

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Przyczynki do chirurgicznego leczenia chorób mózgu. Podali W. Biegański i W. Wrześniowski. — Eparsalgia, t. zw. „naderwanie się”. Napisał Seweryn Sterling (Łódź). (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 115. Wyniki anatomo-patologicznego badania ucha przy odrze. 116. O przepuszczalności ścian przewodu pokarmowego dla drobnoustrojów. — Wystawa higieniczna w Warszawie. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 22 września r. b. — **Notatki bibliograficzne.** — List otwarty do Redakcyi „Medycyny”. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Ogłoszenia.**

## „Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Biegański et D-r W. Wrześniowski — Contributions au traitement chirurgical des maladies du cerveau.  
2) D-r S. Sterling — De l' Eparsalgie.

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

## „Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Biegański und D-r W. Wrześniowski — Beiträge zur chirurgischen Behandlung der Gehirn-Krankheiten.  
2) D-r S. Sterling — Ueber die Eparsalgie.

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

ZE SZPITALA N. M. P. W CZĘSTOCHOWIE.

## PRZYCZYNKI

DO

## CHIRURGICZNEGO LECZENIA CHOROÓB MÓZGU.

Podali W. Biegański i W. Wrześniowski.

### I. Rana głowy z wgnieceniem kości, *alexia*, *hemianopsia homonyma dextra*, wyleczenie po trepanacyi.

W dniu 24 grudnia 1895 r. wieczorem po wigilii, we wsi Wysoka pow Będzińskiego kilku robotników fabryki cementu wpadło do mieszkania niejakiego O. . . , gdzie znajdował się w gościnie Paweł Łysakowski, dozorca przy magazynie w tejże fabryce cementu. W bójce, jaka stąd wynikła, ugodzono Łysakowskiego kawałem sztaby żelaznej w głowę. Łysakowski po uderzeniu upadł nieprzytomny, po kilku jednak minutach docucony wodą przez otaczających wstał i o własnych siłach wrócił do swego mieszkania. Ranę na głowie opatrzył mu najpierw felczer fabryczny, a następnie lekarz, d-r LEVY z Zawiercia. W dalszym ciągu choroby rana na głowie nie goiła się, chory przytem był apatyczny, osłabiony, uskarżał się na ból głowy i zamęt w czynnościach umysłu. Do dnia 14 stycznia 1896 r. stan był podobno bezgorączkowy, dopiero w dniach 14 i 15 stycznia zauważono u chorego gorączkę, dochodzącą do 38°, pewien stan bredzenia oraz nieprzytomność. D-r LEVY, spostrzegłszy na dnie rany wgniecenie odłamków kości, odesłał chorego do szpitala w Częstochowie.

Łysakowski Paweł, lat 50 wiku liczący, przybył do szpitala w dniu 17 stycznia 1896 r. Tutaj przy badaniu zauważono, co następuje: chory szczupły, wysokiego wzrostu, uskarża się na ból głowy niewielkiego zresztą natężenia oraz na zamęt w myślach. Rzeczywiście, rozpytując się chorego o szczegóły wypadku, jakiemu uległ, zauważyliśmy wyraźną utratę pamięci. Chory naprzykład pamiętał, że wypadek miał miejsce 24 grudnia, nie pamiętał jednak, ile czasu upłynęło od wypadku, jak się nazywał robotnik, który go uderzył w głowę, dnia badania i t. p. Widocznem było, że wszystko to, co zaszło po wypadku, w ciągu trzech ostatnich tygodni, chory bardzo niewyraźnie sobie przypominał, tymczasem zdarzenia przed wypadkiem dość dobrze pamiętał. Pamiętał, jak dawno pracuje w Wysokiej, gdzie dawniej pracował, gdzie się urodził i tym podobne daty. Odpowiedzi jednak na te wszystkie pytania dawał po długim namysle i z pewną trudnością, a to z powodu częściowej utraty pamięci nazw przedmiotów i imion własnych. Nazwisko felczera i lekarza, którzy go opatrywali, z trudnością tylko przypominał sobie, jakkolwiek obu ich oddawna znał dobrze. Z taką samą trudnością przypominał sobie nazwisko fabrykanta w Zawierciu, gdzie przez rok poprzednio pracował. Przedmioty pokazywane mu (jak: lejek, garnuszek, szklankę, nóż i t. p.), poznawał i mianował je bez błędu, za to w poznawaniu drobnej monety, miedzianej i srebrnej, często się mylił.

Chory był widocznie dość inteligentny; jako dozorca magazynu umiał dobrze czytać, pisać i rachować. To też przy badaniu okazał wielkie zdumienie, a nawet przestrach, gdy przekonał się, że utracił zdolność czytania. Rzeczywiście, przy badaniu okazało się, że chory zupełnie nie może czytać; ani jednego, nawet najkrótszego wyrazu nie udało mu się złożyć. Pojedynczych liter również nie rozpoznaje: z całego alfabetu zaledwie dwie lub trzy litery rozpoznał; innych albo zupełnie nie rozpoznawał, albo błędnie mianował. Pisze dobrze. Kazaliśmy mu napisać wszystkie miesiące w roku, dnię w tygodniu, własne imię i nazwisko, i napisał to wszystko bez błędu. Dyktowano mu również całe zdania i te także bez błędu i bez trudności pisał. Napisanego jednak przez siebie nie był w stanie przeczytać. Nie mógł przeczytać nawet swego własnego podpisu (imienia i nazwiska). Również nie mógł przepisywać z książki. Cyfry pisał dobrze i dobrze je odczytywał; odczytywał bez błędu nawet 6-io i 7-io cyfrowe liczby. Dodawał i odejmował z pamięci i na piśmie dobrze; tabliczkę mnożenia umiał bez błędu; godziny na zegarku rozpoznawał dobrze. Potrafił także przerysować rozmaite geometryczne figury (trójkąty i czworokąty).

Przy dalszem szczegółowem badaniu układu nerwowego nie znaleźliśmy żadnych zmian. Nie było wcale porażenia w kończynach, ani w zakresie jakiegokolwiek nerwu czaszkowego. Żrenice były równe i oddziaływały dobrze na światło. Badanie oftalmoskopowe (dokonane przez kol. HOLCA) wykazało tylko nieznaczne przekrwienie żyłne na dnie lewego oka. Przy badaniu zaś pola widzenia znaleziono: *hemianopsia homonyma dextra*. Barwy rozpoznaje względnie dobrze (badanie na włóczkach).

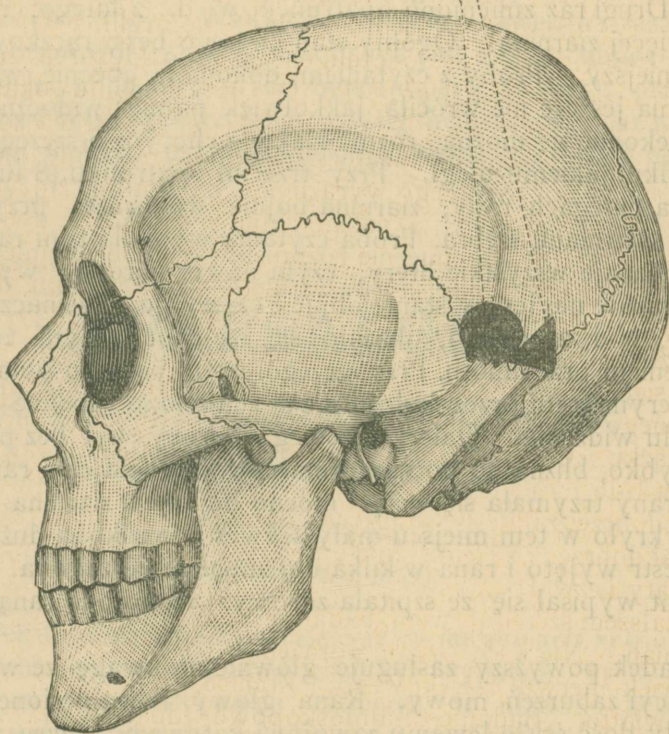
Inne narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają.

Badanie rany: na lewej stronie głowy, na granicy okolicy ciemieniowej i potylicowej, mniej więcej na środku pomiędzy otworem słuchowym zewnętrznym a środkową podłużną linią głowy zauważyliśmy małą ranę, nie więcej nad jeden ctm. długości, z wystającą na brzegach ziarniną i niewielkiem ropieniem. Ostrożne badanie zgłębnikiem wykazuje, że zgłębnik na dnie ra-

ny natrafia na kość; posuwając zgłębnik po kości, natrafiamy na brzegi kostne nierówne, zazębione. Badanie palcami okolicy rany wskazuje również wgniecenie odłamka czaszki na pewnej ograniczonej przestrzeni. Stan chorego znaleźliśmy prawie bezgorączkowy ( $37,5^{\circ}$ ).

Z całego powyższego badania wyprowadziliśmy następujący wniosek: wskutek uderzenia sztabą żelazną nastąpiło ograniczone złamanie czaszki z lewej strony w tylnej części okolicy ciemieniowej. Odlamki kostne zostały wgniecione na  $\frac{1}{2}$  ctm. Jako następstwo tego złamania z wgnieceniem odłamków wystąpiły objawy następujące: częściowa utrata pamięci nazw (*amnesia partialis*), zupełna utrata zdolności czytania (*alexia verbalis et litteralis*) z zachowaniem zdolności czytania liczb i bez niemoty wzrokowej (*aphasia optica*); na koniec półwzroczność połowiczna prawa (*hemianopsia homonyma dextra*) bez utraty poczucia barw.

2.kostne odłamki.



Według anatomii HENLE'go.

Wobec takiego rozpoznania postanowiliśmy usunąć wgniecione odłamki kości, jako prawdopodobne źródło zaburzeń inteligencji chorego. W dniu 19 stycznia r. b. przystąpiono do operacji pod chloroformem. Po ogoleniu głowy i dokładnem wymyciu skóry głowy zrobiono przez ranę półkuliste cięcie, wypukłą swą stroną zwrócone ku górze i przodowi, długie na 6 ctm.

Po rozszerzeniu brzegów cięcia na dnie rany widoczne były wgniecionie dwa odłamki kości: jeden odłamek bliżej ucha, mniej więcej okrągły, wielkości miedzianej monety 3 kopiejkowej, drugi bliżej środkowej linii głowy, postaci trójkątnej, długi  $2\frac{1}{2}$  ctm., szeroki u podstawy  $1\frac{1}{2}$  ctm. Brzegi tych odłamków wsunięte były pod otaczające kości czaszki i obrośnięte ziarniną. Miejsce wgniecionie na czaszce odpowiadało ściśle tylnemu zewnętrznemu kątowi kości ciemieniowej, zawartemu pomiędzy kością skroniową i kością potylicową. (Patrz rys. na str. 1023). Dla wydobywania tych odłamków przeprowadzono jeszcze od rany jedno cięcie dodatkowe po nad uchem ku przodowi. Następnie, otworzywszy szeroko ranę, wydłutowano brzegi kości czaszki, pokrywające odłamki, i dopiero wtedy ostrożnie wyjęto same odłamki. Na dnie tak utworzonej rany znajdowała się opona twarda, rozerwana tylko w jednym miejscu na niewielkiej przestrzeni przez podstawę trójkątnego odłamka. Teraz, oczyściwszy ranę, złączywszy brzegi dodatkowego cięcia szwem jedwabnym, nałożono na ranę opatrunek jodoformowy.

W pierwszych dniach po operacji chory był widocznie więcej odurzony i senny, nie wiedział, gdzie się znajduje, na ból głowy jednak się nie skarżył i stan był stale bezgorączkowy. Opatrunek pierwszy raz zmieniono dnia 27 stycznia, rana pod opatrunkiem okazała się czysta, pokryta w zupełności ziarniną. Drugi raz zmieniono opatrunek w d. 2 lutego; rana wypełniała się coraz więcej ziarniną. Ogólny stan chorego bezgorączkowy; chory o wiele przytomniejszy. Próby z czytaniem, dokonane obecnie, wskazują, że zdolność czytania jeszcze nie wróciła, jakkolwiek pamięć widocznie poprawiła się, o czym przekonać się można, rozmawiając z chorym o szczegółach z jego życia i wypadku, jakiemu uległ. Przy trzecim opatrunku (8 lutego) zauważono bliznę na brzegach rany, ziarnina bójnie wzrosnięta przypalona została kawałkiem saletrzanu srebra. Próba czytania wypadła tym razem pomyślniej. Chory rozpoznaje wszystkie litery, czyta nawet krótkie wyrazy, dłuższych jednak wyrazów nie jest w stanie objąć i częstą je przeinacza. Przy następnej próbie, w d. 21 lutego, okazało się, że chory czyta zupełnie płynnie, ze zrozumieniem przedmiotu. Przy szczegółowym badaniu pola widzenia, dokonaniem perymetrem przez kol. HOLCA, znaleziono zupełnie prawidłowe stosunki w polu widzenia. Dalszy przebieg choroby był bez powikłań. Rana goiła się szybko, blizna do początku marca zaciągnęła całą ranę, tylko w dolnym kącie rany trzymała się wciąż mocno bujająca ziarnina. Badanie zgłębnikiem wykryło w tem miejscu mały sekwestr (wielkości dużego ziarnka grochu); sekwestr wyjęto i rana w kilka dni zupełnie się zagoiła.

Pacjent wypisał się ze szpitala zdrowy, z zagojoną raną, w d. 20 marca 1896 r.

Przypadek powyższy zasługuje głównie na uwagę ze względu na sprawę lokalizacji zaburzeń mowy. Rana głowy i wgniecionie odłamki kości odpowiadały dość ściśle lewemu zawojowi kątowemu (*gyrus angularis*) kory mózgowej. Według ogólnie przyjętego poglądu zawój kątowy przedstawia ośrodek wzrokowy dla pisma, a zniszczenie lub jakiegokolwiek inne zajęcie tego ośrodka sprowadza niemożność czytania.

Przypadki MONAKOW'a, BERKHAN'a, DEJERINE'a, BRUNS'a i STOELTING'a, stwierdzone oględzinami pośmiertnymi, przemawiają za takim, a nie innym umiejscowieniem zdolności czytania <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Szczegółową literaturę tego przedmiotu patrz w pracy BIERNACKIEGO: Afazja w świetle badań współczesnych. Odczyty kliniczne. 1894 r.



Rozbierając klinicznie nasz przypadek i porównyując go z teoretycznymi szematami zaburzeń mowy LICHTHEIM'a i WERNICKE'go, musimy przyznać, że zaburzenie mowy w naszym przypadku odpowiada t. zw. podkorowej aleksyi powyższych autorów, gdzie przy zupełnej niemożności czytania, rozpoznawania liter i kopiowania, zdolność pisania samodzielnie i pod dyktandem była niezakłóconą. Tymczasem, sądząc z rodzaju samej sprawy patologicznej (wgniecenie odłamków kości, ucisk na korę), należałoby się spodziewać obecności czystej aleksyi korowej, gdzie obok niemożności czytania powinna występować i utrata zdolności pisania. Okoliczność ta dowodzi, że teoretyczne szematy, kunsztownie zbudowane dla wyjaśnienia zaburzeń mowy, nie odpowiadają rzeczywistemu przebiegowi sprawy. Zachodzi teraz pytanie, czem objaśnimy występowanie w naszym przypadku częściowej amnezyi i hemianopsyi? Pierwsza, częściowa amnezja nazw, da się chyba wytłumaczyć ogólnem osłabieniem czynnościowem kory mózgowej, wynikiem z miejscowego ucisku. Tłumaczenie takie odpowiada w zupełności najnowszemu poglądom krytycznym na zaburzenia mowy FREUND'a i GOLDSCHIEDER'a.

Co się zaś tyczy hemianopsyi, to objaw ten wikła bardzo często aleksyę, co łatwo zrozumieć można wobec topograficznego przylegania zawoju kątoowego do zrazu potylicowego. WERNICKE twierdzi nawet, na zasadzie opisanych w literaturze spostrzeżeń, że hemianopsya jest stałym objawem aleksyi. Probowano też objaśnić aleksyę przez hemianopsyę (KRIES); przeciw temu przemawiają jednak liczne spostrzeżenia czystej hemianopsyi bez aleksyi, oraz ta okoliczność, że aleksya ustępuje niekiedy wcześniej, aniżeli hemianopsya (przyp. BRUNS'a).

(D. n.).

## EPARSALGIA,

tak zwane „naderwanie się“.

Napisał **SEWERYN STERLING** (Łódź).

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 43).

Każdy wysiłek fizyczny zwiększa ciśnienie w naczyniach krwionośnych <sup>7)</sup> czyli powiększa pracę serca. Niemniej rzadki to wypadek, by ta zwiększona praca była przyczyną powstawania zaburzeń w układzie krwionośnym. To też zaburzenia takie następują jedynie przy współdziałaniu innych czynników sprzyjających. Czynnikiem takim przy eparsalgii jest przedewszystkiem—zawieszenie oddychania (*resp.* tegoż skutki).

Podczas zwykłej pracy fizycznej oddychanie wprowadza w grę pewien czynnik regulacyjny, który odpada przy zawieszeniu czynności oddechowych.

<sup>7)</sup> Kwas węglany, wytwarzany w nadmiarze przy większej pracy, wywoływać ma skurcz naczyń dużego obieg krwi. Przeciwno teorii tej wystąpił w czasach ostatnich JACOB, który inaczej tę sprawę tłumaczy: podrażnienie gałązek czuciowych w mięśniach pracujących powoduje równocześnie drogą odruchu i przyspieszenie czynności serca i skurcz naczyń dużego obieg krwi. Rzecz godna uwagi, że wzmożone ciśnienie przyczynia się do zmiłn mięśnia sercowego przy samogwałcie (BACHUS).

Bo przy pracy zwykłej, gdy głęboko i szybko oddychamy, powstaje podrażnienie nerwów czuciowych płuc, które odruchowo przenosi się na nerwy naczynioruchowe: te ostatnie rozluźniają skurcz ścian tętniczych dużego obiegu krwi (SONMERBRODT). To właśnie rozluźnienie napięcia ścian naczyńiowych stanowi klapę bezpieczeństwa dla serca: ciśnienie krwi się zmniejsza<sup>8)</sup>. Brak tego mechanizmu wyrównywającego podczas podźwigania jest przyczyną powstania zaburzeń w obiegu krwi: w tak niezwykłych warunkach serce i naczynia uleść muszą.

Jeszcze wszakże jedna gra wpływów wzajemnych między różnymi układami ciała decyduje o powstawaniu tych zaburzeń. Jak wiemy, ciśnienie w jamie brzusznej wzrasta się przy podźwiganiu; pomijając inne tego wzmożenia się skutki, proporcjonalne do stopnia, czasu trwania, szybkości zjawienia się i zniknięcia zwiększonego ciśnienia,—skutkiem niewątpliwym jest wyparcie części krwi z narządów krwionośnych jamy brzusznej, głównie z żył, jako posiadających ściany mało elastyczne. Krew wyparta uchodzi do tych okolic ciała, w których panuje małe ciśnienie: do skóry<sup>9)</sup>, tkanki łącznej podskórnej, jamy mózgowej; dopływaniu tej krwi w ilościach większych do serca na przeszkodzie stoi ucisk, jaki stęgały ściany klatki piersiowej i wzmożone ciśnienie w płucach panujące (z powodu zamknięcia głosi—MAREY) wywierają na serce i pnie naczyniowe (znów—żyły głównie<sup>10)</sup>.

Gra tych wszystkich czynników sprawia, iż ciśnienie w dużym obiegu krwi przy nagłym wysiłku fizycznym w pierwszej chwili wzrasta się<sup>11)</sup>. Długotrwałe jednak uciśnięcie wielkich pni żylnych ten skutek pociągać za sobą może, iż za mało krwi do serca przyplywa i stąd postawać może spadek ciśnienia w tętnicach—zarówno małego jak i dużego obiegu krwi. Wogóle więc obok przypadków, w których przeważa wzmożenie ciśnienia w tętnicach dużego obiegu, mamy inne z przewagą po stronie spadku ciśnienia.

Klinika wykazuje nam szereg przypadków, które powyższe rozumowania fizyologiczne stwierdzają. Jeżeli liczba dokładnie spostrzeganych przypadków jest bardzo szczupłą, zależy to w wielkiej mierze od niebrania pod uwagę czynnika etyologicznego, obecnie nas zajmującego. Niejeden przypadek, podobny do dalej przytoczonych, przypisywano bądź istniejącej już uprzednio wadzie sercowej, bądź daleko posuniętym zmianom patologicznym w mięśniu sercowym lub w naczyniach, bądź innym jakimś przyczynom, nie raz *ad hoc*, bez żadnej racji, wyszukiwanym. Pamiętać wszakże wypada, że znakomici klinicyści nagłemu wysiłkowi fizycznemu przypisują zdolność powodowania różnych zaburzeń chorobowych, jakkolwiek dotąd nikt o całości kształcie tych zaburzeń obszerniej się nie wypowiadał. A choćby objawy eparsalgii zjawiały się u osobników konstytucjonalnie usposobionych np. do

<sup>8)</sup> Czasem, co prawda, i ten spadek ciśnienia w naczyniach, gdy po za normę przejdzie, bywa przyczyną zaburzeń w obiegu krwi; serce stara się bowiem coraz szybszymi ruchami utrzymać ciśnienie w układzie naczyniowym na pewnym poziomie. Przypominam tu np. ból w okolicy sercowej, powstający przy bieganiu, lub z tejże przyczyny powstające objawy niedomogi sercowej.

<sup>9)</sup> W okolicy szyi i twarzy powstające przekrwienie żyłne (*stasis*) jest, w pewnej części, skutkiem skrócenia się *m. platysmae myoidis* i stąd powstającego ucisku żył szyjowych.

<sup>10)</sup> Mamy więc tu wbrew inne warunki, aniżeli zwykle; zamiast przyspieszania prądu krwi w żyłach, jak to czyni wdech zwykły, mamy przy wdechu długotrwałym, wobec panowania innych wyliczonych warunków—utrudniony dopływ krwi żyłnej do serca.

<sup>11)</sup> Sprzyja temu, w pewnym stopniu, ucisk tętnicy obojętkowej między pierwszem żebrzem a obojętkiem i tętnicy głównej—przez skurczoną przeponę. A i zastój w licznych żyłach odbić się z kolei musi na tętnicach, podwyższając w nich ciśnienie.

cierpień w układzie krwioobiegu<sup>12)</sup>, to niemniej bezpośrednią przyczyną choroby jest praca fizyczna w pewnych, już wyżej określonych, warunkach wykonywana.

Pośród zaburzeń ze strony serca, przy eparsalgii spostrzeganych, wymienić należy przede wszystkim t. zw. przerost serca samoistny (powiększenie serca samoistne, *idiopatische Herzvergrößerung*<sup>13)</sup>). „Widzimy czasem, mówi BAUER, jako skutek jednorazowego wielkiego wysiłku, powstający wysoki stopień rozszerzenia serca, który natychmiast pociąga za sobą groźne objawy w postaci niedomogi sercowej“. Niedomoga (*insufficiencia*) ta jest wynikiem przemogi (*Ueberanstrengung*) serca, najczęściej dzięki zwiększeniu ciśnienia powstającej. Wskutek rozciągnięcia mięśnia sercowego po za granice elastyczności—następuje osłabienie mięśnia; stan taki sprawia, że przy każdym skurczu serce nie opróżnia się dostatecznie, a że przy każdym rozkurczu krew przyływa, wynikiem być musi—anatomicznie: powiększenie serca, fizyologicznie: zaburzenia dalej wyłożone, na gruncie niedomogi powstające.

Zresztą i spadek ciśnienia w tętnicach dużego obiegu tenże skutek pociągnąć może. Bo serce wtedy wyczerpuje się, dzięki nadmiernej pracy, z jaką się stara wyrównać ciśnienie, a z chwilą nastąpienia pewnego choćby stopnia wyczerpania—serce coraz to mniejsze ilości krwi, w przeciągu pewnej jednostki czasu, z siebie wyrzucić jest w stanie; a wtedy następuje niezupełne opróżnianie się serca i tegoż skutki—w postaci przerostu serca samoistnego.

Kazuistyka przypadków takich nie jest liczna. FRAENTZEL opowiada o robotniku, który podniósł raz większą niż zwykle ilość kamieni i uczuł nagle silny ból z lewej strony klatki piersiowej; musiał natychmiast ciężar z rąk wypuścić i pracę porzucić. Wkrótce przyłączył się krótki dech, nieprawidłowa czynność serca, a po kilku tygodniach wystąpiły obrzęki. FR. rozpoznał: rozszerzenie serca. FREUDENTHAL przytacza, z kliniki BIERMER'a, przypadek następujący: stróż, lat 30, zupełnie zdrowy, uniósł beczkę bardzo ciężką i uczuł ból w krzyżu; od tego czasu zaczął cierpieć bicie serca i krótki dech; w trzy miesiące później, powróciwszy do pracy, uniósł ciężki wór, ale go musiał natychmiast rzucić z powodu bólu w okolicy serca, duszności, *orthopnoë*; w krótkim czasie potem przy badaniu okazało się: duszność, tętno drobne, szybkie, cwałowe uderzenie serca. Badania pośmiertne wykazało ogromne powiększenie serca. JACOB podaje przypadek taki: lekarz, lat 40, bezpośrednio po podniesieniu bardzo dużego ciężaru uczuł osłabienie, duszność, ciężkość, zimno w kończynach. Objawy te po godzinie ustąpiły, lecz od tego czasu chory skarżył się przy wysiłkach na krótki dech. Tętno 40—60, małe, twarde. I tu objawy były skutkiem rozszerzenia serca.

Przypadki, w których ściśle zanotowano zaraz po pierwszym objawie zaburzenia ze strony serca, są rzadkie, ponieważ zazwyczaj są to objawy niezbyt ciężkie i przemijają szybko. Gdy zaś powtórnie się zjawia i to w postaci ciężkiej, lekarz znajduje w wywiadach „jakieś przebyte zaburzenia ser-

<sup>12)</sup> Jako momenty uspasabiające do zaburzeń w układzie krwionośnym uważać należy: zatrucie alkoholem, nikotyne, niedokrwistość, niedostateczne odżywianie ustroju, wyczerpanie mięśni (i mięśnia sercowego) przez pracę. Wszystkie te wpływy wywołują utratę elastyczności mięśnia sercowego i naczyń.

<sup>13)</sup> Pod powiększeniem serca samoistnem rozumieć należy tylko te postacie, przy których nie można wykazać anatomicznych chorób zastawek, ani innych pierwotnych chorób w narządach, np. rozedmy płuc, zapalenia nerek, stwardnienia tętnic (obszernego) (BOLLINGER).

cowe“, które go zniewalają do wyłączenia w danym przypadku samoistnego powiększenia serca uprzednio zdrowego. Bo że wysiłek fizyczny pogarsza istniejące cierpienia serca, o tem mówić mi nie potrzeba, i dlatego nie przytaczam obszernej kazuistyki tych przypadków, w których eparsalgia była powodem wystąpienia poważnych zaburzeń u chorych sercowych (*resp.* mających mięsień serca stłuszczony, wysoki stopień zwyrodnienia naczyń lub t. p.).

Inną kategorię zaburzeń ze strony układu krwionośnego, jako skutek eparsalgii zjawiających się, mamy w powstawaniu wad (niedomykalność) zastawek aorty. LEYDEN przytacza przypadek pęknięcia zastawek aorty, w ten sposób powstały: mężczyznę silnego, lat 54, chorego na paraplegię — odwiedza rodzina; chory podejmuje do siebie na łóżko chłopca sześciolatnie, go; wysiłek wyczerpuje go do tego stopnia, że pada prawie omdlały, uczuwając dotkliwy ból w piersi: wywiązała się nagle niedomoga zastawek aorty z powodu przemogi. TODD widział przypadek nagłego rozdarcia zastawek aorty u robotnika w browarze, który wskutek wysiłku fizycznego nagle uczuł ból w piersi i trudność oddychania. FOSTER opowiada o dwu takich przypadkach. Majtek wskutek chwilowego nadmiernego wysiłku nabył niedomykalność zastawek aorty (stwierdzoną badaniem pośmiertnem). Palacz, lat 33, podnosił koszt węgli, naraz uczuł ból *in epigastrio*, padł bez przytomności; przy badaniu stwierdzono podwójny szmer w aorcie. Badanie pośmiertne, po dwu miesiącach, stwierdziło rozpoznanie.

FISCHER, PEACOCK i LINDMANN przytaczają około 30 przypadków samoistnego pęknięcia zastawek aorty „wskutek nadmiernego wzniesienia się ciśnienia tętniczego podczas wysiłku fizycznego“ (HEIDENHAIN).

HEIDENHAIN, pisząc o powstawaniu wad serca wskutek przyczyn mechanicznych, powiada: odróżnić należy od rozdarcia zastawek, przez uraz zewnętrzny powstającego, — częstsze pęknięcia od urazu wewnętrznego, z powodu wzmoczenia się ciśnienia przy silnym wysiłku fizycznym.

I tętniaki aorty powstawać mogą wskutek wysiłku fizycznego. „Nagły silny wysiłek może również sprzyjać powstawaniu tętniaka aorty“ — mówi STERN. „Ostre przemęczenie“ (wysiłek nagły) wspominają, jako przyczynę sprzyjającą powstawaniu tętniaków aorty: BAMBERGER, LEBERT, ALLBUTT i inni.

Nagłe zwiększenie ciśnienia w naczyniach, a jednocześnie zastój w żyłach, jest przyczyną wynaczynień, jakie w o k u przy eparsalgii widzujemy. Najczęściej wynaczynienia takie spotykamy pod łącznicą, ale i na siatkówce się zdarzają, a nawet notowano przy wysiłku fizycznym wylewy krwawe do ciała szklistego i do nerwu wzrokowego.

Wynaczynienie wskutek zwiększonego ciśnienia krwi (u osobników ze zdrowymi naczyniami) wywoływać może zmiany bardzo poważne w żołądku. BAMBERGER wskazywał, że wzmoczone ciśnienie wywołać może krwawienie żołądkowe. Spostrzeżenie to potwierdzili inni badacze. Czasem wszakże wynaczynienie na powierzchnię błony śluzowej jest początkowo nader nieznaczne. Zbyt mało krwi się wylewa, by mogła być ona w kale (lub wymiocinach) zauważoną; uraz ten jednak wystarcza, by miejsce uszkodzone punktem wyjścia w r z o d u ż o ł ą d k a się stało. Czasem uraz nie doprowadza nawet do wylewu na błonę; nacieczenie krwawe (*infiltratio haemorrhagica*) błony śluzowej i jej warstwy podśluzowej wystarcza, by ściana



żołądka stała się dostępną niszczącym ją wpływom soku żołądkowego. Gdy się zaś wrzód wytworzy, żrące jego własności doprowadzają czasem do nadżarcia ściany większego naczynia; wtedy krwotok następuje w jakieś parę dni lub tygodni po wypadku, będącym przyczyną eparsalgii.

Następujące przypadki EBSTEIN'a, które dla ich rzadkości przytaczam obszernie, ilustrują słowa wyżej powiedziane.

1) Robotnik Hattenhauer, lat 39, przybył do kliniki w Getyndze dnia 31. X. 94. Podaje, że choroba jego rozpoczęła się od chwili, gdy, będąc uprzednio zupełnie zdrowym, dźwignął worek wagi 2 cetnarów, a opuszczając go na ziemię, uczuł nagle „trzask w ciele“ („*Knack im Körper*“). Po krótkim odpoczynku mógł znów podjąć się pracy. W kilka dni po wypadku (27. IX. 93) wymiotował 4—5 litrów krwi; kał czarny. Na 3-ci dzień po wymiotach—zupełna ślepotą oka prawego, lewem widzi tylko przedmioty wprost oka będące, nie widzi leżących nieco na prawo. Od tego czasu ciągle choruje. Obecnie wygląd uwiądowy, obrzęk nóg, wymioty, żółtaczka, bóle w brzuchu. Podczas pobytu w szpitalu rozpoznano: *ulcus ventriculi corrosivum*; nowotwór złośliwy, rozwijający się na gruncie blizny; *atrophia nervi optici dextri totalis, -sinistri partialis*. Dnia 29. XI. 94. chory zmarł. Badanie pośmiertne wykazało: *peritonitis perforativa* wskutek wrzodu żołądka; rak przewodu żółciowego wspólnego (*ductus choledochus*); wielka blizna odźwiernika; rak żołądka, rak otrzewnej.

Mamy więc tu, skutkiem eparsalgii, wrzód żołądka (blizna odźwiernika, zapalenie otrzewnej z przedziurawienia); na gruncie blizny po wrzodzie rozwinął się rak.

2) 26 letni kamieniarz, podług słów własnych dotąd zupełnie zdrowy, twierdzi, że powodu nadmiernego wysiłku przy podnoszeniu kamienia nagle zachorował. Od tej chwili cierpi na zaburzenia trawienia, głównie na wymioty krwawe, do czego się w ostatnich czasach dołączył silny ból w okolicy żołądka, nieustanne wymioty krwawe, wypróżnienia krwawe. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *dyspepsia chronica*, rozszerzenie żołądka, cierpienie przewlekłe serca, gruźlica płuc. Jako przyczynę stanu obecnego uważa EBSTEIN: zabliznienie się drążącego wrzodu żołądka (*ulc. ventr. corrosivum*), które spowodowało zwężenie odźwiernika,—wszystko to z powodu podźwignięcia ciężaru przez osobnika, który cierpiał na zastój (*stasis*) w naczyniach żołądka (skutek cierpienia płuc i serca). Chory wyszedł z kliniki bez wszelkiej poprawy.

Mamy tu przypadek powstania wrzodu żołądka z powodu eparsalgii; różni się on od poprzedniego tem, że powstał u osobnika, mającego skłonność do krwotoków w żołądku. Taki krwotok na ograniczonym miejscu ściany był punktem wyjścia wrzodu i jego następstw.

3) Ch. Eisenhardt, lat 20, zupełnie zdrowy, po wysiłkowem podźwignięciu zaczął „pluć krwią“, potem wymiotować, cierpieć na kwaśne, cuchnące odbijanie, na zaparcie. Poprawa trwała rok, poczem znów wymioty (raz wyszło do 1 litra krwi ciemnej, jednocześnie kał czarny), ból w okolicy żołądka. W ostatnich dniach przed przybyciem do kliniki—ból idący od żołądka aż do krzyża, często wymioty krwawe. Ponieważ w narządach krążenia i oddychania nie znaleziono nigdy zmian, więc i owo „plucie krwią“ pochodziło z żołądka; dalsze zaś objawy prawie z pewnością pozwalały rozpoznać wrzód żołądka na gruncie wynaczynień, powstałych podczas podźwignięcia.

Trudno korzystać z poglądów innych autorów na tę sprawę, ponieważ wyrażają się oni zbyt ogólnikowo o tem, że uraz może być przyczyną wrzodu żołądka (POTAIN, MATHIEU); nie mówią bowiem wcale, co wszystko pod urazem rozumieją: czy tylko bezpośredni uraz okolicy żołądka, czy też każde zakłócenie spraw fizyologicznych z powodu warunków natury mechanicznej. Jeżeli GERHARDT, wyliczając przyczyny wrzodu okrągłego żołądka, obok urazu bezpośredniego stawia *akt w y m i o t o w a n i a*, to uraz ma u niego to obszerne znaczenie, które pozwala i podźwignięcie do etyologii tego cierpienia zaliczyć. Bo przy wymiotach toż samo zwiększone ciśnienie powoduje wynaczynienie w żołądku, jak przy podźwignięciu.

Nie wszystkie przypadki wynaczynień w żołądku prowadzić muszą do wytworzenia się wrzodu. To też EBSTEIN radzi raczej ograniczać się w przypadkach podobnych do rozpoznania ogólnikowego: „*w y m i o t y k r w a w e p o u r a z i e*“, rozpoznawać zaś ściślej jedynie po badaniu pośmiertnem.

Pozostawiając kilka słów o krwiopluciu przy eparsalgii na później, wspomnę tu jeszcze, że niektórzy badacze uznają nadmierny wysiłek fizyczny, nawet jednorazowy, za dostateczną przyczynę do wywołania *suppressionis menses*.

Rozpatrywanie chorób, w *j a m i e b r z u s z n e j* przy eparsalgii spotykanych, poprzedzić należy przypomnieniem o tem, jak powstaje zwiększone ciśnienie wewnątrz jamy brzusznej.

Ściany mięśniowe jamy brzusznej stanowią: mięśnie brzucha — z przodu i z boków; mięśnie lędźwiowe — z tyłu; przepona — z góry; mięśnie dna miednicy — z dołu. Kurcząc się, wywołują mięśnie te zmniejszenie objętości jamy brzusznej, a więc *eo ipso* zwiększenie panującego w niej ciśnienia. Powtóre: uciskając wtedy trzewa mechanicznie, bezpośrednio, również zwiększają ciśnienie, pod którem trzewa te dotąd się znajdowały. Przyczyna ta działa równomiernie na całą masę zawartości jamy brzusznej; że zaś skutki jej różnorodnie się na pojedynczych częściach tej zawartości odbijają — rzecz łatwa zrozumiała: krew w naczyniach, ruchoma, najłatwiej ciśnieniu temu ustępuje; z narządów zaś te, które fizyologicznie lub dzięki jakiejś sprawie chorobowej, przemieszczeniu ulegz mogą; najłatwiej np. luźno na swych kreskach umocowane kiszkę cienkie, trudniej już — kiszkę grube, bardzo trudno — np. wątroba, silnymi więzami w swem położeniu umocowana.

Prócz tego ciśnienia, jakie powodowane jest stanem napięcia ścian mięśniowych jamy brzusznej, istnieje również ciśnienie, zależące bezpośrednio od ciężaru samych wnętrzności: narządy, leżące w jamie brzusznej wyżej (przy danym układzie ciała), uciskają ciężarem swej masy (*plus* ciężar czasowej zawartości) narządy niżej leżące. Większość bowiem trzew nie wisi na napiętych więzach, lecz spoczywa swym ciężarem na sąsiednich, niżej leżących narządach.

A więc stopień ciśnienia, w danej chwili w jamie brzusznej panujący, zależy od dwu czynników: od ciśnienia wskutek napięcia mięśni ścian brzusznych i od wagi narządów cisnących jeden na drugi. Łatwo zrozumieć, że w danej chwili zajmować nas musi głównie pierwszy z czynników wyliczonych.

(D. n.).

## STRESZCZENIA i WYCIĄG .

115. BEZOLD. **Wyniki anatomo - patologicznego badania ucha przy odrze.** Z klinicznych spostrzeżeń wynika, że cierpienie ucha w przebiegu odrzy występuje po największej części w postaci zwyczajnego nieżytu ucha średniego, który też bez względu na to, czy bywa leczony, czy też pozostawiony siłom leczniczemu przyrody, przechodzi z biegiem czasu bez następstw, nie doprowadzając do przedziurawienia błony bębenkowej. Zwykliśmy byli dotychczas uważać to cierpienie ucha za powikłanie, powstałe wskutek rozprzestrzenienia się ostrego nieżytu jamy nosowej i nosogardzielowej, stale towarzyszącego odrze, bądź to jeszcze przed pojawieniem się wysypki właściwej, bądź też wraz z nią. Aż oto w r. 1887 TOBEITZ ogłasza swoją pracę o odrze. Badając 17 przypadków odrzy, był on w stanie tylko w siedmiu wykazać cierpienie ucha średniego za życia jeszcze, gdy przy badaniu pośmiertnem znalazł we wszystkich przypadkach ucho średnie w stanie zapalnym. U 1½ rocznej dziewczynki, zmarłej w kilka godzin po pojawieniu się wysypki odrowej, znalazł on obie jamy bębenkowe wypełnione ropą, a błonę słuzową znacznie obrzękłą. Toż samo spostrzegł u 1¾ rocznego dziecka, zmarłego na trzeci dzień po pojawieniu się wysypki.

Opierając się na powyższych spostrzeżeniach, TOBEITZ dochodzi do wniosku, że przy odrze, jeszcze przed pojawieniem się wysypki, równocześnie z porażeniem błon słuzowych łącznicy, dróg oddechowych i przewodów trawiennych, występuje porażenie błony słuzowej trąbki EUSTACHIUSZA i jamy bębenkowej, przyczem porażenie to jest samoistne, nie zaś, jak przypuszczano powszechnie, wtórne, w następstwie rozprzestrzeniania się nieżytu przez trąbkę EUSTACHIUSZA.

Aby się przekonać, czy ostre zapalenie ropne ucha średniego (*otitis media purulenta acuta*) stanowi rzeczywiście stały objaw odrzy, BEZOLD i RUDOLPH przedsięwzięli cały szereg odnośnych badań. Otóż we wszystkich zbadanych na sekcji 18-tu przypadkach znaleźli oni w trepanowanej kości skroniowej wydzielinę bądź słuzowo-ropną, bądź ropną. W jednym tylko przypadku ropa zgromadziła się w kostnej części trąbki EUSTACHIUSZA i robiła wrażenie, jakby się przedostała tu na krótko przed śmiercią z jamy noso-gardzielowej; w dwu zaś przypadkach znaleźli oni wydzielinę ropną w kostnej części trąbki i na dnie jamy bębenkowej; w pozostałych 15-tu przypadkach czerwoność, obrzęk i wydzielina zajmowały całą okolice ucha średniego, a więc już nie tylko kostną część trąbki i jamę bębenkową, ale i wejście do jamy bębenkowej, t. j. środkową jamę części sutkowej, a nawet obwodowe komórki sutkowe. Dalej okazało się, że już trzeciego dnia (podług TOBEITZ'a nawet pierwszego) po pokazaniu się wysypki odrowej, błona słuzowa nie tylko jamy bębenkowej, ale i wnijścia do niej i reszty komórek sutkowych jest silnie nastrzyknięta, obrzęknięta i pokryta ropą, tak, że 4-go dnia tworzy się wysięk włóknisty i następuje wynaczynienie krwi do jamy bębenkowej i do wnijścia do niej, a pomiędzy czwartym a szóstym dniem osiadają na kostnej części trąbki EUSTACHIUSZA, w jamie bębenkowej i we wnijściu do niej małe, w postaci polipów, ziarenka.

Wydzielina ropna składa się najczęściej z paciorkowców (*streptococcus pyogenes*), znacznie rzadziej z gronkowców (*staphylococcus albus et aureus*), ale nigdy nie brak w niej drobnoustrojów ropotwórczych. Oddziałują one na błonę bębenkową i słuzową ucha średniego, śnać, w bardzo nieznacznym stopniu, skoro, pomimo stałej obecności ropy przy ostrym zapaleniu ropnem ucha średniego, rzadko dochodzi do takiego obrzęku błony słuzowej, by ona pokryć mogła kost-

czki słuchowe; ze zniszczeniem błony śluzowej lub obnażeniem kości nie spotykamy się nigdy.

Reakcja wzmagą się dopiero przy końcu choroby i w okresie zdrowienia, albowiem w tym właśnie czasie następuje zwykle przedziurawienie błony bębenkowej.

Nadmienić tu jeszcze należy, że poszukiwania profesorów HABERMANN'a (Grac) i SIEBENMANN'a (Bazylea) doprowadziły do takichże wyników, albowiem we wszystkich trzynastu spostrzeganych przypadkach znaleźli oni ropne zapalenie ucha średniego, powstałe głównie za współudziałem paciorkowców.

Wobec wszystkiego, cośmy powyżej rzekli, należy uznać, iż ostre ropne zapalenie ucha średniego stanowi stały objaw odry.

Co się tyczy patogenезы tego cierpienia, to jednoczesne pojawienie się jego z innymi ogólnymi objawami odry, jakoteż umiejscowienie (cały przewód słuchowy aż do komórek sutkowych) stanowczo przeczą dotychczasowym poglądom na powstawanie ostrych zapaleń ropnych ucha średniego wogóle, podług których są one wynikiem bądź rozprzestrzeniania się się nieżyty z jamy nosowej lub nosogardzielowej na trąbkę EUSTACHIUSZA, a stąd następnie na jamę bębenkową, wniknięcie do niej i komórki sutkowe, bądź też—przedostania się wydzieliny z jamy nosowej i nosogardzielowej we wspomniane miejsca. Zresztą, o samoistności powstawania tego cierpienia najlepiej poucza nas stan części chrząstkowej trąbki EUSTACHIUSZA, która zawsze prawie pozostaje drożną, a w początku choroby, a więc wtedy, gdy inne objawy ogólne odry już istnieją, nie jest wcale zmienioną. Wreszcie, forma zapalenia błony śluzowej, nierównomierność sprawy w różnych zakątkach przewodu słuchowego, wynaczynienie krwi, plamki i punkciki, tu i owdzie rozsiane na błonie śluzowej, i wspomniana powyżej ziarnina, przemawiają raczej za utożsamieniem tej sprawy ze sprawą powstawania wysypki na ciele.

Rodzi się jeszcze pytanie, jakie są następstwa ropnego zapalenia ucha średniego, skoro ropa nie utoruje sobie ujścia nazewnątrz zapomocą przedziurawienia błony bębenkowej, a dziecko wyzdrowieje? W celu wyjaśnienia tej sprawy badał BEZOLD 1897 dzieci, z których przeszło połowa, bo 52,49%, przebyła odrę. Pomimo tego nie różniły się one wcale pod względem ostrości słuchu od tych dzieci, które odry nie przebywały. Stąd wniosek, że ropa ulega wessaniu, nie pozostawiając żadnych poważniejszych następstw. I nie powinno to nikogo dziwić wobec tego, iż ropa w uchu średnim u dzieci nie jest wcale zjawiskiem rzadkiem. TRÖLTSCHE znalazł u  $\frac{3}{4}$  dzieci, zmarłych w szpitalach i przytułkach dla podrzutków, ropę w uchu średnim, pomimo, iż za życia nie było żadnych widocznych objawów. Toż spostrzegali w ostatnich czasach KOSSEL i HARTMANN w instytucie KOCH'a i RASCH w Kopenhadze, przyczem ten ostatni zwraca uwagę na jednoczesne cierpienie dróg oddechowych, albowiem u 70,5% znalazł *bronchopneumoniam*, z których 99% miało chorobę ucha średniego, a 77% ropę w uchu średnim.

O szczególnej skłonności dzieci do cierpienia przewodu słuchowego pouczają nas badania ospy, dokonane przez WENDT'a, a dotyczące 124 dzieci poniżej roku, 56 dzieci pomiędzy 1-ym a 8-ym rokiem i 88 powyżej 8-iu lat. Otóż znalazł on wydzielinę bądź ropną, bądź śluzowo-ropną w uchu średnim u 62,5% poniżej roku, u 57,1% pomiędzy 1-ym a 8-ym rokiem, a tylko u 22,7% powyżej 8-iu lat.

W końcu autor opisuje obraz błony bębenkowej przy wzmiankowanym cierpieniu ucha. Rzadko bardzo nie udaje się nic szczególnego spostrzedz na błonie bębenkowej. Najczęściej jest ona ciemniej zabarwiona, sinawa, nastrzyknięta, przeważnie w części tylnej górnej; kolor sinawy czasami rozchodzi się równomiernie na tylną górną ścianę przewodu słuchowego, tak, że granica błony bębenko-

wej nieraz się zupełnie zaciera; przy większej ilości ropy wewnątrz prześwieca w środkowym pasie tylnej połowy żółtawy odcień; pas ten wydaje się nieco wypukłym. Stosunkowo często dają się spostrzedz pojedyncze, w postaci promieni przebiegające, naczynia krwionośne. Lekkie wypuklenie tylnej górnej części bywa często uwarunkowane obrzękiem i nacieczeniem istoty błony bębenkowej. Wyjątkowo zamiast wypuklenia znajduje się wgłębienie, gdy przepojenie nabłonka płynem wywołuje następco brak połysku powierzchni. Zdziwiająco często spostrzega się nierówności na powierzchniowej warstwie, która fałduje się i marszczy, tak, że rękojeść młotka i jego krótki wyrostek znikają. To marszczenie się stanowi właśnie najbardziej charakterystyczny objaw ze strony powierzchni błony bębenkowej przy odrze. Przy znaczniejszem obrzmieniu powierzchniowego nabłonka możemy spostrzedz małe pęcherzyki, które czasami zlewają się w jeden większy. Gdy się ropa przebija nazewnątrż, cały ten nabłonek złuszcza się i następuje tworzenie się nowego nabłonka, który białą masą zaściela głębie. Wpływ śluzowo-ropny trwa dniami całymi, nieraz tygodniami. Jednakże wyjątkowo tylko powstają obszerniejsze przedziurawienia błony bębenkowej. W przeciągu 28-letniej praktyki swojej, BEZOLD nie przypomina sobie ani jednego przypadku, w którymby przedziurawienie błony bębenkowej nie zabiłiło się w zupełności.

Śluch również bardzo szybko się odzyskuje, bez względu na to, czy błona bębenkowa była przedziurawiona, czy nie.

Dla przekonania się o powyższem należałoby badać uszy we wszystkich przypadkach odrzy bez wyjątku.

(*Münch. med. Wochschrft.* 1896. N. N. 10 i 11). Maksymilian Kraushar.

116. Max NEISSER. O przepuszczalności ścian przewodu pokarmowego dla drobnoustrojów. Od dość dawna zwracano uwagę na przewód pokarmowy, jako na wrota przenikania zarazków do krwiobiegu; stwierdzono to w węgliku (R. KOCH), gruźlicy (PONFICK), tyfusie brzuszny, wreszcie w obszernej grupie *b. coli communis*. Drobnoustroje przy nieznacznych uszkodzeniach ścian kiszek mogą przedostać się do krwi; niektóre nawet same wywołują zmiany, ułatwiające im drogę nazewnątrż. W tych czasach posunięto się przeciw zbyt daleko, mniemając, że i w warunkach prawidłowych lub przy zaburzeniach bardzo lekkich, np. przy zastojach żylnych w kioskach, bakterye mogą przeniknąć do krwiobiegu; wielu też usiłowao wyjaśnić na tej drodze cierpienia zakaźne o niejasnych momentach przyczynowych. Świeżo ogłoszone zostały spostrzeżenia NOCARD'a, a następnie PORCHER'a i DESOUBRY'ego, że w mleczku (*chylus*) zwierząt zdrowych podczas przetwarzania tłuszczów spotykają się obficie drobnoustroje, a więc, że zakażenie może nastąpić w warunkach prawidłowych przez wessanie zarazka z kiszek. Jednak sumienne prace MEISSNER'a, HAUSER'a, WYSOKOWICZA, ARNOLD'a i Maxa NEISSER'a doprowadzają do innych wniosków. Karmiąc zwierzęta hodowlami bakteryi, nie znajdujemy ich ani w gruczołach krezkowych, ani w mleczku, pomimo, że nie posiada on własności bakteryobójczych, ani też w naczyniach chłonnich krezki. Również nie udało się stwierdzić doświadczalnie bezpośredniego przejścia bakteryi do krwi. Dalszy ciąg pracy NEISSER'a polegał na zbadaniu, o ile kioskki stają się przepuszczalnymi dla bakteryi w warunkach patologicznych. O wessaniu nie może być mowy, gdyż zmienione błony śluzowe wchłaniają trudniej nawet tłuszcze. NEISSER wykonywał doświadczenia nad zwierzętami drobnymi, karmiąc je już to bakteryami chorobotwórczymi, już to bakteryami z dodaniem środków drażniących kioskki, jak: kawałki szkła, olejek krotonowy i t. d. Wyniki otrzymywano ujemne; znajdowano stale drobnoustroje w masach kałowych i przewodzie pokarmowym,

lecz nie natrafiano na ślady ich w narządach mięsnych, prócz przypadków stosowania laseczka podobnego do tyfusowego z mięsa zepsutego. Nie ulega wątpliwości, że istnieją bakterie, które przedostają się z kiszek do krwiobiegu, powodując zakażenie ogólne; jednak z doświadczeń wyżej wspomnianych wypływa, że przypadki te są rzadkie i że pod tym względem ustrojowi bynajmniej nie zagraża większe niebezpieczeństwo ze strony kiszek, niż ze strony skóry i innych błon śluzowych.

(*Zeit. f. Hyg. u. Inf. B. XXII. H. I. str. 13—32*).

Z. Kozicki.

## WYSTAWA HIGIENICZNA

w WARSZAWIE.

### V. Dział wychowawczy.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 43).

Przechodząc z kolei do następnego działu higieny wychowawczej, mianowicie do ochędóstwa wychowawczego (*Hauptpflege*), znajdujemy się na Wystawie wobec zupełnej prawie luki. Wiemy niestety, że luka ta jest wyrazem aktualnego stanu rzeczy w naszych zakładach wychowawczych, w naszych szkołach, pensjonatach, przytułkach, ochronach; wiemy, że wymagania i kontrola w kierunku ochędóstwa w zakładach pomienionych nie istnieją albo wcale, albo są wprost srogie, o ile chodzi o jednostajność mundurów i fartuszków.

Ale głoszony charakter dydaktyczny Wystawy, właśnie wobec owych braków, istotnie znamienitych dla naszych zakładów wychowawczych, nakazywał organizatorom Wystawy pamiętać o tem, że w całej Europie cywilizowanej obudzony jest od paru dziesiątków lat ruch, celem postawienia ochędóstwa na miejscu pryncypalnym w całym wychowawstwie, tak szkolnem, jak instytucyowem. A więc w zakładach wychowawczych zagranicznych, i to przedewszystkiem dla dzieci z ludu przeznaczonych, spotykamy coraz więcej ciepłych kąpiei natryskowych i wannowych, szczególnie dla uczniów i uczennic przychodnich, spotykamy się z doskonale obmyślanymi regulaminami, które pozwalają na kąpanie się przynajmniej raz na tydzień każdego dziecka, do szkoły uczęszczającego, w porze godzin szkolnych, bez szkody dla biegu zajęć naukowych. Tym sposobem dziecko, w ciągu lat paru, przyzwyczaja się do systematycznego ochędóstwa, którego już niezawodnie przez życie całe nie porzuci. Dalej we wszystkich niemal zagranicznych zakładach, o jakich tu mowa, tak otwartych, jak szczególnie zamkniętych, są urządzone odpowiednio umywalnie w obrębie budynków szkolnych dla dosyć znacznej liczby uczniów; nauczyciel, wychowawca, baczny na czystość ciała każdego ucznia, przychodzącego czy pensjonarza, jest w możności, nie tylko zganić dostrzeżone niechlujstwo, ale i polecić n a t y c h m i a s t o w e umycie się dziecka, czy to w chwili przybycia ucznia do szkoły, czy podczas wydawania lekcji, czy wreszcie w chwili zabierania się dzieci do posiłku. To ostatnie, zupełnie słusznie a bardzo ściśle, przestrzegane jest w zakładach francuskich. Umywalnie, do celu tego służące, w zakładach licznie uczęszczanych, muszą mieć konstrukcyę odpowiednią, pozwalającą na szybkie oczyszczanie miednic, na dostatek umocowanych stale ręczników i t. d. O ile nam wiadomo, w Warszawie jest umywalnia podobna, zupełnie dobrej konstrukcyi (źle pomieszczona!) w szkole realnej p. Wojciecha Górskiego.



Organizatorowie Wystawy powinni byli nietylko przedstawić wzorowe okazy i regulaminy tu się odnoszące, obmyślane z celem zastosowania ich w naszych szkołach, pensyonatach, ochronach, przytułkach, ale nadto wymagać od tych wystawców, którzy w dziale wychowawczym nie wahali się wystąpić, by koniecznie przedstawili w modelach, rysunkach lub przynajmniej w opisach, te urządzenia, ochędóstwa dotyczące, jakie w wystawionych zakładach są aktualnie w użyciu, równie jak i opis sposobu ich spożytkowania. Byłoby to nader nauczajacem.

Nie jest bowiem tajemnicą, że w wielu pensyonatach naszych, kąpieli na miejscu zupełnie niema, i wogóle kąpanie się przez rok cały się nie zdarza (w pensyonatach żeńskich, gdzie są bardzo często dziewczęta miesięczkujące, brak ten szczególnie na uwagę zasługuje), że to samo dzieje się w zamkniętych zakładach dla sierot. Wiemy, że we wszystkich ochronach, szkołach początkowych i w wielu szkołach średnich, wszy na głowach u dzieci, szczególnie u dziewcząt, są rzeczą powszednią, i to — wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu — nie więcej u dzieci żydowskich, niż u chrześcijańskich. Wszak przy kwalifikowaniu dzieci na kolonie letnie, zaledwie 20% dziewcząt nie miało robactwa we włosach; a wszystkie prawie te nieszczęśliwe ofiary braku ochędóstwa w naszym systemie wychowawczym, uczęszczały do ochron i szkół.

Gdyby w naszych szkołkach, pensyonatach a nadewszystko w ochronach i szwalniach, raz lub dwa razy na tydzień dokonywano rewizji głów dziewczęcych i zapomocą stosownych przepisów baczono na wymagania, o jakich tu mowa, z całą surowością, toby w ciągu lat kilku zrobiono niesłychanie wiele na polu istotnego postępu higienicznego. Dobry przykład w tej mierze dany jest od lat 5-iu w koloniach letnich, których wpływ jednak jest zbyt krótki, by radykalną zmianę mógł sprowadzić.

Uwydatniwszy w powyższym to, co wchodzi w zakres ochędóstwa wychowawczego, o czem na świecie, w higienie wychowawczej nigdy się nie zapomina, a o czem w naszej higienie wychowawczej nikt prawie nie myśli, o czem wreszcie Wystawa higieniczna, w zupełnej harmonii ze stanem bezmyślności powszechnej, zapomniata, przechodzimy do tych nielicznych okazów, do działu ochędóstwa wychowawczego należących, któreśmy rozrzucone na Wystawie spotkali.

Tu na miejscu pierwszym wypada wymienić wzorowo wystawione przez kol. ANDERSA opatrywanie pępka u noworodków.

Na jednym ze stołów, zajmujących środek pawilonu, pomieścił swą wystawę opatrunków pępownicy kol. ANDERS. Rzecz, zaliczona do działu higieny wychowania, może niesłusznie, winna była raczej znaleźć pomieszczenie w dziale szpitalnym. Błąd ten w klasyfikacji był też zapewne przyczyną, dla której wystawca uwidoczniał więcej stronę dydaktyczną przedmiotu, ograniczając ściśle naukową do możliwego *minimum*. Inaczej musiałby zapewne zwiększyć ilość odlewów gipsowych, które starannie w przepaskę spowite, jedynie domyślać się pozwalały, co się pod nią znajduje, i nadać inną formę i treść dołączonym objaśnieniom. Na całość, oprócz naczynia emaliowanego do wyjaławiania nożyczek, wadliwych i odpowiednich przewiązek do podwiązywania pępownicy, złożyło się 13 różnych sposobów postępowania ze sznurkiem pępkowym — 13 typów, z których większość wypróbowaną została pod względem swej wartości w klinice położniczej prof. CZYŻEWICZA we Lwowie. Wystawca przedstawił przeto opatrunki: płótno zmaczane w wodzie; watę szczelnie pokrytą plastrem lepkiem (sposób DOHRN'a); opatrunek podany przez prof. EPSTEIN'a; flanelę zmaczaną w glicerynie; węgiel ze spalonych gałganków; watę BRUNS'a; 30% gazę jodoformową; płótno wyjałowione; gips palony; kwas salicylowy z krochmalem (1 : 5); kwas borny z krochmalem (1 : 3); magne-

zyę paloną; gazę opatrunkową z dermatolem. W ten sposób zapewne nie zostały wyczerpane wszystkie metody, których liczba jest niemała; zostały wszelako uwzględnione najbardziej rozpowszechnione. Rozłożone grupami słoiki cylindryczne naokoło odlewów gipsowych tułowia noworodka, pozwalały, po przeczytaniu dołączonego objaśnienia, powziąć pojęcie o konieczności przystępowania do rękoczynu z czystymi rękoma i narzędziem (nożyczkami), wyjałowioną i odpowiednią przewiązką, dawały możność zaznajomienia się z wyglądem środków opatrunkowych i sposobem zakładania przewiewnej lekkiej opaski. Wystarczało to dla naszej publiczności, z którą w dziale wychowawczym przedewszystkiem liczyć się należało.

K. GODLEWSKI („Przegląd lekarski“ 1891 r.) wyróżnia z wyżej podanych metod opatrunek gipsowy (SUTUGIN'a z Moskwy), daje on bowiem najmniejszą odsetkę powikłań (7,5%), powinna zaś oddziela na 5-ty dzień.

Dalej, w pokoju dla niemowlęcia, wystawionym przez kol. Juliana KRAMSZTYKA, między innemi znajduje się doskonale urządzenie do kąpieli niemowlęcia w wanie. Jest to siatka, sposobem hamakowym umocowana na brzegach wanienki. Niemowlę, kąpiąc się, zewsząd wodą otoczone, nigdzie ze ścianą wanienki się nie styka. Urządzenie to niesłychanie łatwe do zastosowania nawet w najskromniejszych warunkach domowych i zakładowych. Zasługuje też na wzmiankę, słusznie tu pomieszczone mydło przetłuszczone.

Wreszcie w modelu kolonii letniej w Lesznie znajdujemy osobne pomieszczenie i proste ale odpowiednie urządzenie umywalni.

Higienę mieszkaniową w dziale wychowawczym reprezentuje na Wystawie znowu prawie zupełna luka. Mamy tu w tej chwili na myśli jedynie prywatne pomieszczenia dla dzieci i młodzieży. O pomieszczeniach w zakładach wychowawczych publicznych niżej mówić będziemy.

Zresztą z higieną mieszkań prywatnych w ogólności na Wystawie, w okazach pełnych, ani nawet w opisach czy rysunkach, wcale się nie spotykamy. A jednak jest to dział, obok działu wychowawczego najbardziej się nadający do spopularyzowania sposobem poglądowym mnóstwa wskazówek praktyki higienicznej. Szkoda, że o nim zapomniano lub że nie potrafiiono istotnie poglądowo w nim wystąpić. Higiena mieszkaniowa w tak zwanym dziale ludowym ma znaczenie odrębne.

Powracamy do pomieszczeń dla dzieci w mieszkaniu prywatnem, i tu znajdujemy na Wystawie dwa okazy: pokój dla niemowląt kol. J. KRAMSZTYKA i pokój dla dzieci od lat 2-ich do 7-iu p. Keller.

Mylnem wszakże jest mniemanie, jakoby okazy pomienione przedstawiały istotnie jakieś pokoje normalne czy wzorowe, by kompartymenty hali gimnastycznej, mieszczące różne meble i statki wystawców rzeczonych, były istotnymi modelami pokoi takich, modelami pod względem wymiarów, kubiczności, sposobu oświetlenia, ogrzewania, wentylacji, rodzaju podłogi, powłoki ściennej i t. d. Pokój kol. KRAMSZTYKA jest takim modelem tylko co do niektórych szczegółów (wymiar szerokości i długości, orientacja południowa, oświetlenie, powłoka podłogi, powłoka ścian); pokój zaś p. Keller pod względem konstrukcyjnym nic modelowego nie przedstawia. Denominacje przeto okazów rzeczonych były fałszywe, i — podobnie jak rzekoma „izba szkolna wzorowa“ p. Rudzkiej, chociaż niezawodnie nie były obliczone na wprowadzanie w błąd publiczności, jednakże, jak przekonało doświadczenie, istotnie większość nawet wykształconych w błąd wprowadzały. Wpajanie w ogół wyobrażeń mylnych powtarzało się zresztą we wszystkich

działach Wystawy, wskutek zaniedbań, wadliwego sposobu wystawienia, braku odpowiednich objaśnień i t. d.

Jakieśmy już powiedzieli, tak zwane pokoje są przeważnie tylko składami postawianych w porządku mebli i statków, które właściwe okazy stanowią.

W pokoju dla niemowlęcia wszystkie przedmioty są doskonale wybrane (zegar, świeca, łyżka, zabawki, przyrząd do grzania napoju i t. d.). Z przedmiotów higienicznie ważnych, oprócz już wzmiankowanej wagi, wanny i mydła przetłuszczonego, zaznaczyć wypada, jako wzorowe, wszystkie meble białe lakierowane, chwalebna nieobecność kołyski\*), wreszcie poduszkę wypełnioną włosiem, wogóle wyłączenie pierza z pościeli. Co do składu pościeli jednak uderza i wątpliwość nastęrcza poduszka pod głowę; wątpimy, by z jakichbądź względów pożądanę było dla niemowlęcia spoczywanie w położeniu półsiedzącem, w jakim ułożony jest manekin dziecka u kol. KRAMSZTYKA (patrz UFFELMANN, str. 303). Tę samą uwagę nastęrcza ułożenie niemowlęcia wśród okazów domu wychowawczego przy szpitalu Dz. Jezus. Jest to zapewne omyłka, ale omyłki nie powinny być okazami wystawowymi. Widzieliśmy osoby biegłe, które ze zdziwieniem oglądały górę poduszek, w tym ostatnim okazie, pod główką powiniętego niemowlęcia.

Ważnem uzupełnieniem tak konstrukcyi jak i instalacyi pokoju kol. KRAMSZTYKA, jest tablica, obejmująca dane cyfrowe i inne, dotyczące higienicznego urządzenia pokoju dla niemowląt i małych dzieci.

W drugim okazie, tu należącym, mającym rzekomo przedstawiać pokój dla dzieci lat 2 do 7, znajdujemy doskonale meble białe lakierowane i pościel, na uwagę i pochwałę zasługujące. Miejsce materaca zastępuje siennik, pod którym leży gruby sztywny wojłok. Jest to pościel łatwa do wietrzenia, prania i odświeżania, którą można zalecać dla pensyonatów. Bardzo też dobre, ale drogie są poduszki irchowe, włosiem wypełnione, naturalnie płótnem powleczone.

Od higieny mieszkaniowej w dziale wychowawczym przechodzimy do specjalnej higieny narządu oddechowego u niemowląt i młodzieży. Na Wystawie nie ma żadnych okazów, któreby się tu odnieść dały. Dane biologiczne, tu się odnoszące (wymiary klatki piersiowej, dane cyfrowe, dotyczące ciśnienia wewnątrzplucznego, pojemności żywotnej i t. d.), zawdzięczamy jedynie tablicom TOMASZEWICZ-DOBRSKIEJ. O higienie głosu nie było również słyhać na Wystawie. Okazy i broszura p. t. „Higiena mowy“ kol. OŁTUSZEWSKIEGO, tu wymienione być winny.

Ekspонат d-ra OŁTUSZEWSKIEGO uzmysławia, przy pomocy odpowiednich tablic, udział ośrodkowego i obwodowego narządu w akcji mowy, oraz dane dotyczące rozwoju mowy u dziecka. Składa się on z 7-iu tablic. Pierwsza przedstawia ośrodki pamięci słownej (ruchowej, słuchowej, liter, ruchów potrzebnych do pisania). Następne cztery tablice ilustrują udział obwodowego narządu, a mianowicie: oddechu (głównie przepony), głosu (pozycja strun głosowych przy oddechu i przy wydobywaniu głosu), oraz artykulacyi (wytwarzanie samogłosek i spółgłosek). Podział spółgłosek alfabetu polskiego, oparty na zasadach fizjologii, zawiera tablica szósta. Ostatnia tablica przedstawia porządek występowania głosek w rozwoju mowy oraz bełkotanie fizjologiczne.

Szczegółowe objaśnienie tablic znajdujemy w dołączonej pracy, pod tytułem „Higiena mowy“, mającej za zadanie na zasadzie uzmysłowionych na tablicach danych psycho-fizjologii, fizjologii oraz rozwoju mowy, podać wskazówki, służące do zapobiegania jej zboczeniom i do niej też interesujących się tym przedmiotem czytelników odsyłaamy. (C. d. n.).

\*) Kołyska umieszczona w izbie wzorowego rzekomo domu włościańskiego, w dziale higieny ludowej, ma chyba znaczenie okazu etnograficznego, ale nie wskazówki do naśladowania przeznaczonej.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 23 września r. b.

TREŚĆ: 1) Prof. KOSIŃSKI — przedstawienie usuniętej śledziony leukemicznej. 2) CIECHOMSKI i BIERNACKI — przedstawienie chłopca z uszkodzonym stawem łokciowym i zanikiem mięśni. 3) OŁTUSZEWSKI — Czwarty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. 4) BĄCZKIEWICZ — Przyczynek do nauki o trawiających własnościach chłmozyny.

1) Prof. KOSIŃSKI przedstawił śledzionę, którą usunął u młodej kobiety. Chora przed rokiem zgłaszała się do mówcy o poradę i wtedy prof. K. rozpoznawał torbiel jajnika obok nadmiernie powiększonej śledziony. Chora była wtedy w 4-ym miesiącu ciąży, wobec czego mówca odłożył operację. Przed kilku dniami prof. K. wezwany był do chorej i znalazł objawy ciężkie, podobne do tych, jakie towarzyszą przekręceniu kiszki przez nowotwór. Po otworzeniu jamy brzusznej przekonał się mówca, że nowotwór, wyczuwany przy badaniu, składa się z nadmiernie powiększonej śledziony, której jedna połowa znajdowała się w małej miednicy, druga ukośnie w jamie brzusznej. Prof. K. odkłada obszerniejsze omówienie wskazań i techniki wycięcia śledziony na później.

2) Kol. CIECHOMSKI przedstawił chłopca, który pół roku temu uległ wypadkowi zwichnięcia stawu łokciowego prawego i złamania *epicondylus int. humeri* wskutek schwywania prawej dłoni przez pas maszynowy. Lekarz miejscowy nałożył na staw uszkodzony opatrunek z gipsu, który przeleżał trzy tygodnie. Stopniowo stan uległ poprawie i ruchy w stawie wróciły, głównie dzięki wytworzeniu się stawu rzekomego. Jednocześnie jednak zaczęły się pojawiać zaniki w mięśniach dłoni, przedramienia i wreszcie w mięśniu dwugłowym. Mówca przypuszcza, że podczas wypadku uległy silnemu uszkodzeniu nerwy w przegubie łokciowym, i sądzi, że przez operację może się uda stan mięśni poprawić.

Kol. BIERNACKI jednak, który badał chorego, sądzi, że wobec nieznacznych zaburzeń w okolicy, przez *n. ulnaris* i *medianus* unerwionej, jak również wobec typowych zaburzeń odżywczych, które od pierwszego spojrzenia na rękę narzucają myśl o zaniku typu DUCHENNE-ARÁN'a, mamy w danym razie już objawy ośrodkowego porażenia. Należy przypuścić, że pod wpływem urazu obwodowego upośledzoną została czynność odpowiedniej grupy komórek rdzeniowych i że dopiero od nich wyszedł zanik całej kończyny. Podobne przypadki są notowane (EULENBURG).

3) Po odczycie kol. OŁTUSZEWSKIEGO (patrz „Medycyna“ Nr. 39 — 42), zabrał głos kol. RYCHLIŃSKI i, zaznaczwszy systematyczną pracę kol. O. nad zboczeniami mowy, podniósł ważność podjętej kwestyi, tembardziej, gdy będzie wszechstronnie opracowana.

Dla dobra nauki i uniknięcia zarzutów, zdaniem mówcy, należałoby określić bliżej, co autor myśli pod słowem „pozakorowy“; pozakorowe bowiem będą sprawy subkortykalne, o których wspomina kilkakrotnie prelegent, jak również sprawy chorobowe w oponach, w przewodzie słuchowym i t. d.

Powtórę, zwraca uwagę kol. R. na to, iż prelegent, opisując przypadki niemoty u idiotów, używa terminu „dziecko przeniosło jakieś cierpienie“ i mało stara się drogą wywiadów i badania klinicznego wyświecić przypuszczalną anatomo-patologiczną przyczynę cierpienia. Nauka o idiotyzmie jest biedna, posiada jednak już pewne wskazówki, na zasadzie których lekarz odróżnić może, czy w danym przypadku mamy do czynienia z wodogłowiem wewnętrznym, w innym — z niedorozwojem istoty mózgowej ilościowym i jakościowym, w innym wreszcie — z przeważającym cierpieniem opon. Zestawienie objawów klinicznych w sferze zabu-

rzeń mowy z obrazem anatomo-patologicznym przedstawia niepoślednie znaczenie dla nauki.

Następnie kol. R. zwrócił uwagę na brak historii chorób w przytaczanych przez mówcę przypadkach bełkotania. Na zasadzie przedsiębranego przez prelegenta badania kol. R. nie może wywnioskować, z jakiego rodzaju cierpieniem ma się do czynienia. Kol. R. może na przykład zapytać, czy wśród chorych kol. O. nie było chorych na płasawicę, u których, jak się to czasem zdarza, występują objawy ze strony mowy i utrzymują się przez cały bieg choroby na pierwszym planie.

Wreszcie kol. R. zarzucił prelegentowi w jego opisach przypadków długotrwałej niemoty u dorosłych, pochodzenia urazowego — brak dokładnego badania klinicznego i, jak sądzi, brak ten będzie usunięty przez podanie obszerniejszych historii chorób. Nieliczne przypadki podobnej niemoty wogóle mało są jeszcze opracowane w nauce i dlatego kol. R. życzyłby sobie, aby opisy tych przypadków przedstawiały pełny obraz zaburzeń ze strony sfery czuciowej, ruchowej, ze strony odruchów, pęcherza i t. d.

W odpowiedzi kol. O. zaznacza, że niema w odczycie dwuznaczności co do niemoty podkorowej i pozakorowej, gdyż od chwili wprowadzenia nauki o niemocie czuciowej i ruchowej, pozakorową niemotą nazywa on taką niemotę, której przyczyna znajduje się w narządzie słuchowym.

Co do drugiego zarzutu, autor stara się zawsze określić przebyte cierpienie mózgowe u dzieci, jako przyczynę niemoty, zbierając wywiady od otoczenia, przytaczając w niektórych przypadkach oznaki zapalenia opon mózgowych, drgawki i t. p.

Co do trzeciego zarzutu, kol. O. odpowiada, iż o bełkotaniu, łączącym się z płasawicą, nie słyszał i opisu takich postaci nigdzie w literaturze nie czytał.

4) Kol. BĄCZKIEWICZ w odczycie swym zauważył co następuje: fakt ścinania się białka pod wpływem lakfermentu związany jest z głębszymi zmianami w ciałach białkowych, ulegających straceniu. HAMMARSTEN wykazał, że pod wpływem lakfermentu sernik rozszczepia się na dwa ciała: jedno przechodzi do serwatki, drugie z solami wapiennymi tworzy twaróg. Inni, jak PAGES, doszli do wniosków następujących: mleko, poddane działaniu lakfermentu, przedstawia dwa przejawy: przemianę chemiczną sernika i osadzenie już zmienionego sernika. Przemiana polega na rozdzieleniu sernika na dwa ciała: hemikaseinalbumozę, pozostającą w serwatce, i kaseogen, który z solami ziem alkalicznych tworzy twaróg. Pierwsze ciało wchłania się w żołądku, drugie ulega trawieniu pod wpływem trzustki. PAGES i inni dochodzą do wniosku, że lakferment należy zaliczyć do rzędu fermentów trawiennych. Kol. BĄCZKIEWICZ, przerabiając doświadczenia nad wpływem podpuszczki na mleko wyjałowione i surowe, zauważył, że jeżeli mleko, ścięte podpuszczką, zostawić dłuższy czas w ciepłym miejscu, to ilość twarogu się zmniejsza. To kazało mu postawić pytanie: co się stanie z mlekiem strąconem lakfermentem, jeżeli pozostawić je w termostacie? Okazało się, że twaróg po 12 godzinach uległ zupełnemu prawie rozpuszczeniu. Przetrawiony płyn był odczynu kwaśnego. Próba UFFELMAN'a wykazała kwas mleczny. Płyn, opracowany metodą HOFFMEISTER'a, wykazał obecność peptonu. Do badań użyta była chimozya w proszku. Ponieważ kwaśny odczyn (kwas mleczny zależny od rozwoju bakterii kwasu mlecznego) pomagał trawieniu pepsynowemu, dla usunięcia przeto możliwości rozwoju bakterii dodawał mówca chloral, mentol, tymol, chloroform, zawsze jednak otrzymywał mniej lub więcej kwaśne płyny i nie udało mu się wyłączyć trawienia pepsynowego. Po zalkalizowaniu mleka sodą, dodano lakfermentu i wstawiono do termostatu. Mleko się ścięło i twaróg po pewnym czasie uległ rozpuszczeniu.

W ciągu doświadczenia ciągle kontrolowano odczyn. Obecności peptonu w płynie nie wykazano. Doświadczenie to dowodzi, że wykazane przez innych autorów zmiany w mleku pod wpływem lakfermentu, nie są jeszcze ostatecznym wynikiem działania tego fermentu na mleko, że powstały w pierwszych chwilach twaróg przy dalszem działaniu tegoż fermentu ulega dalszym przemianom i rozpuszczaniu. Nie starając się wyprowadzać wniosków z pracy, będącej jeszcze w biegu, zaznacza kol. B., że według badań SZYDŁOWSKIEGO, lakferment stale wykryć się daje w żołądku ssawców (a nawet u 8-miesięcznego płodu). Skoro więc natura tak stale i wczesnie uposaża w ten ferment dzieci, które wyłącznie w pierwszych okresach życia żywią się mlekiem, to ferment ten, przypuszczać należy (istnieje praca OKUNIEW'a), musi mieć głębsze znaczenie w fizjologii trawienia mleka.

W dyskusyi kol. RAJCHMAN zaznaczył, że przed kilkunastu laty na zasadzie swych badań wygłosił zdanie, że przy wprowadzeniu do żołądka mleka alkalizowanego, peptonu nie wykrywa się.

Kol. FLAUM zwrócił uwagę, że nie wydaje mu się możliwem, by można było z soku żołądkowego otrzymać w stanie czystym oddzielnie pepsynę i lakferment.

Kol. RAJCHMAN do poprzedniego przemówienia dodał, że SIMANOWSKA drogą zamrażania z soku żołądkowego u psów otrzymywała czystą pepsynę. Metoda ta w zastosowaniu do soku żołądkowego ludzkiego niezupełnie dobre daje wyniki.

Na uwagi, przez zabierających głos wypowiedziane, kol. BACZKIEWICZ odpowiada, że HAMMARSTEN i TOCH zauważyli, że przy działaniu lakfermentu na mleko powstaje i pepton. Przypuszczając, że wzięta do doświadczeń chimozyrna zawierać może pepsynę i może przeto wywoływać trawienie pepsynowe, utrzymywał mówca przy swych doświadczeniach odczyn alkaliczny, choć wogóle chimozyrna przy odczynie kwaśnym szybciej ścina mleko.

## Notatki bibliograficzne.

D-r Wł. BYLICKI.

### Ochronne postępowanie w położnictwie (aseptyka położnicza).

Str. 137. Lwów. 1896.

Jako miarę doniosłości powyższej pracy, pozwolę sobie przytoczyć słowa autora, z którymi zwraca się do „położnika“, zachęcając go do wytrwałego pokonywania różnorodnych trudności i przeszkód, napotykaných w praktyce prywatnej przy stosowaniu metody bezgnilnej, gdy mówi: „że w ręku położnika spoczywa los kobiety i że od jego postępowania zależy zachowanie tego skarbu, jakim jest życie żony i matki, bez względu na jej stanowisko społeczne“.

Autor nie zaprzęta uwagi czytelnika i nie nuży go zbytnią ilością cytat z historycznej literatury, dotyczącej profilaktyki położniczej; lecz wierny wzniosłemu zadaniu: ochrony zdrowia i życia rodzających, poświęca przeważną część swojej pracy praktycznym przepisom i uwagom, zdobytym własną obserwacją i długoletniem doświadczeniem na polu stosowania w praktyce prywatnej najnowszych zdobyczy nauki, dotyczących ochronnego postępowania w położnictwie.

Autor nie oszczędza akuszerki i wielu lekarzy praktyków, ku nauce których wyłącznie swoją pracę poświęca, lecz piętnuje ich niesumienne

i karygodne postępowanie, przytaczając spostrzegane fakty, że lekarze, dla uniknięcia zbytecznego zachodu, lub przez wzgląd na stratę drogiego czasu, bez zwykłego nawet obmycia rąk, przystępowali do badania rodzących, po zanurzeniu palca w oliwę lub olej, w którym pływały utopione muchy, lub też że badali rodzące, a nawet wydobywali zatrzymane łożysko, po dokonaniu sekcji sądowej lub po oględzinach ropiejącej rany. Dwa ostatnie przypadki cytuje autor ze swej praktyki, jako jawną przyczynę zejścia śmiertelnego.

Po krótkim historycznym zarysie rozwoju pojęć o przyczynach gorączki połogowej i zapobiegawczego postępowania w położnictwie, autor poświęca drugi dział istocie gorączki połogowej, jej odmianom i źródłom zakażenia, oraz drogom, po których szerzy się zarazek.

W trzecim, najobszerniejszym dziale, traktującym o zapobiegawczym postępowaniu dla uniknięcia gorączki połogowej, autor stanowczo odrzuca możliwość samozakażenia i zaleca bezgnilne traktowanie porodu i płożu. Stanowisko, jakie autor zajął pod względem teorii samozakażenia rodzących, ułatwiło mu ściśle zastosowanie aseptyki w położnictwie i stanowi największą zaletę podręcznika, przeznaczonego dla lekarzy, poświęcających się praktyce prywatnej. Wolno jest w klinikach i dobrze urządzonych zakładach położniczych sprawdzać wyniki badań laboratoryjnych, stosując rozmaite środki i metody postępowania; w praktyce prywatnej, przy niskim poziomie wykształcenia akuszerki, a jeszcze mniejszej świadomości ich o działaniu środków przeciwnilnych, za najwłaściwsze uważać należy krzewienie zasad bezgnilnego postępowania, jako najpewniejszych i najłatwiej dających się osiągnąć, przy obsłudze porodów w domach prywatnych.

Zalecając bezgnilne postępowanie w położnictwie, autor poświęca osobne rozdziały wyjaławianiu rąk, ubraniu położnika, bezgnilnemu badaniu ciężarnych i rodzących, wyjaławianiu narzędzi i opatrunków. Dalej następują rozdziały, traktujące o bezgnilnem postępowaniu podczas ciąży, podczas okresów porodowych, przy dokonywaniu operacji i w okresie połogowym. Rozdziały: „O wartości przeciwnilnego leczenia gorączki połogowej“ i „Aseptyka noworodka“, uważać należy jako luźny dodatek do „Ochronnego postępowania w położnictwie“; to też rozdziały te nie są tak wyczerpująco opracowane, jak poprzednie.

Jasny i obrazowy styl oraz staranne wydanie stanowią dodatnią stronę podręcznika. Sądzę, że wobec tych zalet, a głównie z powodu praktycznego kierunku, jakim się odznacza książka, autor będzie zmuszony w krótkim czasie pomyśleć o nowym jej wydaniu, gdyż znajdzie ona nabywców chętnych, nie tylko w gronie lekarzy, trudniących się położnictwem, lecz i w szerokich kołach wykształconej publiczności, troszczącej się o zdrowie i życie swoich najdroższych „skarbów“, oczekujących macierzyństwa.

*T. Boryssowicz.*

### **List otwarty do Redakcji Medycyny.**

W Nr. 43 „Medycyny“, w artykule p. t. Wystawa higieniczna, znajduję krytykę działu sztucznego żywienia niemowląt; ponieważ uwagi, odnoszące się do tego działu, zdaniem moim, niezupełnie są słuszne, upraszam przeto o kilka słów sprostowania. Na str. 1014 powiedziano: „Są to okazy nawet dla lekarzy bez długich komentarzy niedostępne“. Trudno jest to przypuścić; wszak z treścią tablic i z okazami poglądowymi (sterylizatory, flaszki, smoczki) chyba większość lekarzy terapeutów i przed Wystawą była obeznana. Te same tablice znajdują się w pierwszym lepszym podręczniku, traktującym o żywieniu niemowląt.



Co się tyczy komentarzy, to te miały miejsce na b. Wystawie w oznaczonych terminach.

Nie przeczę, że tablice, względnie do ich wielkości, za wysoko były umieszczone, lecz nie moja w tem wina. Okazy szykowaliśmy, nie wiedząc zupełnie, jakie miejsce na Wystawie nam przypadnie w udziale; dopiero na dni kilka przed otwarciem Wystawy wskazano nam ostatecznie miejsca.

Mylne, zdaje się, z okazji wyprowadzono przekonanie, że higiena żywienia sztucznego niemowląt ma polegać jedynie na sterylizacji. Przedewszystkiem, gdyby uważniej przejrzano wystawione okazy, znalazłoby się pośród nich i zwykły gotowalnik do mleka, dostępny dla biednych, i dający tę samą rękojmię co sterylizator. Wszak i FLÜEGGE poleca swój garnuszek do gotowania mleka.

Słusznie powiedziano, że sterylizacja mleka pociąga za sobą zmiany chemiczne w mleku, że tłuszcze mleka sterylizowanego trudniej się trawia, że dobroć mleka dla dzieci więcej polega na higienie obór i mleczarni. Nie były mi to rzeczy obce, jak to z poniżej cytowanego artykułu mojego widać; lecz w jaki sposób na Wystawie dadzą się przedstawić w okazach te zmiany chemiczne i zboczenia w trawieniu, doprawdy nie wiem.

Jeżeli znaleziono *desiderata* swe co do urządzeń obór i mleczarni uwzględnione w oborach p. Henneberga, zbytecznie więc żądaniem jest odemnie uwzględnienie tego działu, skoro kto inny tego się podjął.

Świadomy tych wszystkich wymagań higieny, aż nadto byłem przekonany, że przedstawiając ten dział, nie zdołam wykazać wszystkiego, co do higieny sztucznego żywienia niemowląt się odnosi; dlatego też podjąłem się objaśnień dla publiczności oraz w samych początkach Wystawy higienicznej (w maju) ogłosiłem w „Gazecie Lekarskiej” artykuł p. t. „W sprawie żywienia niemowląt mlekiem kobiecym a krowiem”. Szło mi o to, żeby świat lekarski wiedział, jak się na kwestyę sztucznego żywienia niemowląt zapatruje.

26. X. 1896.

J. Bączkiewicz.

Z powodu powyższego listu, uważamy za stosowne umieścić następujące uwagi:

Wrażenie, odnoszone przez ogół oglądających okazy poszczególne, i wnioski, przez ogół ten wyprowadzane bezpośrednio z owych okazów, oto zdaniem naszym jedyne słuszne podstawy do oceny tychże okazów, podstawy, na jakich staraliśmy się oprzeć wyłącznie w naszych sprawozdaniach w ogólności, a szczególnie w sprawozdaniu z działu wychowawczego, przeznaczonego przedewszystkiem do popularyzacji wiedzy higienicznej wśród sfer jaknajszerszych. Ogół, zwiedzający Wystawę, wrażeń swych i wniosków nie mógł opierać na czem innem, jak na samych okazach. Z tysiąca gości Wystawy jeden zaledwie może słyszał objaśnienia, dawane w dnie oznaczone i o godzinach wskazanych. O pracach Wystawy, ogłaszanych w pismach naukowych, oczywiście ogół ten nic nie wie. W sprawozdaniu o okazach kol. BĄCZKIEWICZA, dotyczących żywienia sztucznego niemowląt, trzymaliśmy się ściśle zasady ogólnej, opierając naszą ocenę i uwagi nasze na tem, co wystawca przedstawił, nie uwzględniając zupełnie jego prac literackich, ani wchodząc w treść, wartość i stosowność objaśnień ustnych, o ile nam wiadomo, szerszy o wiele, niż wystawione okazy, zakres obejmujących. Stojąc na uwydatnionem tu stanowisku przedmiotowego sędziego okazów przedstawionych, sposobu ich wystawienia, ich stosowności ze względu na dydaktyczny programat Wystawy, nie mamy powodu cofać tego, cośmy powiedzieli o okazach kol. BĄCZKIEWICZA, a bynajmniej nie o całości jego działalności naukowej w sprawie żywienia niemowląt.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== SKREINKA zwraca uwagę, że krwiopłucie oraz krwotoki płucne wymagają różnego leczenia zależnie od stanu płuc chorego oraz bezpośredniej przyczyny krwotoku. Szablonowe stosowanie ergotyny jest nieodpowiednie, gdyż małe jej dawki pozostają bez wpływu, duże zaś, powodując wzmożenie się ciśnienia w tętnicach, nie zawsze wywierają pożądany skutek. Autor w zakładzie swym dla suchotników stosuje następujące leczenie z bardzo dobrym wynikiem. Krwiopłucie u chorych z początkami gruźlicy, jako spowodowane pękaniem naczyń włosowatych drobnych oskrzeli wskutek nateżenia przy kaszlu, S. leczy wyłącznie środkami narkotycznymi i wykrztusnymi; gdy krwotoki są obfite, chorzy otrzymują morfinę w dawce 0,005 co godzinę oraz octan ołowiu w dawce 0,05; prócz leków zaś zaleca S. spokój oraz stosuje pęcherz z lodem na okolicę podobojczykową. Krwiopłucie w suchotach postaci włóknistej ustaje samo przez się po upływie dłuższego czasu, terapia zaś jest tu bezowocną. Krwotoki z jam płucnych w późnych okresach choroby grożą niebezpieczeństwem i wymagają energicznego leczenia: morfina w dawce 0,02 co godzinę, a później co dwie godziny, synapizma na właściwe miejsce klatki piersiowej, obandażowanie klatki piersiowej oraz pęcherz z lodem na czas dłuższy wywierają zazwyczaj pożądany wpływ. (Semaine médicale. N. 36. 1896).

== MARFAN przekłada przy koklusz bromoform nad wszelkie inne dotychczas stosowane środki; w przeciągu ostatniego roku M. stosował wyłącznie bromoform w następującej postaci: *bromof. gtt. 48, ol. amygd. d. 20,0, tragacant. 2,0, g. arab., aq. laurocer. aa 4,0, aq. dest. 120,0*; łyżeczka tej mieszaniny zawiera dwie krople bromoformu. (R. mens. des mal. de l'enfance IV. 1896).

== Leop. LANDAU zachwala działanie substancji jajnikowej na przypadłości w sferze nerwowej u kobiet w wieku klimakterycznym. L. stosował początkowo świeże jajniki krowie, następnie fabryczne tabletki, zawsze z najlepszym wynikiem, nawet wtedy, gdy terapia, dotychczas w tych przypadkach stosowana, była bezskuteczna.

== CAHN podaje dwa przypadki przewlekłego zapalenia oskrzeli, spowodowanego polipami w jamie nosowej. Po długotrwałem a bezskutecznem leczeniu C. polecił usunąć polipy, poczem niezwłocznie i bezpowrotnie znikły wszystkie objawy niezytu oskrzeli; dodać należy, że w jednym z tych przypadków polip był niewielki i dużej przeszkody w oddychaniu stanowić nie mógł. (Zeitsch. f. pr. Aerzte N. 7. 96).

== ARNHEIM stosował w klinice LOHNSTEIN'a sanoform (dwujodsalicyloksymetylowy eter) w zastępstwie jodoformu i otrzymywał bardzo dobre wyniki. Wyższość sanoformu nad jodoformem polega na tem, że jest on pozbawiony zapachu i smaku oraz nigdy nie wywołuje zatrucia, ani też miejscowego podrażnienia. (Allg. med. Centr. Zt. N. 37. 1895).

== TOURNIER zaleca stosowanie przy nadmiernej kwasności soku żołądkowego odwu węgla n sodu w dawkach olbrzymich, mianowicie 50,0—60,0 *pro die*. Autor przekonał się, że jedynie tak wielkie dawki działają skutecznie, będąc stosowane przez czas dłuższy. Żadnych niepożądanych skutków, jak biegunka, nieżyt pęcherza i inne, które zaznaczają przeciwnicy tej metody, autor nigdy nie zauważył. Chory otrzymuje lekarstwo co pół godziny i popija je mlekiem. (Sem. méd. N. 34. 96).

== GORODICHZE podaje cztery przypadki, w których zdołał zapomocą sugestyi uczynić niewrażliwemi na chorobę morską osoby nader do niej skłonne. Leczenie to powinno być stosowane u kobiet ciężarnych oraz osób dotkniętych chorobą serca, dla których przebycie choroby morskiej nie jest rzeczą bezpieczną. (Semaine méd. N. 35. 96).

== GUERMONPREZ podaje przypadek bezpośredniego zarażenia się rakiem. Podczas badania chorego z rakiem jamy ustnej G. zadrasnął sobie palec; na miejscu zadraśnięcia rozwinął się nowotwór, nie poddający się przypalaniu w przeciągu 19-tu miesięcy. G. dziedzicznie obarczony nie jest. (Acad. de Med. Paris 10. III. 96).

M. B.

= DRINKWATER zastosował u chorej z wypryskiem (*herpes*) wzdłuż rozgałęzień nerwów splotu karkowego powierzchownego, oraz silnymi nerwobólami, spirytus kamforowy trzy razy dziennie po 5 kropel wewnątrz. Już następnego dnia znikły bóle, a wyprysk po upływie czterech dni. Wobec świetnego wyniku autor zaleca wypróbowanie tego środka. (Brit. med. Journ. 13. IV. 1895).

= SCHREIBER pierwszy zastosował fotografię ROENTGEN'a do zdjęcia ciała obcego, tkwiącego w cewce moczowej. Ciałem obcym w danym razie była podwójna szpilka. Autor chciał również zużytkować ten sposób do wykrycia wrzodu pierwotnego w cewce moczowej, lecz próby nie dały wyniku dodatniego. (Dermatol. Zeitschrift. 1896. T. III. Zeszyt 3).

= RÖSTER stosuje od dłuższego czasu przeciwko róży następujące leczenie: miejscowo smarowanie miejsc dotkniętych różą oraz przylegających wazeliną, poczem pokrywa je płótnem i obandażowuje; ogólnie—leczenie objawowe. Porównyując wyniki otrzymane z zejściem przypadków leczonych jodyną, sublimatem, ichtyolem i t. d., K. dochodzi do wniosku, że wyniki są identyczne pod każdym względem. K. nie przypisuje wazelinie żadnego specyficznego działania na streptokoki róży, gdyż nie posiada ona własności odkażających; nie sądzi również, by nie mające ujścia dzięki przykryciu skóry wytwory przeziwu oddziaływały zabójczo na bakterie (KOLACZEK); jest natomiast zdania, że wszelkie środki zewnętrzne, wyłączając zabiegi chirurgiczne, nie wywierają wpływu na przebieg róży. Zabiegi lecznicze działają jedynie na stan psychiki chorego; wybierać zatem należy środki najmniej drażniące oraz zmniejszające bóle; odpowiada temu zadaniu w zupełności wazelina, a przemawia za nią jeszcze jej niska cena. (Ther. Monatsh. VI. 96).

= LANGERHANS zbija mniemanie STRASSMANN'a, jakoby powodem śmierci jego syna było uduszenie wskutek aspiracji do oskrzeli wymiotowanej zawartości żołądka, oraz twierdzi, że znanych mu jest już kilka przypadków śmierci bezpośrednio po zastrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej, nie jest jednak u-

poważnionym do ich ujawnienia. (Berl. klin. Woch. N. 27. 96).

= BREMER zwraca uwagę na nową, bardzo czułą reakcję krwi chorych na cukrzycę. Kroplę krwi rozciera się między dwoma szkiełkami, poczem się je suszy i kładzie w naczyniu szklanem do napełnionego gorącą wodą naczynia, gdzie się gotują w przeciągu czterech minut. Następnie pod działaniem roztworu eozyny i błękitu metylowego barwi się krew chorych na cukrzycę na kolor niebiesko-zielonawy, krew zaś osobników zdrowych na fioletowo-czerwonawy. Reakcja występuje bardzo wyraźnie, dzięki czemu można rozpoznać cukrzycę już wtedy, gdy mocz cukru jeszcze nie zawiera. (New-York med. Jour. 7. III. 96).

= PACINOTTI przestrzega przed stosowaniem pijawek w pobliżu ran, gdyż już niejednokrotnie stwierdził przeniesienie przez nie zarazka. Ostatnio autor spostrzegł przypadek śmierci wśród objawów obrzęku złośliwego u chorego, któremu stawiano pijawki w pobliżu rany. Badanie bakteryologiczne narządów oraz użytych pijawek wykazało obecność lasecznika wąglika. P., badając już oddawna jamę ustną pijawek, wykrył w niej różne drobnoustroje, a między nimi i lasecznika tęcza NICOLAIER'a. (G. d. Osped. e d. clin. N. 58. 1896).

= SINGER spostrzegł w sześciu przypadkach tyfusu brzuszego obok zwykłej różyczki wysypkę podobną do trądzika, umiejscowioną przeważnie przy ujściach gruczołów łojowych; przebieg jej jest taki sam, jak i różyczki, pozostawia jednak po sobie zabarwione plamki; w pryszczkach S. znalazł laseczniki tyfusowe. Wobec tego autor radzi posilkować się badaniem pryszczków na laseczniki, gdyż w kale trudno jest je wykryć, równie jak w moczu i we krwi chorych, ukłucie zaś śledziony nie jest zabiegiem zupełnie bezpiecznym. (W. kl. Woch. N. 15 i 16. 1896).

= VOLLERT stosował eukainę zamiast kokainy i z wyników otrzymanych zadowolony nie jest. Rozszerzenie źrenicy oraz porażenie akomodacji są wprawdzie mniejsze, niż przy użyciu kokainy, eukaina działa jednak zbyt silnie na nabłonek rogówki oraz powoduje znaczne przekrwienie wszystkich naczyń oka. (Münch. med. Woch. N. 22. 96).

M. B.