Główny zarząd więzień ma zamiar w tym roku jeszcze otworzyć w niektórych miastach stacje antropometryczne. Pomiedzy innymi podobne stacje mają być otwarte i w Królestwie Polskiem.

— Wyszedł w Paryżu pierwszy numer nowego miesięcznika „*Révue clinique d'androgologie et de gynécologie*“ pod redakcją d-ra P. HAMONIE.

— Nakładem G. THIEME w Lipsku, a pod redakcją d-ra OLDENDORFF'a zaczęło wychodzić pismo p. t. „*Zeitschrift für sociale Medicin*“, organ poświęcony ogólnym sprawom stanu lekarskiego. Każdy tom składać się będzie z 6 zeszytów. Cena jednego tomu 6 marek.

— III międzynarodowy zjazd Fizyologów odbędzie się w Bernie pomiędzy 9 a 13 sierpnia r. b.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych, po lekarzach pozostałych, uprasza wszystkich Członków tejże Kasy o przybycie na ogólne zebranie, odbyć się mające w piątek dnia 7-ego czerwca r. b., o godzinie 7½ wieczorem w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7), w celu wysłuchania publicznego zdania sprawy z działań Komitetu Kasy Wsparcia za rok 1894, stosownie do przepisu § 13 obowiązującej ustawy.

Oddzielne imienne zaproszenia do Członków rozsyłane nie będą; przeto Komitet uprasza Redakcyę innych pism peryodycznych miejscowych o powtórzenie tego ogólnego zaproszenia.

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

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводжено Цензурою. Варшава, 18 Мая 1895 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.