

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. O WYLEWACH MLECZKA do jam surowicznych ciała.

PODAŁ

Stanisław Kamieński.

I.

Nagromadzenie płynu mlecznego w jamach surowicznych ciała, opłucny i otrzewny nie stanowi zjawiska bardzo rzadkiego. Bargebuhr ¹⁾ zebrał z literatury 75 przypadków mlecznej puchliny brzucha; takąż puchlina opłucny choć jest rzadką, jednak i ona nie stanowi zjawiska wyjątkowego. Jeżeli jednak wylewy mlecza do wewnętrznych jam ciała budzą zawsze wielkie zainteresowanie, to ze względu na to, że pomimo dość licznych spostrzeżeń klinicznych, pomimo analiz płynu wylanego, kwestya powstawania tych wylewów jest całkiem niejasną. Tak niejasność już tkwi w samej nazwie choroby: ascites et hydrothorax chylosus. Pod nazwą ascites i hydrothorax pojmujemy właściwie nie wylewy płynu do jam, lecz przesiąkanie tegoż przez nieuszkodzone naczyńia krwionośne; oddawna zaś wiadomo że ascites i hydrotho-

¹⁾ Bargebuhr. Ueber ascites chylosus etc. Deutsch. Archiv. f. klin. Medicin. 1893. T. 51. Str. 161—192.

rax chylosus, zawdzięcza często swe powstawanie pęknięciu naczyń limfatycznych. Dalej przy przesiekach ze krwi przechodzi do jam płyn zupełnie swym składem chemicznym do krwi niepodobny; przy hydrochs chylosus, zawartość naczyń mleczych przechodzi *in toto* do jam ciała. Dla tego uważałem za stosowne nadać raczej mej pracy tytuł powyższy, niż idąc za przykładem Quincke'go mówić o przesiekach tłuszczowych (Fetthaltige Transsudate) ¹⁾. Lecz jakkolwiek nazwiemy zajmującą nas chorobę, nie rozstrzyga to naturalnie kwestyi jej powstawania, etiologii, która jest bezwątpienia najważniejszą. Jak nazwy hydrothorax i ascites nie są właściwie nazwami choroby, a tylko jednego objawu, tak i hydrochs chylosus jest tylko nazwą objawu; jest nią również i „wylew mleczyka.” Nieco więcej mówi nazwa ascites resp. hydrothorax adiposus, którą pierwszy wprowadził Quincke ²⁾, choć o jej istnieniu wiedział już Oppolzer ³⁾. Nazwa ta wskazuje, że mamy do czynienia ze zwyrodnieniem tłuszczowem elementów uformowanych wysięku, czyli że hydrochs adiposus nie pozostaje w żadnym stosunku do zmian w naczyniach limfatycznych i ich zawartości.

Po za tym podziałem nagromadzeń płynów tłuszczowych na ściśle tłuszczowe i mlecze, nowe spostrzeżenia nie rozjaśniły kwestyi ani na jotę. Późniejsza praca Quincke'go ⁴⁾ w tym przedmiocie jest tylko powtórzeniem tego, co znajduje się w uprzedniej. Najnowsza obszerniejsza praca Bargebuhra ma dużą wartość pod względem bibliograficznym, jako zebranie sumienne wypadków znanych w literaturze, nowych jednak poglądów nie przynosi wcale. Autor ograniczył się na wyprowadzeniu niektórych opartych na statystyce wniosków, co mu się zresztą nie zawsze szczęśliwie udawało. Tak np. twierdzi on, że najlepsze rokowanie dają pęknięcia przewodu piersiowego lub naczyń limfatycznych (3 wyzdrowienia na 9 wypadków), podczas gdy ascites chylosus, powstały wskutek innych przyczyn, daje rokowanie gorsze (3 wyzdrowienia na 31 wypadków). Wnioskowanie takie jest co najmniej przedwczesnem, wobec tego, że nawet na sekcyi nie znajdowano nieraz pękniętego naczynia, tam gdzie o tem wnioskowa-

¹⁾ Quincke. Ueber fetthaltige Transsudate—Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1875. T. 17 str. 121—139.

²⁾ Quincke *ibid.*

³⁾ Oppolzer Insufficiencia valv. bicuspid. etc Wiener allgemeine Medic. Ztg. 1861. Nr. 18 i 19.

⁴⁾ Quincke. Choroby naczyń u Ziemssen'a Patol. i Terap. Szcz. T. VI. Tłóm. ross.

no za życia, tem trudniej więc stawiać podobne rozpoznanie skoro się ma do czynienia z wyzdrowieniem. Zresztą, rzecz dziwna, najczęstsze wypadki wyzdrowienia notują dawniejsi autorowie, na 7 przypadków (nie 6 jak chce Bargebuhr) 5 przypada na wiek przeszły, gdzie między przyczynami cierpienia podają: krwotok z macicy, „metastazę” wydzieliny gruczołów mlecznych i t. p.

Gdy więc w r. 1895 miałem sposobność obserwować dziecko, u którego znaleziono przy przekłóciu mleczny płyn w jamie brzucha, zająłem się przejrzeniem odpowiednich prac z literatury. Nie wszystkie prace cytowane przez Bargebuhr'a udało mi się dostać w oryginale, zresztą nie uważałem za stosowne przytaczać wielu historyj chorób: ze znanych mi wybrałem tylko najcharakterystyczniejsze. W naszej literaturze istnieją 4 tylko spostrzeżenia wylewów mlecza resp. hydrods adiposus w jamach surowicznych: dwa z nich ogłosił W. Zawadzki ¹⁾, dwa K. Chelchowski ²⁾.

Dnia 20 maja 1895 r. wezwany zostałem przez kol. Dzierżawskiego na naradę do dziecka, któremu zamierzał zrobić przekłócie brzucha z powodu nagromadzenia płynu w jamie otrzewny. Kol. Dzierżawski po skutecznieniu przekłócia, dalszą obserwację przypadku i opis takowego pozostawił mnie, za co mu na tem miejscu składam podziękowanie.

Stanisław G. ma pięć tygodni. Poród odbył się prawidłowo. Oboje rodzice zdrowi i żyją. Ojciec zdrow i tęgi mężczyzna, podobno przymiotu nie przechodził. Matka kobieta młoda i dobrze zbudowana. W rodzinie zarówno matki jak i ojca gruźlicy nie było. Zdaje się, że warunki higieniczne, w których żyją rodzice dziecka są niezłe, a przynajmniej nie gorsze niż u ludzi z ich sfery (rzemieślnik). Przyczyny powstania opuchnięcia brzucha rodzice powiedzieć nie umieją. Uraz wszelki jest stanowczo wykluczony. S. G. jest pierwszym dzieckiem u rodziców, którzy o nie dbają bardzo, gdyż wogóle w rodzinie ich dzieci się nie chowają. Z jakiego powodu umierały inne dzieci powiedzieć mi nie umiano. Po urodzeniu dziecko przechodziło jakąś chorobę pępka: było podobno dość obfite ropienie. Obecnie pępek jest zagojony. Dziecko karmione piersią matki; ma, podobno, dość duże łaknienie. Wypróżnienia 3—4 razy dziennie, po większej części dobre, jak mówi matka, czasami jednak zielone. Już w parę dni po urodzeniu

¹⁾ W. Zawadzki. Przyczynek do patologii wylewu mlecza do jam surowicznych. Gazeta lekarska 1891, str. 104—112.

²⁾ K. Chelchowski. Dwa przypadki zebrania płynu mlecznego w jamie opłucny. Gazeta lekarska 1890, str. 486—489.

matka i akuszerka zauważyły, że dziecko ma brzuch wielki, wydęty. To wzdęcie powiększało się stopniowo zanim doszło do obecnego stanu.

Przy badaniu dziecka z kol. Dzierżawskim znaleźliśmy stan następujący. Dziecko normalnej budowy ciała, odżywiane średnio. Stan bezgorączkowy. Ssie dobrze. Granice płuc prawidłowe. Oddech na całej przestrzeni pęcherzykowy, tylko w dolnych częściach płuc z tyłu nieco osłabiony. Granice serca prawidłowe. Tony serca czyste, dosyć silne. Tętno 140. Oddech 48 na minutę. Obrzęków kończyn i skóry brzucha niema. Pępek zagojony i wypukłony. Co odrazu uderzało, to wielka objętość jamy brzusznej. Brzuch był równomiernie rozdęty we wszystkich wymiarach, szczególnie wypukłone okolica dolka podsercowego, oraz i całe nadbrzusze. Skóra na brzuchu gładka, świecąca. Przez skórę przeświecają drobne naczynia żyłne. Organów wewnętrznych brzucha: wątroby, śledziony wymacać nie można. Przy opukiwaniu otrzymywaliśmy wysoki odgłos bębenny w górnej części brzucha; na dwa palce powyżej pępka odgłos bębenny ustaje i mamy odgłos tępy na całej przestrzeni brzucha aż do dołu. Chelbotanie wyczuć można przy położeniu dziecka na wznak. Przy zmianie położenia dziecka zmieniają się wygląd brzucha i stosunki opukowe; przy położeniu siedzącym resp. stojącym brzuch u dołu wypukła się więcej, natomiast górna granica stłumienia opada niżej; przy położeniu na boku, wypukła się ta część brzucha, na której dziecko leżało. W mosznie było nagromadzenie płynu i worek mosznowy był przynajmniej dwa razy większy od normalnego.

Oczywiście, mieliśmy do czynienia z nagromadzeniem płynu w jamie otrzewnej. Ponieważ płyn był ruchomy, brzuch bezbolesny, nie było gorączki, było rzeczą najprawdopodobniejszą, że mamy do czynienia z wodną puchliną brzucha. Ta ostatnia u noworodków najczęściej zdarza się w przymocie wrodzonym. Z tem zgadzałyby się to, że dziecko od urodzenia miało brzuch wielki (to co matka i akuszerka mówiły o późniejszym, bo w parę dni po urodzeniu, obserwowaniu spuchnięcia brzucha, nie mogło naturalnie iść w rachubę), więc można było przypuszczać, że mieliśmy do czynienia z ascites płodowym, zdarzającym się właśnie przy przymocie dziedzicznym. Przypuszczeniu temu przeczył brak przymiotu u ojca. Wszyscy jednak wiemy, jak mało można dać wiary podobnym zaprzeczeniom. Drugie przypuszczenie jakie zrobić było można, że mieliśmy do czynienia z zapaleniem otrzewnej, powstałym wskutek choroby pępka (ropienia pępka). W tym jednak ostatnim razie mielibyśmy do czynienia z ostrem zapale-

niem otrzewny, najprawdopodobniej ropnem. Można jednak było przypuścić że tutaj proces wkrótce miał przewlekły charakter, że sprawa doprowadziła do zebrania się większej ilości płynu w jamie otrzewny, że pierwszy okres choroby z gorączką przeszedł dla otaczających niepostrzeżenie i t. p.

W każdym razie były to tylko przypuszczenia; wobec zaś niemożności zbadania narządów jamy brzusznej, trudno było wypowiedzieć się za którymś z powyższych poglądów na rozpoznanie, albo też przypuszczać inną przyczynę wodnej puchliny brzucha np. nowotwór. Chcąc postawić rozpoznanie, należało przede wszystkim wypuścić płyn z brzucha. Ponieważ stan ogólny był zadawalniający, ponieważ trudno było przypuszczać, aby tak znaczna ilość płynu mogła szybko uleść wessaniu, ponieważ wreszcie nagromadzenie płynu w brzuchu utrudniało oddechanie a także i trawienie, więc zdecydowaliśmy z kol. Dzierżawskim wypuszczenie płynu z brzucha. Kol. Dzierżawski, po odpowiednim przygotowaniu dziecka, wkłół trójgranicę z lewej strony brzucha pomiędzy linią białą a kolcem biodrowym górnym przednim. Ku wielkiemu naszemu zdziwieniu z otworu wewnętrznego rurki trójgranicę wypływać zaczął nie płyn surowiczy, lub ropny, lecz białe żółtawy płyn, mający wygląd mleka. Tak więc mieliśmy do czynienia z mleczną puchliną brzucha (ascites chylosus czy też adiposus). Płynu tego wypuścił kolega Dzierżawski około 750 ctm sz. Po wypuszczeniu brzuch zmalał znacznie, znikł płyn w mosznie, która się skurczyła i żyły na skórze brzucha stały się mniej widoczne. Równocześnie i przy opukiwaniu zaznaczyć można było zmniejszenie się ilości płynu: górna granica tępości na brzuchu sięgała już tylko na jeden palec poprzeczny niżej pępka. Płyn wkrótce zaczął zbierać się w mosznie. Nałożono opatrunek i dziecko kazaliśmy zostawić w zupełnym spokoju; poruszać go najmniej, dawać ssać co trzy godziny. Płyn mleczny wziąłem do analizy, o rezultatach której powiem poniżej ¹⁾. Dziecko zaczęło oddychać swobodniej (40 razy na minutę), zaraz zaczęło ssać i wogóle drobny rękoczyn wykonany na niem nie wpłynął szkodliwie na jego stan ogólny.

Dnia 22 V. Stan dziecka pogorszył się znacznie. Zjawily się wymioty, których przedtem nie było. Dziecko wymiotuje głównie mlekiem nieściętym. Silna duszność. Jest bardzo niespokojne. Stan bezgorączkowy. T. 37.3. Oddech 56. Tętno 130, bardzo

¹⁾ Płyn ten pokazywał nazajutrz t. j. dnia 21 maja r. z. w Towarzystwie Lekarskim kol. Dzierżawski.

mały. W płucach zmian niema. Przez te parę dni było po 4—6 wypróżnień dziennie ze śluzem, zielonych. Brzuch wydaje mi się na oko większym niż był po wypuszczeniu płynu. W samej rzeczy tępość w położeniu poziomem dziecka sięga na jeden palec wyżej pępka. Żyły na skórze nie widoczne. Obwód brzucha na wysokości pępka 37 ctm.; na linii odpowiadającej końcowi wyrostka mieczykowatego 40 ctm. Wymiar podłużny od wyrostka mieczykowatego do pępka 12; od pępka do spojenia łonowego 6 ctm. ¹⁾ Ponad granicą stępienia, odgłos wypukowy wysoki tympanityczny. Ze względu na osłabienie działalności serca kazałem podawać wino; ze względu na stan organów trawienia—kwas solny.

Dnia 25 V. Temi dniami stan dziecka był bardzo zły: wielki upadek sił, niechęć do ssania, duszność. Wymioty bardzo częste po każdym ssaniu. Obecnie stan dziecka poprawił się nieco. Ssie ono lepiej i wymiotuje rzadziej. Zresztą przez te dni parę stan był bezgorączkowy. Ciężota nie podnosiła się nigdy wyżej 37.5°. Obecnie T. 37.2°. Tętno 148, trochę większe niż poprzednio; oddech 40. Obwód brzucha na linii pępkowej i mieczykowej 40 ctm. Odległość od pępka do wyrostka mieczykowatego 14 ctm., od pępka do spojenia 6 ctm. Górna granica tępości sięga na 3 palce wyżej pępka. Płyn zupełnie ruchomy, wyczuwa się chębotanie. Ze względu na to, że dziecko ma stale wypróżnienia zielone ze śluzem, że wymiotuje od czasu do czasu, przepisano kalomel i olej rącznikowy.

Dnia 28 V. Dziecko ma się znacznie lepiej. Jest weselsze, ssie lepiej. Wymioty wszystkiego 1—2 razy dziennie. Wypróżnienia zielono-żółte, gęściejsze, śluzu w nich mniej. Obwód brzucha na linii pępkowej 39. Na linii mieczykowej 39½ ctm. Odległość od pępka do wyrostka mieczykowatego 13; od pępka do spojenia 6 ctm. Płyn w położeniu poziomem sięga na dwa palce wyżej pępka. Duszności niema.

¹⁾ Wymiary te przyjąłem dla tego, że ¹⁰⁾ granica do której płyn dochodził, wahała się około linii pępkowej: raz przewyższała ją, innym razem spadała niżej, ²⁰⁾ jak mówiłem wyżej okolica dolka podsercowego była u dziecka wypukłą wskutek wypchnięcia trzewiów ku górze. Wymiary więc te dawały niejaki pojęcie o ilości płynu w brzuchu, a także o jego konfiguracji. Wymiary te u dzieci zdrowych w jednym z S. G. wieku wynoszą, jakem się miał sposobność przekonać, na kilkunastu dzieciach, średnio: obwód na linii pępkowej 30—35; na linii mieczykowej 35—39; od wyrostka mieczykowatego do pępka 9—10; od pępka do spojenia łonowego 5—7 ctm. (Przyp. autora).

Dnia 30 V. Dziennie 2—3 wypróżnienia dosyć obfite ze śluzem. Wymioty parę razy dziennie po ssaniu po większej części mlekiem nieściętym. Czkawka podczas całej wizyty. Zjawia się ona przy przewijaniu dziecka. Ssie dobrze, śpi spokojnie. Mocz oddaje bardzo niewiele. Obwód brzucha na wysokości pępka 39 ctm. Na wysokości wyrostka mieczykowatego 42 ctm. Odległość od pępka do wyrostka mieczykowatego 13 ctm.; od pępka do spojenia łonowego 6 ctm. Górna granica tępości dochodzi na dwa palce wyżej pępka. Brzuch silnie wzdęty. Zwłaszcza bardzo jest wydatną okolica dołka podsercowego. Odgłos wypukowy powyżej płynu wysoki tympanityczny.

Dnia 4 VI. Dziecko ssie dobrze i śpi spokojnie. Wymioty powtarzają się od czasu do czasu. Duszność. Oddechów na minutę 56. W płucach zmian niema. Kaszlu niema. Ilość płynu w brzuchu wciąż się powiększa. Obwód brzucha na wysokości pępka $39\frac{1}{2}$ ctm.; na wysokości wyrostka mieczykowatego $43\frac{1}{2}$. Od wyrostka mieczykowatego do pępka $14\frac{1}{2}$ ctm.; od pępka do spojenia łonowego $7\frac{1}{2}$ ctm. Górna granica płynu sięga na 4 palce wyżej pępka. Naczynia żyłne na skórze brzucha przeświecają silnie. Lekka sinica błon śluzowych.

Dnia 7 VI. Stan ogólny ten sam. Brzuch powiększył się jeszcze. Obwód brzucha na wysokości pępka 40 ctm.; na wysokości wyrostka mieczykowatego 45. Od pępka do wyrostka $1\frac{1}{2}$ ctm.; od pępka do spojenia łonowego 6 ctm. Górna granica płynu w położeniu poziomem sięga na 4 palce wyżej pępka. Czkawka trwa ciągle. Przez cały czas stan bezgorączkowy. Kazano przykładać Emplastrum hydrargyri de-Vigo z Unguentum cinereum aa, w ten sposób że podzielono powierzchnię brzucha na 4 pola i na każdym codziennie na przemian przykładano plaster.

Dnia 11 VI. Stan ogólny znacznie lepszy. Oddech spokojniejszy, głębszy, 48 razy na minutę. Sinica znikła. Czkawki niema. Brzuch duży, lecz wypuklenie nadbrzusza mniej wyraźne. Obwód brzucha na wysokości pępka 41 ctm.; na wysokości wyrostka mieczykowatego 40 ctm. Od wyrostka mieczykowatego do pępka 12 ctm.; od pępka do spojenia 5 ctm. Górna granica płynu sięga na 3 palce wyżej pępka. Żyły na skórze brzucha przeświecają słabiej. Kazano dalej przykładać plaster rtęciowy.

W tymże czasie wyjechałem z Warszawy i dziecka nie widziałem przez 16 dni. Matka była raz z niem u kolegi Dzierżawskiego, który stwierdził, że wylew znacznie się zmniejszył, tak że oznaczyć granice jego było trudno. Kazał odstawić plaster rtęciowy. Bliższych szczegółów co do zachowania się wymiarów brzucha, granicy płynu i ogólnego stanu dziecka nie posiadam.

Dnia 28 VI. Przez czas dwutygodniowy, dziecko, według opowiadania matki miało się coraz lepiej. Brzuch małał „w oczach.” Stan ogólny dziecka był bardzo dobry. Na parę dni jednak przedtem dostało wymiotów i biegunki i głównie z tego powodu matka zasięga rady. Brzuch, rzeczywiście, znacznie mniej wzdęty. Na całej przestrzeni brzucha wszędzie wysoki odgłos tympaniczny, nigdzie stłumienia, ani chelbotania, skóra na brzuchu nie tak rozciągnięta, żył na skórze brzucha nie widać. Płyn widocznie znikł. Istnieją tylko objawy ostrej niestrawności. Z powodu tej niestrawności dziecko leczyło się u mnie do 20 lipca, t. j. przez dni 23. Przez cały ten czas widziałem dziecko 8 razy. Ani razu nie mogłem stwierdzić obecności płynu w brzuchu. Dziecko pomimo biegunki, pozwalającej wnioskować o katarze kiszek, podoстрыm, poprawiło się znacznie, a w ostatnich czasach, gdy objawy ze strony kiszek ustąpiły, poprawa postępowała nadzwyczaj szybko. Tego okresu choroby, jako nieprzedstawiającego interesu nie opisuję.

Dnia 20 lipca dziecko wyjechało na wieś i widziałem je w połowie sierpnia. Było ono zdrowe i nie było żadnych objawów nagromadzenia płynu w brzuchu. Pomimo wielokrotnego zalecenia, dziecko nie pokazało się u mnie więcej. Wypuszczony przez kol. Dzierżawskiego płyn zbadałem pod mikroskopem, a następnie pod względem chemicznym w pracowni chemicznej Szpitali Warszawskich przy szpitalu św. Ducha. Przy dokonywaniu rozbioru chemicznego służył mi zawsze najchętniej wskazówkami i pomocą dr. Leon Nencki, chemik szpitali Warszawskich, za co mu niniejszem składam serdeczne podziękowanie.

Płyn wypuszczony jest biały, słabo przezroczysty, wygląda zupełnie jak mleko. Ciężar właściwy płynu 1007. Odczyn słabo zasadowy. Płyn wcale nie krzepł przez 3 dni po wypuszczeniu. Czwartego dnia dopiero na dnie naczynia utworzył się skrzep niewielki, wielkości ziarna bobu. Płyn trzymany w temperaturze pokojowej (około 20 stopni) przez 4 dni nie psuł się wcale, 5-go dopiero zaczął cuchnąć. Przez cały czas, jaki płyn miałem u siebie (około 10 dni), nie utworzyła się na powierzchni jego warstwa śmietanki, jaka się często tworzy w tego rodzaju płynach. Pod mikroskopem w płynie widać bardzo drobne, silnie odbijające światło ziarenka i nieco większe kulki tłuszczowe, podobne do kulek mleka kobiecego. Bardzo rzadko (na niewielu z licznych zrobionych przeze mnie preparatów), widzieć można było nieliczne białe ciała krwi. Po dodaniu kropli eteru do preparatu, ziarenka tłuszczowe zlewały się z sobą, tworząc mniejsze i większe, niektóre bardzo duże kulki tłuszczowe.

Skrzep, jaki otrzymałem w płynie, badany pod mikroskopem zawierał sieć włókien włóknika, w oczkach której znajdowały się wspomniane wyżej kulki i ziarenka tłuszczowe, a także nie-liczne leukocyty i czerwone ciała krwi. Bardzo być może, że te komórkowe elementy pochodziły z drobnego krwawienia rany od przekłócia trójgrańcem i że one spowodowały ścięcie się części płynu, gdyż ten wogóle nie ścinał się wcale.

Badalem płyn na laseczniki gruźlicze. Badanie to było dosyć trudne, gdyż trzeba było wyciągać tłuszcz za pomocą eteru, co nie było rzeczą bardzo łatwą. Laseczników nie znalazłem tak jak i inni autorowie, którzy ich poszukiwali w wylewach płynu mlecznego.

Dla zbadania płynu na zawartość w niem tłuszczu, wyciągano ten ostatni przy pomocy klócenia z eterem siarczanym, następnie eter odparowano na kąpeli wodnej i pozostały tłuszcz zważono. Okazało się, że tłuszczu w płynie znajduje się 4,756%. Tłuszcz ten miał barwę żółtą, jasną. Przy ciepłocie pokojowej (około 20°) był skrzepnięty.

W płynie pozbawionym tłuszczu, strącano białko przy pomocy ogrzewania i dodania kwasu octowego. Po wysuszeniu białka znajdującego się na filtrze w kąpeli powietrznej przy ciepłocie 100—105°, zważono je. Okazało się że białka znajduje się 2,297%. Z soli określono tylko chlorki sposobem wolumetrycznym. Płyn zawierał ich 0,195%. Tak więc płyn zawierał:

Białka	2,297%
Tłuszczu	4,756%
Chlorków	0,195%

Cukru w płynie nie wykazała żadna z prób. Oprócz tego badano wielokrotnie mocz dziecka, który otrzymać mogłem tylko w bardzo niewielkiej ilości, gdyż dziecko wogóle moczu oddawało mało, a zbieranie jego było w warunkach otoczenia dziecka zbyt trudnem. Nigdy w moczu nie znaleziono białka ani cukru. Mieliśmy tu niewątpliwie do czynienia z wylewem mleczka do jamy otrzewny a nie z zamianą wysięku ropnego, czy włóknikowego na tłuszczowy. W samej rzeczy 5 tygodni czasu, jaki upłynął od urodzenia dziecka, wydaje mi się bezwarunkowo niedostatecznem dla wytworzenia takiej wielkiej ilości tłuszczu, jak w naszym przypadku. Gdyby wysięk był ropny, to prawdopodobnie i przy tłuszczowej jego przemianie zawierałby on daleko więcej ciałek białych krwi niż to miało miejsce w naszym przypadku. Następnie trudno przypuścić, aby wysięk ropny uległ tak zupełnemu wessaniu. Co się tyczy przemiany tłuszczowej komórek nowotworowych, to tę

stanowczo wykluczyć można wobec braku tych komórek w płynie mlecznym, a także wobec pomyślnego zakończenia choroby.

Co się tyczy przebiegu choroby, to mamy wszelki powód do przypuszczenia, że cierpienie było wrodzonym, że już przy przyjściu na świat dziecka istniał wpływ mleczka, albo też że wpływ ten zaczął się zaraz po urodzeniu, przyczyna zaś, która go wywołała, istniała jeszcze w życiu płodowym. Inaczej albowiem pojąć trudno jakim sposobem wpływ mógł powstać, jeśli nie było żadnego urazu, przy którym pęknięć mogło naczynie limfatyczne. Jakiego rodzaju mogła być przyczyna, co wpływ wywołała, nad tem zastanowię się poniżej. Podczas całego przebiegu choroby nie było gorączki, co świadczy o tem, że sprawy zapalnej w otrzewny nie było, jak również i o tem, że nie mieliśmy do czynienia z zapaleniem naczyń limfatycznych. Wydęcie brzucha w górnej jego części było uwarunkowane tem, że kiszki przez płyn były uniesione ku górze. Prócz tego istnieć musiała atonia kiszek resp. żołądka, gdyż nawet po wessaniu się płynu, brzuch w górnej swej części był wzdęty. Wymioty, powtarzające się w czasie choroby parę razy, były prawdopodobnie uwarunkowane przez ucisk płynu na kanał pokarmowy. Co się tyczy leczenia, to wypuszczenie płynu okazało skutek ujemny; czy pomogła szara maść — rozstrzygać trudno. Wnioskowanie w tym razie zbytby trąciło znanym błędem logicznym: post hoc ergo propter hoc.

II.

Zanim przystąpię do omówienia przyczyny wylewu płynu mlecznego w moim przypadku, wypada mi przedstawić obecny stan wiedzy naszej co do wylewów płynu mlecznego do jam ciała, zastanowić się nad składem chemicznym owych przezięków, nad sposobami ich powstawania, nad przebiegiem samej choroby, rokowaniem w niej i leczeniem, jeśli o takim mowa być może. Wypadków wylewu soku mlecznego do jam ciała jest bardzo wiele znanych w literaturze, B a r g e b u h r zebrał, jakiem to mówił wyżej, 75 wypadków Ascites chylosus i chyloformis. Przypadki wylewów do jamy opłucny są rzadsze, lecz i ich można spotkać kilka. Ponieważ sama sprawa jest dosyć zagadkową, więc uważałem za stosowne przytoczyć niektóre bardziej charakterystyczne opisy choroby.

Według Bargebuhr'a ¹⁾ pierwszy przypadek ascites chylosus obserwował w r. 1699 Poncy. Wypuścił on w 22 punktach dziewczynie 18 letniej 285 kwart płynu. Chora zmarła.

Pierwszym, który obszerniej traktował kwestyę wylewów mleczka do jam ciała, był Van Swieten ²⁾. Twierdzi on, że przyczyną tych wylewów jest pęknięcie naczynia limfatycznego. Pęknięcie to ma za przyczynę zastój w układzie żylnym, wskutek którego naczynia limfatyczne rozszerzają się i rozszerzone mogą pęknąć i wylać swą zawartość do jam. Tego rodzaju rozszerzenie naczyń limfatycznych widział Louverus u owiec dotkniętych puchliną wodną brzucha i piersi. Gdy takie naczynia rozszerzone pękną, to może się z nich wylać znaczna ilość płynu. Tak Ruysch opowiada o chirurgu, który przeciąwszy „niedojrzałą” dymienię pachwinową, zranił naczynie limfatyczne i limfotok z tego powodu był tak znacznym, że codzien przemakały opatrunki. To samo widział nieraz van Swieten, przy zranieniu naczynia limfatycznego podczas upustu krwi. Tak więc pewne choroby mogą spowodować pęknięcie naczyń limfatycznych i dostanie się mleczka do jam ciała. Van-Swieten zna dwa przypadki takie. Pierwszy z nich opisał Monro ³⁾, który u człowieka wypuścił z piersiowej jamy znaczną ilość „liquidi chylosi,” a na sekcji znalazł pęknięcie przewodu piersiowego na wysokości 3—4 kręgu grzbietowego.

Inny wypadek opisuje Morton ⁴⁾. Chłopiec dwuletni po zapaleniu płuc, kaszlał i cierpiał na duszność przez rok cały; do tego przyłączyła się gorączka przepuszczająca codzienna, „tumor abdominis hydropicus” powiększający się z dnia na dzień, coraz większy kaszel i duszność. Morton miał zapowiedzieć otaczającym, że w brzuchu zebrał się płyn mleczny, skutek pęknięcia naczyń mlecznych (byłby to pierwszy i ostatni wypadek powstania rozpoznania za życia bez przekłócia brzucha). Przy przecięciu brzucha, dokonaniem jeszcze na żywym dziecku, wypuścił M. kilka funtów płynu mlecznego, takiego jaki znajduje się w przewodzie mlecznym. Chłopiec umarł. Na sekcji znaleziono powiększenie gruczołów oskrzelowych, które wywierały ucisk na przewód piersiowy u samego ujścia tegoż do żyły podobojczyko-

¹⁾ Bargebuhr l. c.

²⁾ Gerardi L. B. van Swieten Commentarii in Hermanni Boehaave Aphorismos de cognoscendis et curandis morbis IV. I Str. 188—189. Tourini 1764.

³⁾ Essay on the Dropsy p. 22 cyt. u Van Swieten'a.

⁴⁾ Morton. Phthisiologia ib. I cap. 10 str. 21 cyt. u Van-Swieten'a.

wej. Sam przewód był znacznie rozszerzony. Wskutek tego ucisku wlewanie się mleczka do żyły było bardzo utrudnione, jeżeli tylko możliwe.

Lieutaud ¹⁾ przytacza, oprócz powyższych jeszcze dwa przypadki wylewów mleczka do jam ciała. Pierwszy dotyczył 7-letniej dziewczynki, która po upadku z wysokości była smutna, senna, miała wymioty i zaparcie stolca. Brzuch powiększył się, wyczuć w nim można było chelbotanie. Umarła przy objawach wysokiego wyniszczenia. Na sekcji znaleziono gruzlicę (?) ²⁾ otrzewny i wylew znaczny „humoris lactei vel mere chylacei” w jamie brzucha ³⁾. Drugi wypadek spostrzegł Lossius u chłopca. Znalazł on w brzuchu płyn mleczny, który miał zebrać się tam wskutek pęknięcia przewodu mlecznego ⁴⁾.

Pierwszy przypadek dokładnie opisany pod względem anatomicznym spotykamy u Rokitansky'ego ⁵⁾. Dotyczył on 62 letniej kobiety. Na sekcji znaleziono: Dilatio et hypertrophia cordis, insufficientia bicuspidalis. Obrzęk skóry, obfite wylewy mleczka w obydwu jamach opłucny i w jamie otrzewny. Kosmki jelita cienkiego przepelnione białym płynem; naczynia limfatyczne podopłucnowe rozszerzone; naczynia mleczne i przewód piersiowy w następującym stanie: pierwsze od kiszek aż do najbliższych gruczołów węzłowo rozszerzone; napelnione białą podobną do mydła brudno-tłustą masą. Masa ta składała się z kulek tłuszczowych i kryształów margaryny. W żyłakowatych rozszerzeniach naczyń mlecznych masa ta była bardziej zbitą i przylegała do ścianek naczynia. W żyłakach tych naczynia wysłane były siatką włóknistą i w niektórych miejscach zatkane. Gruczoły limfatyczne nie były powiększone. Naczynia wpadające do zbiornika mlecznego (cisterna chyli) rozszerzone, również jak i sam zbiornik. Przewód piersiowy i zbiornik mleczowy zawierały małe przegrody i pierwszy w niektórych miejscach był zatkany. Oczywiście mieliśmy tu do czynienia z licznymi chłoniakami naczyń mlecznych i przewodu piersiowego. Chłoniaki, sądząc z opisu, były proste i jamiste.

(C. d. n.).

¹⁾ Josephus Lieutaud. Historia Anatomico-medica. T. I et II, Paryż 1767.

²⁾ Mesenterium scirrhum vel materia quadam albicante et quasi creta-cea infarctum.

³⁾ Lieutaud. l. c. T. I obs. 1763 str. 428. 4 Lieutaud. l. c. Obs. 1764.

⁴⁾ Rokitansky Pathol. Anat. T. II. Str. 388—9. Wiedeń 1856.

II. PRZYPADEK

POLYARTHRITIDIS ACUTAE

po zastrzykiwaniach surowicy przy krupie.

Podał

A. Koral

Ordynator Szpitala dla dzieci staroz.

Pomimo, że stosowanie surowicy przy błonicy i krupie datuje się zaledwie od roku, literatura lekarska może się poszczycić imponującą cyfrą — około 180 mniej lub więcej obszernych prac, dotyczących rzeczonego środka (pomiędzy niemi polskich 14).

Już sama ta okoliczność dobitnie świadczyć może o znaczeniu surowicy w terapii i wskutek tego każde spostrzeżenie, mogące się przyczynić do wyświeetlenia tych lub owych dodatnich lub ujemnych stron w działaniu nowego środka, zasługuje na niepominięcie go milczeniem. Sądzę więc, że i przypadek poniższy, obserwowany przezemnie nie jest z powyższych względów pozbawiony pewnego interesu.

3-go Listopada r. b. przybył do oddziału mego w szpitalu dla dziec staroz. S. B., liczący lat 5, z objawami dość znacznie posuniętego zwężenia krtani i kaszlem suchym, które to objawy trwały od dwóch dni. Przy badaniu znalazłem co następuje: odżywianie znakomite, gardziel znacznie zaczerwieniona, migdałki obrzmiałe, na prawym migdałku biały nalocik wielkości główki od szpilki, oddech znacznie utrudniony, kaszel bezdźwięczny, krupowy. Ciepłota 37,0°, tętno 120 pełne. Chory w przeddzień przybycia do szpitala, miał w domu zastrzyknięte 1000 jednostek uodpor. surowicy (Roux?). Wieczorem tegoż dnia, wobec szybkiego wzmaganiania się objawów zwężenia krtani, lekarz miejscowy szpitala kol. J. Szpilrein wykonał małemu pacjentowi tracheotomję bez uspiania chloroformem, poczem oddychanie poprawiło się w zupełności.

Nazajutrz (4/XI) rano stan bezgorączkowy. Chory oddecha dobrze, wykrztuszanie mierne; lekki białkomocz. Wypróżnienia nie było od 2-ch dni. Ciepłota wieczorem 39,0°.

5/XI ciepłota rano 39,5° tętno 144, po zadaniu ol. ricini stolec kilkakrotny. Stan ogólny niezły. Wieczorem ciepłota 38,4°. Oddechanie nieco utrudnione, wykrztuszanie nader skąpe, słychać świst błon krupowych. Zastrzyknięto 1000 jedn. uodpor. surowicy warszawskiej.

6/XI rano ciepłota 38,5°, tętno 144. Oddechanie lepsze, wykrztuszanie dość obfite; mocz nie zawiera białka. Wieczorem ciepłota 39,4°.

7/XI rano ciepłota 38,8° tętno 144 dość słabe. Na całym prawie ciele prócz głowy ukazała się wysypka, podobna do szkarlatynowej. Oddech dobry; wypróżnienia cuchnące. Przepisano kamforę w emulsji z ol. ricini. Ciepłota wieczorem 38,4°.

8/XI ciepłota rano 37,4° tętno 120. Wysypka bledsza. Wyjęcie rurki tracheotomijnej. Stolec lepszy. Ciepłota wieczorem 38,0°.

9/XI Ciepłota rano 37,4°, tętno 124. Wysypka znikła, chory oddecha gorzej. Wprowadzenie napowrót rurki, wieczorem ciepłota 38,4°.

10/XI. Ciepłota rano 39,4°, tętno 144 miękie. Oddechanie nieco utrudnione, wykrztuszanie prawie żadne. Badanie płuc i serca nie wykazuje żadnych zmian. Mocz nie zawiera białka. Ciepłota wieczorem 39,2°. Zaordynowano chininę (gr. V).

11/XI ciepłota rano 39,4° tętno 136 miękie i dość słabe. Stan bez zmiany. W obec obawy przejścia sprawy błonicznej na tchawicę i oskrzela zastrzyknięto (experimenti gratia) 2000 jedn. nadpor. surowicy peters. Wieczorem tegoż dnia chory żali się na ból w stawach kolanowych i wśródpalcowych prawych, które przy badaniu okazały się obrzękami i zaczerwienieniami. Zaordynowano okład ciepły. Około godz. 10 wieczorem drgawki, trwające minut 10. Ciepłota 39,4°. W nocy wystąpiło znaczne obrzmienie w prawym stawie promienio-napięstkowym.

12/XI. Ciepłota rano 39,8°, tętno 148 słabe i miękkie. Oddechanie nieco utrudnione. Drżenie kończyn górnych. Biegunka. Do powyżej wspomnianych przyłączyło się znaczne obrzmienie z zaczerwienieniem odpowiednich stawów w lewej kończynie górnej, oraz ropień chelboczący w okolicy lewego stawu mostko obojczykowego. Wszelkie poruszenia czynne jak również i bierne z powodu gwałtownego bólu, jaki sprawiają choremu, niemożliwe; przytomność zachowana. Ciepłota wieczorem 40,0°; zaordynowano w dalszym ciągu ciepłe okłady i natr. salicylicum z kamforą.

13/XI. Rano ciepłota 40,0° tętno prawie niewyczuwalne. Obrzmienie stawów nader znaczne. Drgawki, połączone ze zgrzytaniem zębami. Rana tracheotomijna zupełnie sucha. Tegoż dnia

o godz. 2 po południu chorey życie zakończył. Sekcya z powodu niezgodzenia się rodziców na nieszczęście dokonaną nie była.

Przypadek nasz zasługuje na uwagę wyłącznie niemal ze względu na zajęcie wielu naraz stawów. Powikłanie powyższe po zastrzyknięciach surowicy, o ile mi wiadomo, należy do nader rzadkich, na 150 bowiem prac, znanych mi z oryginału lub streszczeń, a dotyczących co najmniej paru tysięcy chorych, spostrzegano je zaledwie w 11 przypadkach, jakkolwiek dość często napotyka się u rozmaitych autorów wzmianka o bólach w stawach. Z liczby owych 11 chorych Jakubowski¹⁾ wspomina o 3, w której po wysypce podobnej do szkarlatynowej rozwinęła się polyarthritiś ac. (rheumatica) z zejściem pomyślnem. Wiederhofer²⁾ miał 2 przypadki z przejściowem obrzmieniem stawów po wysypce podobnej do szkarlatyny, również pomyślnie zakończonych. U Hryntschak'a³⁾ 6-go dnia po zastrzyknięciu wystąpiła wysypka podobna do pokrzywki, a 14-go dnia obrzmienie i ból w stawach dłoni, stopy i lewem kolanie z zejściem pomyślnem. Stein⁴⁾ wspomina o paru powikłaniach ze strony stawów z przebiegiem pomyślnym. W przypadku Lublińskiego⁵⁾ u chłopca 8 letniego dziewiątego dnia po zastrzyknięciu wystąpiła znaczna gorączka, połączona z bolesnem obrzmieniem stawów, przyczem równocześnie ukazała się wysypka plamista; po upływie czterech dni wraz z zniknięciem wysypki ustąpiła gorączka i znikło obrzmienie stawów. W przypadkach Asch'a⁶⁾ u 2 $\frac{1}{4}$ letniego dziecka 16-go dnia choroby przy wysokiej ciepłocie (39,5°) wystąpił rozsiany rumień wielopostaciowy, a w parę dni później nader bolesne obrzmienie rozmaitych stawów, które dopiero około 20-go dnia poczęło się stopniowo zmniejszać. Z 2 przypadków Bagińskiego⁷⁾ w pierwszym u 7-letniej dziewczynki 15-go dnia choroby wystąpiła na całym ciele wysypka

¹⁾ Prof. Jakubowski. Sprawozdanie z doświadczeń dokonanych z antytoksyną w przebiegu błonicy. Przegl. Lek. 18, 19, 20, 21. 1895.

²⁾ Wiederhofer. Ueber Behrings Serumtherapie bei Diphterie. Wien Klin. Woch 1—7. 1895.

³⁾ Th. Hryntschak. Injection von Behrings Heilsernum gegen Diphterie und deren Folgen. Wien. klin. Woch Nr. 4, 1895.

⁴⁾ Stein. Zur Serumtherapie der Diphterie. Prager med. Woch. 12 i 13. 1895.

⁵⁾ W. Lubliński. Ueber eine Nachwirkung des Antitoxins bei Behandlung der Diphterie. Deutsche med. Woch. Nr 45, 1894.

⁶⁾ J. Asch. Zur Casuistik der Heilserum-Exantheme. Berl. Klein. Woch. Nr. 51, 1894.

⁷⁾ A. Bagiński. Die erste Serie der mit Antitoxin behandelten Diphterie-fälle. Arch. f. Kinderheilk. T. 18, 1895.

podobna do różyczki i równocześnie chora poczęła się skarżyć na silny ból w lewym stawie kolanowym, zwłaszcza w okolicy rzepki, które to objawy szybko znikły, w drugim przypadku u 4-ro letniego chłopca około 7-go dnia choroby wystąpiła wysypka podobna do szkarlatynowej, a w dwanaście dni później silne obrzmienie z zaczerwienieniem art. metacarpophalangei trzeciego palca u lewej ręki.

Oto krótki opis przypadków z zajęciem stawów, jaki znalazłem w dostępnej mi literaturze. Zastanowiwszy się bliżej nad każdym z nich, zauważyć można jeden szczegół, którego nie brak zarówno w powyżej przytoczonych przypadkach, jak również i w naszym, mianowicie, iż obrzmieniu stawów zawsze poprzedzała lub towarzyszyła wysypka, najczęściej w postaci podobnej do szkarlatynowej. Niezbyt przeto ryzykownem byłoby przypuszczenie, że istnieje jakiś bezpośredni związek pomiędzy wystąpieniem wysypki, a pewnymi objawami ze strony stawów, które to objawy w przeważającej liczbie przypadków kończą się na mniej lub więcej silnym bólu, w niektórych atoli razach wystąpić mogą zmiany zapalne widoczne, w jednym, kilku a nawet (jak w naszym) w wielu stawach. Co do samej istoty zapalenia, to u naszego chorego wobec wysokiej ciepłoty, znacznego obrzmania i gwałtownych bólów zarówno przy czynnych jak i przy biernych ruchach należy przypuścić zapalenie z rozpoczynającym się lub (jak np. w lewym stawie mostku-obojęczkowym) w zupełności rozwiniętym wysiękiem ropnym.

W końcu nasunąć się może jeszcze jedno pytanie: czy na rozwój tak niepożądaną sprawę zapalną w stawach nie wpłynęło zastrzyknięcie nazbyt wielkiej ilości surowicy, której nasz chory otrzymał 4000 jedn. uodporniających? Co do mnie, miałbym pewne wątpliwości odnośnie ostatnich 2000 jedn. uodp., zastrzykniętych choremu, jak już wyżej wspomniałem, więcej „experimenti gratia“. Dawka powyższa, jak widzieliśmy, choremu w sprawie zajęcia błoniczowej nie pomogła, natomiast wkrótce potem wystąpiły objawy ze strony stawów. Okoliczność powyższa przemawia tylko za zdaniem, wygłoszonem i przez wielu innych badaczy, że surowica działa skutecznie jedynie w pierwszych kilku dniach choroby, późniejsze zaś dawki nie wywierają już żadnego wpływu na sprawę błoniczą, a niekiedy mogą, jak w naszym przypadku, być przypuszczalną przyczyną niepożądanych powikłań.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzną.

1. Dr. B. Stiller. **Przyczynki do rozpoznawania raka trzustki.** (*Wiener Medicinische Wochenschrift* Nr. 45, 1895).

Na 627 przypadków raka narządów jamy brzusznej (wyluczając narządy moczopłciowe) znalazł Segré 127 przypadków raka trzustki, z tych jednak tylko 12 przypadków pierwotnego raka tego narządu. Miraillie odszukał w literaturze takich przypadków 113.

Obraz chorobowy nie przedstawia cech znamienych, któreby wyraźnie na raka trzustki wskazywały. Wyczuwalny guz—tak znamienna cecha przy rozpoznawaniu raka narządów jamy brzusznej, nie może być brany w rachubę przy rozpoznawaniu raka trzustki, najprzód z racyi niedostępnego badaniu położenia trzustki, a powtórnie z racyi niewielkich, a zwykłych dla raka tego narządu, rozmiarów nowotworu, usadowionego prawie zawsze w główce, leżącej przeważnie pod wątrobą. Spotka też zawód tego, kto będzie oczekiwał cukromoczu lub tłuszczowych stolców—jako skutków zmienionej czynności chorego narządu; objawy te zaledwie w mniejszej ilości przypadków raka trzustki spostrzegać się dają. Upośledzona trawienna i krwiotwórcza czynność tego ważnego narządu przejawia się zdaje jedynie w szybszym, aniżeli zwykle, przebiegu obowiązującego dla raka upadku odżywiania (kacheksyi). Niema zatem objawu charakterystycznego dla raka trzustki i jedynie szczęśliwe zestawienie wszystkich, tyczących się danego przypadku objawów, może dać cenne wskazówki dla rozpoznania tego rzadkiego cierpienia. Twierdzenie to popiera autor historią choroby 53 letniego urzędnika J. H., u którego postawił rozpoznanie pierwotnego raka trzustki, co potwierdziła sekcyja.

Dla braku miejsca nie cytuję tutaj ani status praesens chorego, ani rezultatów sekcyi, a przejdę do przytoczenia ważnych według autora rozpoznawczych wskazówek, upoważniających do postawienia diagnozy omawianego cierpienia.

Uprawnieni jesteśmy do rozpoznania raka trzustki, gdy przy objawach silnej niestrawności (kompletny brak łaknienia, wymioty, po większej części i bóle kardialgiczne), konstatujemy upadek odżywiania, szybko bardzo wzrastający z niezwykłym osłabieniem, dochodzącym do omdleń, przy subnormalnej cieplocie, braku rozszerzenia żołądka, gdy, idąc dalej, konstatujemy ciągle postępującą żółtaczkę bez znacznego powiększenia wątroby, a przy powiększeniu

pęcherzyka żółciowego; w końcu krótkie trwanie choroby (od 2 do 4 miesięcy) ma także rozpoznawcze znaczenie. Za ważną rozpoznawczą cechę poczytuje autor osłabienia, graniczące z omdleniami, i tłómaczy je udziałem w cierpieniu sąsiednich zwojów (splotów?) nerwu spółczulnego, jest to objaw, który R o m b e r g za charakterystyczny dla cierpienia, nazwanego przezeń „Neuralgia coeliaca” uważa i tłómaczy cierpieniem nerwu współczulnego brzuszego. Brak znacznego powiększenia wątroby pomimo kompletnego zastojów żółci, stara się autor wytłómaczyć szybkim upadkiem odżywiania, co wpływa z jednej strony na zmniejszone wytwarzanie żółci, a z drugiej sprowadza zanik tkanki wątroby; do zaniku przyczyniać się może i ucisk na tkankę ze strony wypełnionych kanalików żółciowych.

J. Świeżyński.

2. Prof. L a a c h e (z Chrystianii). **O chorobach serca niezastawkowych.** (*Rev. Méd. Tome XV Septembre 1895*).

Wspólna cecha tych chorób polega na powiększeniu serca, braku mechanicznych przeszkód w krążeniu i nienaruszeniu zastawek, lub objawach chorobowych nieproporcjonalnie silnie wyrażonych w porównaniu do niewielkich wad zastawkowych.

Z przyczyn powstawania tych chorób podkreśla autor następujące: 1^o Dziedziczność w tem znaczeniu, że mniejsza odporność serca na szkodliwości zewnętrzne przechodzi z jednego pokolenia na następne, podobnie jak to ma miejsce z innymi chorobami. Wiek odgrywa w tym razie ważną rolę: najbardziej uwydatnia się ta dziedziczność w wieku podeszłym w postaci stwardnienia naczyń. 2^o Syfilis i choroba cukrowa, niemniej jak choroby gorączkowe ostre są często przyczyną chorób serca. 3^o Alkoholizm i nadmierne wysiłki mięśniowe oddziałują bardzo ujemnie na serce. Pierwszy, zwłaszcza w postaci nadużycia piwa, jest najczęstszą przyczyną przerostu swoistego serca, spowodowanego przez nadmierne przepelnienie układu krążenia. Często występujące otłuszczenia przy nadużyciach wysokości lub niedostatecznej pracy mięśniowej prowadzą za sobą podobne następstwa. Co się tyczy nadmiernych wysiłków mięśniowych, to autor powstaje zwłaszcza przeciw modnym sportom, których ludzie nadużywają głównie dzięki temu, iż nie odczuwają na razie ujemnego ich wpływu, który się uwydatnia dopiero po wyczerpaniu zasobów sił serca. W tych razach, podobnie jak u górali, psów i koni ułożonych do szybkiego biegu, dużych ptaków i t. d., spotykamy przerost serca.

4^o Nadmierne wysiłki umysłowe i nerwowe powodują również choroby serca. Praca umysłowa zwłaszcza nocna przy jednoczesnych nadużyciach tytoniu, wykroczenia płciowe, wzruszenia i t. p. odgrywają tu ważną rolę. 5^o Nakoniec mówi autor o znaczeniu skrzywienia kręgosłupa, chorobach przewodu pokarmowego i współczesnym wpływie kilku bodźców na powstanie choroby serca.

Objawy chorób serca niezastawkowych przegląda autor w następującym porządku. Przedewszystkiem zwraca uwagę na żółtawe zabarwienie policzków, jakie zdarza się często, zależnie od zastoju w wątrobie, zazwyczaj powiększonej i współcześnie z czasem zjawiającem się krwiopluciem.

Dalej obmacywanie daje bardzo wiele: położenie „ictus cordis,” szmery i t. p. określają się dobrze tą drogą, gdy opukiwanie często zawodzi. Szybkość i prawidłowość tętna jest ważną wskazówką. Zwolnienie tętna dochodzi czasem do 10—8 i mniej uderzeń na minutę.

Skargi chorego są często charakterystyczne, chociaż zastrzedz się należy przed rozlicznymi sensacyami neurastenicznymi, historycznymi i t. p. Często spotykamy się z nadwrażliwością skóry w okolicy serca. Bicie serca, drżenie, ściskanie w piersi i za gardło, bóle, dochodzące niekiedy do ogromnego napięcia (angina pectoris) i rozpromieniające się po klatce piersiowej i po za nią są przedmiotem skarg chorych. Jednym z najprzykrzejszych objawów jest duszność. Nerwowe przypadłości: bezsenność, zawroty głowy, omdlewanie, drgawki, apopleksya i t. p. są częste.

Objawy chorobowe ze strony organów trawienia towarzyszą czasem chorobom serca. Najczęstszymi są bóle w dołku, niekiedy bardzo silne i wymioty. Mocz zawiera czasem białko i wałeczki, chociaż nerki są zdrowe. Obrzęki występują niezawsze, gdzie należałoby się ich spodziewać.

Z rokowaniem w chorobach serca należy być bardzo ostrożnym: nawet najcięższe postaci mogą przejść w stan przewlekły w odpowiednich warunkach; nagła śmierć jest stosunkowo rzadszem zejściem.

Śmierć bywa najczęściej skutkiem porażenia serca, lub pęknięcia jego, albo apopleksyi; w tym kierunku grają ważną rolę wielkie wysiłki, silne wzruszenia i t. p.—i z drugiej strony zapalenie płuc i grypa.

Przy leczeniu autor kładzie główny nacisk na ustalenie kompensacyi serca i następcze jej podtrzymanie. Gdy działalność serca słabnie, zaleca środki pobudzające, zwłaszcza eter pod skórę, co jakoby ma sprawiać doraźny doskonały skutek i przyspieszać ustalenie równowagi serca. Przejrzawszy częściej używane środki sercowe, zastanawia się autor nad morfiną i radzi nie używać jej w dużych dawkach. Zaleca też chloroformowanie (!) w ciężkich napadach. W końcu mówi o konieczności higieny serca na równi z higieną innych narządów.

W. Miklaszewski.

3. Dr A. Jolles. Łatwy i prosty sposób jakościowego i ilościowego określenia rtęci w moczu. (*Wiener Medicinische Presse* Nr 43, 1895.)

Wykrycie rtęci w wydzielinach i w wydalinach ma niezmiernie ważne znaczenie praktyczne. Ze wszystkich sposobów wy-

krywania rtęci w moczu największą mają wartość te, które opierają się na łatwości, z jaką rtęć łączy się z metalami, tworząc amalgamaty i na jej lotności. Ze sposobów opartych na tej właśnie zasadzie największą wziętością cieszy się metoda Winternitza. Metoda ta polega na tem, że cienki drut mosiężny spiralnie skręcony kładzie się do cienkiej rurki szklanej lejkowato zakończonej, Rurkę szklaną z drutem mosiężnym w nią włożonym łączymy za pomocą rurki gumowej z dużym lejkiem, w który nalewamy uprzednio zakwaszony kwasem solnym i ogrzany płyn rpsz mocz. Mocz przepływa przez rurkę szklaną a rtęć osadza się na drucie mosiężnym. Im cieńszem jest lejkowate zakończenie szklanej rurki, tem lepiej; w ogóle mocz powinniśmy przepuszczać przez rurkę przynajmniej w ciągu 24 godzin. Po tym czasie wyjmujemy drut mosiężny, który wskutek osadzenia na nim rtęci, stracił połysk metaliczny, przepłukujemy go w wodzie destylowanej, następnie w spirytusie i eterze a wysuszwszy kładziemy go do drugiej rurki szklanej również lejkowato zakończonej, w którą uprzednio włożyliśmy maleńki kryształek jodu. Otwarty szeroki koniec rurki zatykamy koreczkiem i nad lampką spirytusową ogrzewamy. Rtęć, która na drucie mosiężnym osiadła, ulatnia się i, łącząc się z parami jodu, tworzy przy węższym końcu rurki obrączkę czerwonego jodku rtęci. Z mniej lub więcej wyraźnej obrączki, z jej szerokości, można, zwłaszcza przy pewnej wprawie ocenić ilość w moczu zawartej rtęci. Jak widzimy sposób Winternitza zaleca się prostotą, jest jednak kłopotliwy, wymaga bowiem dłuższego czasu, aby osiągnąć pożądaný rezultat. Mosiądz posiada bardzo małą zdolność do łączenia się z rtęcią, największą zaś zdolność posiada ziarniste złoto i tym właśnie metalem autor posługuje się przy sposobie przez siebie podanym.

Do 100—300 c. ctm. moczu (zależnie od mniejszej lub większej ilości rtęci, jaka przypuszczalnie znajduje się) zakwaszonego 1—3 c. ctm. stężonego kwasu solnego dodajemy około 2 grm. ziarnistego złota; wszystko to zagrzewamy i dodajemy 2—3 ctm. nasyconego świeżo przygotowanego roztworu chlorku cynku. Jeżeli się utworzył kłaczkowaty osad tlenku cynku, dodajemy jeszcze nieco tegoż kwasu solnego w celu rozpuszczenia osadu. Wtenczas do płynu ogrzanego 70°—80° C dodajemy znowu 30—50 ctm. roztworu chlorku cynku, ogrzewamy ciągle, poruszając w ciągu 5 minut a po odstaniu zlewamy płyn z nad utworzonego na dnie naczynia amalgamatu. Amalgamat przemywamy wodą destylowaną dopóty, dopóki woda będzie zawierała chlor.

Wtenczas amalgamat rozkładamy kilkoma kroplami stężonego gorącego kwasu azotnego, przyczem rtęć przechodzi do roztworu; roztwór ten rozcieńczamy kilkoma kroplami wody destylowanej, oziębiamy i przelewamy do próbówki. Ilość płynu w ten sposób zebranego wynosi 1—1½ ctm. Do tego płynu dodajemy jednakową ilość świeżo przygotowanego roztworu chlorku a wtenczas przy minimalnych ilościach rtęci występuje wyraźne zamętnienie. Próba ta tak jest czuła, że wykazuje 0,002 grm rtęci w 100 ctm. moczu. Rtęć z amalgamatu możemy otrzymać jeszcze t. zw. drogą suchą. Otrzymany amalgamat przemywamy wodą, następnie spirytusem i eterem, a po dokładnem wysuszeniu kładziemy go do

rurki szklanej długości 6 ctm., a średnicy 1 ctm. Przy lekkim ogrzewaniu wobec bardzo małych ilości rtęci kółko rtęciowe występuje wyraźnie, ten ostatni sposób bardzo nadaje się do ilościowych obliczeń. Ogrzewając rurkę silnie możemy rtęć całkowicie z amalgamatu usunąć, a wiedząc wagę amalgamatu, po ulotnieniu się rtęci ważymy pozostałe złoto resp chlorek złota a różnica wykaże nam ilość znajdującej się w danym płynie rtęci. Sposób ten jak widzimy jest łatwy i szybki, ma jednak i słabą stronę a tą jest wysoka cena złota. Złota ziarnistego (dukatowego) 2 grm kosztuje około 3 rs. a chociaż autor utrzymuje, że ta ilość wystarczy na dużą liczbę analiz, gdyż pozostały chlorek złota można za pomocą sposobu, który autor w swym artykule obszernie opisuje, rozłożyć i wydzielić czyste złoto, manipulacja ta jednak jest kłopotliwą, wymaga pewnej wprawy technicznej i będzie ilość otrzymanego w ten sposób złota zawsze bądź-co-bądź mniejszą od pierwotnie użytego. Wobec tego, mojem przynajmniej zdaniem, sposób Winternitza pozostanie najdogodniejszym, zwłaszcza dla analiz jakościowych.

Edmund Kurella.

-II. Choroby dzieci.

4. Dr O. Soltmann (prof. w Lipsku). **Osobliwości fizjologiczne organizmu dziecięcego w stosunku do patologii i terapii.**
(*Akademicka lekcya wstępna*).

Wzrost i budowanie (Ausbau) organizmu dziecięcego warunkują fizjologiczne osobliwości u dziecka co do przemiany materji, oddechania, składu krwi i czynności układu nerwowego. Na tem to właśnie opiera się pewna odrębność pedjatrii jako specjalności. Jeżeli sprawy patologiczne w gruncie rzeczy nie przedstawiają odrębności, to objawy patologiczne u dzieci w porównaniu z temiż u dorosłych wyróżniają się ze względu na budowanie tkanek, ciągły wzrost dzieci, różnią się nawet w różnych okresach rozwoju dziecka.

Od czasu, gdy leczenie dzieci oparto na rozwoju patologicznej fizjologii i patologii doświadczalnej, gdy bliżej poznano funkcję organów, miarę przemiany materji w rozwijającym się dziecku, wówczas bliżej poznano osobliwości przebiegu chorób dzieci, zrozumiano dlaczego pewne leki, używane z pożytkiem u dorosłych, przy tychże objawach chorobowych u dzieci nie tylko nie pomagają lecz szkodzą, dlaczego dozowanie lekarstw, szczególniej pewnej grupy takowych, nie może się opierać na ilościach proporcjonalnych wiekowi dziecka, natomiast przekonano się, że dyeta i higiena stanowią podstawę leczenia chorego

dziecka. Nigdzie jaskrawiej nie występują te osobliwości wieku dziecięcego, jak w chorobach systematu nerwowego, krążenia i przemiany materii.

Podczas gdy mózg noworodka waży 380 gr., mózg jednorocznego dziecka osiąga już 1000 gr., a dwulatka 1200 gr., mózg zaś dorosłego waży 1300—1400 gr. Zatem poczynając od końca pierwszego roku w ciągu dalszego rozwoju człowieka przybywa około $\frac{1}{6}$ masy mózgowej; gdy u dziecka mózg wynosi 13—14,3% u dorosłego zaledwie 2,3% całej wagi ciała. Jak więc żywa musi być przemiana materii w mózgu u dzieci w porównaniu z dorosłymi; zważywszy miękkość substancji mózgowej u dzieci, obfitującej w wodę, brak rozgraniczenia między substancją białą a szarą, niedostateczne jeszcze ukształtowanie włókien nerwowych i piramid, pojąć łatwo wielką wrażliwość mózgu dziecięcego, oraz wyjaśnić dlaczego u dzieci podczas chorób, mających siedlisko poza obrębem czaszki, jak n. p. w cierpieniach przewodu pokarmowego i dróg oddechowych, przy sprawach zapalnych i stanach gorączkowych z taką łatwością występują drgawki, podczas gdy w miarę wzrostu częstość takowych znacznie się zmniejsza, a u dorosłych wówczas zaledwie systemat nerwowy odpowiada dreszczami, bólem głowy, ogólnem nieodmaganiem. Ta pobudliwość nerwowa u dzieci, nazwana ogólnem mianem spasmophilia jest uwarunkowaną tem, że mózg u małych dzieci nie działa jeszcze jako organ woli i inteligencji, wobec braku rozwoju centrów hamujących nie wywiera wpływu, wstrzymującego odruchy.

Z końcem pierwszego roku i w początku drugiego pobudliwość nerwów obwodowych jest większą niż u dorosłych, ośrodki w korze mózgowej i drogi hamujące zaczynają się rozwijać, nie są jednak w tym stopniu ukształtowane, ażeby mogły powstrzymać odruchy, wynikające z podrażnień obwodowych. U noworodków wpływy hamujące mlecza nie istnieją i tem się tłumaczy, dlaczego u noworodków kurcze kloniczne łączą się z tonicznymi, dlaczego między eklampsyą a tężcem niema istotnej różnicy, tylko stopień objawów i etyologia mają tu znaczenie w różniczkowaniu. W miarę wzrostu przewaga objawów rdzeniowych nad mózgowymi coraz więcej ustępuje. Długość rdzenia w stosunku do kanału rdzeniowego się zmienia; u noworodka wynosi 85% długości kanału i stopniowo opada do 65%. Wzrost rdzenia odbywa się powolniej niż mózgu, którego powierzchnia, fałdując się, 12 krotnie się powiększa. W miarę rozwoju systematu nerwowego objawy refleksyjne ustępują występują natomiast często przejawy niedostatecznych jeszcze wpływów hamujących zaburzenia w koordynacji (jaskanie się, chorea, atetosis). „Natura non fecit saltum.” Dlatego też nie jest to przypadkowe, że u noworodków występuje tężec, u ssawców eklampsyja, chorea między 8—9 rokiem, gdy rozwój mózgu się kończy, epilepsyja w okresie pubertatis, objawy psychiczne i zaburzenia w czynnościach kory mózgowej z chwilą dojrzałości płciowej.

W leczeniu zaburzeń nerwowych u dzieci musimy się opierać na innych podstawach, niż u dorosłych. Używane u doro-

słych sedativa, narcotica, nervina nie mogą być używane u dzieci w stosunku proporcjonalnym do ich wieku i wagi ciała, działanie bowiem środków narkotycznych polega nie tylko na wpływie ich na naczyń krwionośną resp. na rozszerzeniu lub zwężeniu naczyń (hyperaemia i ischaemia), a zatem na modyfikacji stosunków odżywiania, lecz także na pewnym powinowactwie pierwocin elementów nerwowych do środków narkotycznych, które, wchodząc w związek z substancją nerwową, powodują pewne obrzmienie i degenerację protoplazmy, a co za tem idzie, obniżają czynność i sprawność elementów nerwowych, póki krążenie i bieg przemiany materji nie wyrówna tych zmian, jeżeli miały miejsce w lżejszym stopniu, póki jednym słowem krew nie wypłócze tych jądów z sybstancji nerwowej i nie wywali przez nerki. Ze względu na różne fazy rozwoju systematu nerwowego u dziecka różne też bywają objawy działania narkotyków, zależnie od wieku dziecięcego. Weźmy n. p. opium, które zawiera teżcowo działające alkaloidy, jak thebainę i narkotyę, oraz tak silnie działający na korę mózgową i rdzeń przedłużony alkaloid, jak morfinę; u noworodka opium już w bardzo małych dawkach wywołuje przeważnie objawy pobudzenia rdzenia, gdy u starszych ssawców występują wybitne objawy zapaści z upadkiem ciepłoty ciała. W pewnej mierze odnosi się to także i do innych alkaloidów jak atropina, weratryna, strychnina i kurare. Dawka strychniny dla noworodka jest tak wielką, jak u dorosłego, wynika to stąd, że u noworodka mała potrzeba oddechu chroni przed wewnętrznem zaduszeniem, powstałem wskutek zбоczeń w wymianie gazów krwi a warunkowanem działaniem strychniny, natomiast kilkomiesięczny ssawiec z wielkiem już zapotrzebowaniem oddechu oddziaływa na strychninę podobnie jak dorosły. Z powyżej wyłuszczonej względów pedyatria tak ogranicza użycia środków narkotycznych u dzieci.

Nie mniej jaskrawo występują osobliwości wieku dziecięcego odnośnie systematu krwionośnego i przemiany materji. W pewnej części są one w ścisłym związku z rozwojem systematu nerwowego, jak mianowicie: w pierwszych okresach życia wpływy hamujące odgrywają jeszcze małą rolę, to też i inercyja hamująca czynność sercową jest tu także niedostateczną. podrażnienie nerwu błędnego na szyi nie wywołuje albo wcale, albo bardzo nieznaczne zwolnienie uderzeń serca; na tem właśnie polega szybka czynność krążenia i oddechania u noworodków u małych dzieci, która się znacznie wzmacnia przy poruszeniach ciała, krzyku i przyjmowaniu pokarmu, a w warunkach patologicznych przy stanach gorączkowych, tak że 80 — 120 oddechów i 150—200 uderzeń pulsu nie należą do wyjątków. Zresztą szybka ta czynność do pewnego stopnia jest konieczną, gdyż dziecko wobec szybkiej przemiany materji, przy niedostatecznym dopływie tlenu przy zwolnionej czynności serca i oddechania, musiałoby zginąć. Tu zdaje się leżeć przyczyna, dlaczego mniejsze dzieci łatwiej znoszą wyższe temperatury i nie zapadają tak często na niedostateczność serca, jak dorośli lub starsze dzieci. Do 7 roku życia serce dziecka z 23 c. sz. objętości dochodzi do 100 c. sz. 4 krotnie się powiększa arteria pulmonalis jest szerszą niż aorat

ascendens aż do okresu dojrzewania, praca mechaniczna lewego serca mniejsza niż u dorosłych, a relatywna siła prawego serca większa. Te dane wyjaśniają, dlaczego choroby serca i płuc u dzieci stosunkowo dają lepszą prognozę niż u dorosłych, dlaczego objawy zastoju i dyskompensacji występują mniej wybitnie, dlaczego embolia w płucach i mózgu należą do rzadkości, oraz dlaczego przebieg zapalenia płuc krupowego u dzieci jest lepszy, niż u dorosłych. Wziąwszy pod uwagę, że stosunek masy mięśniowej lewej i prawej komory serca u dziecka w pierwszych latach jest 6,5:6,2 mm., u dorosłego zaś mięsień lewej komory dwukrotnie przewyższa mięsień prawej, wywnioskować należy, że praca prawej komory u dziecka względnie jest znacznie większą niż u dorosłego, gdy więc nacieczenie w płucach utrudnia pracę prawego serca, a gorączka lewego, naturalnym więc zdaje się być fakt, że pneumonia cruposa u dzieci przebiega tak pomyślnie. Zapalenie zaś płuc kataralne w pierwszych latach u dzieci daje śmiertelność znaczną, gdyż objętość płuc jest stosunkowo małą, a potrzeba oddechania z wyjątkiem noworodków u dzieci jest znacznie większą, zatem przy licznych obustronnych ogniskach zapalnych powierzchnia oddechowa płuc się znacznie zmniejsza. Dlatego też zapalenie płuc krupowe u dzieci daje 2—5%, a kataralne 40—80% śmiertelności.

Wszystkie te dane nie tylko odgrywają poważną rolę w patologii, lecz ważne mają znaczenie i w terapii.

Przy chorobach serca, specjalnie przy wadach serca *cardiaca* mniej są w użyciu, gdyż i objawy rozstroju kompensacji nie tak silnie występują u dzieci. *Digitalis* i t. zw. tonizujące serce glikozydy powinny być stosowane z wielką ostrożnością ze względu, że trudny jest do ocenienia u dziecka wpływ tych środków na n. vagus i jego zakończenia, przy niedostatecznej jego energii często u dziecka może się zjawiać upadek ciśnienia krwi przy raptownom przyspieszeniu pulsu i arytmii serca z uprzedniem nieznacznem i chwilowem zwolnieniem pulsu i podniesieniem ciśnienia, lub nawet bez takowych. Dlatego to *digitalis*, jako tonicum serca, w wczesnym okresie wieku dziecięcego nawet w połączeniu z chininą, żelazem i alkoholem nie powinno być używane, a tembardziej inne surogaty naparstnicy, jak *strophantus*, *convallaria*, *adonis*, *sparteina*, których działanie farmakodynamiczne jest bardzo nieokreślone. O przeciwochorobowym działaniu *digitalis* u dzieci nie może być mowy, dzieci znoszą wysoką temperaturę przy zdrowem sercu bardzo dobrze, przy ciepocie 39—39,5 nie leżą w łóżku, zresztą w gorączce nie leży całe niebezpieczeństwo choroby nawet przy chorobach infekcyjnych, przy których często złośliwość samej sprawy i degeneracyjny jej wpływ na tkanki nie idzie w parze z wysokością temperatury. Użycie środków przeciwochorobowych z wyjątkiem chininy, które wprawdzie szybko obniżać mogą temperaturę, lecz na sam proces infekcji wpływu nie wywierają, jest szkodliwym bardziej, że takie środki jak antipirina, antifebrina, phenacetyna należą do trucizn protoplazmy, mogą wywołać u dzieci ciężkie zaburzenia nerwowe i objawy zapaści.

W dzisiejszym kierunku medycyny zwrócono uwagę na biologiczne znaczenie bakteryobójczych własności krwi. W chorobach infekcyjnych u pewnych zwierząt a także i u człowieka działają z jednej strony te bakteryobójcze własności, z drugiej znów wrodzona lub nabyta immunitas. Jaką drogą te ochronne i lecznicze działanie powstaje nie jest to dokładnie znane, odgrywa tu rolę nie tylko gatunek (zwierzęcia), lecz i indywidualność jego oraz wiek. Skład krwi dziecka różni się od krwi dorosłego; przede wszystkim ilość krwi u małego dziecka jest stosunkowo większa, niż u dorosłego, lecz krew jest uboższa w stałe, plastyczne składniki, ciężar właściwy wynosi tylko 1042 — 1045, gdy u dorosłego 1055, ciężar zaś samej surowicy krwi 1026, a u dorosłego 1034; stosunek bezbarwnych ciałek do barwnych (krążków) jest znacznie większy, z początku wynosi 1 : 130—166, gdy w późniejszym okresie 1 : 350—400, ilość komórek eozynofilowych dosięga 20% wszystkich leukocytów, a u dorosłego zaledwie 2—10%; zawartość hemoglobiny jest znacznie mniejsza. Tę niewykończoność (Unfertigkeit) składu krwi u dziecka winniśmy szczególnie mieć na pamięci przy ostrych gorączkach i chorobach infekcyjnych. Te dane wyjaśniają nam dlaczego dzieci tak źle reagują na upusty krwi, dlaczego małe dzieci na brak pożywienia są wrażliwsze, niż dorośli. Młode szczenię ginie przy absolutnym braku pożywienia w ciągu 2—3 dni, podczas gdy dorosły pies w ciągu 20 — 40 dni. W młodym organizmie zadanie krwi w stosunku do budowy tkanek i przemiany materii jest znacznie większe, niż u dorosłego. Przy chorobach gorączkowych infekcyjnych, przy których przemiana materii jest większą, wzmagają się zużycie tkanek i ich degeneracja, przede wszystkim baczyc winniśmy u dzieci na podawanie obfitej ilości łatwo strawnego płynnego pokarmu. Użycie alkoholu przy odpowiedniej dyecie, przy kąpielach letnich (28°—29°) z chłodniejszym tuszem daleko więcej i skuteczniej działać tu może, niż stosowanie wewnętrzne środków przeciwgorączkowych.

Zużywanie tlenu i wydalanie kwasu węglowego u dzieci jest znacznie większe niż u dorosłego; ten ostatni wydala na kilo w jedną godzinę zaledwie 0,4—0,5 g. CO₂ dziecko zaś 1,0—1,3 g., zatem 2—3 razy więcej; różnice te dopiero wyrównują się w okresie dojrzewania (pubertatis). Dziecko więcej traci ciepłoty, stąd wyjaśnia się większa potrzeba pożywienia. Dziecko względnie zużywa więcej białka i tłuszczu do budowy tkanek, więcej węglowodanów jako środków oszczędzających białko, więcej soli do budowy kości oraz daleko więcej wody; tkanki jego bowiem są miększe, posiadają więcej soków, więcej także dziecko wydala wody przez nerki, skórę i kanał pokarmowy (wypróżnienia).

Śmiertelność dzieci z powodu chorób żołądka i kiszek jest bardzo znaczną. 60—70% zmarłych ssawców przypada na rubrykę chorób trawienia. Zachorowywanie i śmiertelność się zwiększa u ssawców w miarę usuwania piersi matczynej i mleka. Jeżeli zwrócimy uwagę na to, że stosunek śmiertelności u ssawców, karmionych piersią matki a piersią mamki wynosi

1:3, łatwo pojmujemy dlaczego w Norwegii, po części w Szwecyi, Oldenburgu, Holsztynie śmiertelność w pierwszym roku życia wynosi 10—12%, jest więc idealną, bo też dzieci tam są żywione piersią matki, a surogaty mleczne i sztuczne żywienie nie są tam znane, za to w Bawarii i Wirtembergu, gdzie przeważa sztuczne karmienie, śmiertelność wynosi 30—40% dochodzi nawet 50—80%. Silnie reklamowane surogaty mleczne, mające zastępować mleko kobiece i krowie, są szkodliwe dla ssawców. Skoro stosunek ciał azotowych do bezazotowych w tych pożywkach jest utrzymany, nie wystarczy to jeszcze dla ssawca; żołądek ssawca nie jest retortą. Niedostateczne wydzielanie śliny, słabe działanie jej diastatyczne u ssawca, mały zapas kwasu solnego w żołądku, u noworodka nawet brak zupełny wolnego kwasu solnego, który ma za zadanie sprzyjać peptonizacji sernika, strąconego przez podpuszczkę, cylindryczna forma żołądka, słaba jego muskulatura, pionowe ułożenie i mała objętość zdają się wskazywać na to, że pokarmy w żołądku długo zatrzymać się nie mogą, a że główna sprawa trawienia odbywa się w jelitach, to też długość kiszek wynosi 6—8 krotną długość ciała (u dorosłego 4-0 krotną); duża powierzchnia resorbeyjna kiszek i bogactwo mieszków limfatycznych (folliculi) służą do ułatwienia wessania i zużycia pokarmów. Lecz kiszkę wydzielają mało soków z gruczołów, działanie soku trzustkowego w pierwszych miesiącach jest nieznaczne. Taka mała ilość fermentów może być powodem, że łatwo występuje niedomoga wydzielnicza, skoro tylko podamy dziecku pokarmy skrobiowate, łatwo fermentujące i wytwarzające kwasy, szczególnie, gdy pokarmy te zostaną podane jako gęste lub stałe.

Wobec powyższych danych fizjologicznych dziwić nie może, że przy stanach kataralnych kiszek, przy obfitej bieguncie i znacznych utratkach wody, tak szybko występuje zgęszczenie krwi, utrata wagi dziecka, skłębnięcie kości głowy, facies hypocratica, wiotkość muskulatury, mały puls, obniżenie znaczne temperatury ciała. Nie można wówczas tracić czasu na podawanie środków ściągających, ograniczających wydzielinę, lub tamujących perystaltykę, jak opium, tannina, arg. nitric. i t. p., tu tylko odpowiednie dyetetyczne i pobudzające leczenie może być na miejscu.

W tych razach, gdzie skutek złego żywienia i pielęgnowania dzieci, powstają przewlekłe cierpienia kiszek, prowadzące do stale się utrzymujących niedokrewności, krzywicy w wysokim stopniu ograniczonej przemiany materii i tworzenia tkanek dyeta płynna nie drażniąca, obfitująca w białko i tłuszcz (bez alkoholu) więcej pomodoc może, niż podawanie i jodku żelaza i tranu, który nieraz miesiącami jest podawany, i zyskuje się tylko to, że dzieci tracą apetyt, wypróżnienia zawierają dużo lotnych kwasów tłuszczowych, a odżywianie ogólne więcej podupada.

Znaczenie osobliwości fizjologicznych u dziecka jest ważne nie tylko samo przez się lecz i w stosunku do patologii i terapii, znając je jesteśmy dopiero w stanie zrozumieć powstawanie i przebieg chorób u dziecka, oraz właściwie oceniać drogę postę-

powania leczniczego i mieć jasny pogląd na użycie środków lekarskich, szczególnie pewnych grup takowych.

J. Bączkiewicz.

5. **Freudenberg. Przypadek choroby Barłowa.** (*Archiv für Kinderheilkunde. 1895. Tom XIX, s. 217.*)

Autor podaje następujący przypadek. Dziecko zdrowych i za-
możnych rodziców w pierwszych 2½ miesiącach życia karmiło się
piersią matki, a w następnych sztucznie. Oprócz przejściowych za-
burzeń żołądkowych i kilku czyraków na ciele nie przechodziło za-
dnych chorób. W dziesiątym miesiącu życia zachorowało na krztu-
siec i w dwa tygodnie później w okresie konwulsyjnym krztuśca wy-
stąpiły pierwsze objawy choroby Barłowa pod postacią silnego zgru-
bienia dziąsła przy górnych zębach siecznych wraz z wylewem krwa-
wym pod błoną śluzową. Z początku na ten objaw nie zwracano
należytej uwagi, ponieważ uważano go za niezwykle umiejscowienie
kompliakcyi krztuśca. Zgrubienie dziąsła ciągle się zwiększało, tak,
że w ciągu dni kilku w kierunku ku dołowi dosięgało brzegu zębowe-
go i przytem z tak zmienionego dziąsła zaczęły występować dość
częste krwawienia. Następnie zjawily się silne bóle w nogach: przy
lekkim dotyku nóg dziecko krzyczy, przy położeniu na plecach, no-
gi leżą nieruchomo, a przy podnoszeniu, nogi zwieszają się ku do-
łowi, jak gdyby były bez życia. Obok tego spostrzeżono osłabienie
odruchu kolanowego na obudwóch nogach. Taka sama niedowłado-
wa słabość jak w nogach zjawila się i w rękach. Z objawów krzy-
wicy znajdowano zaledwie lekkie ślady tego cierpienia, zwykle spo-
strzegane u dzieci sztucznie karmionych. Niedowładowa słabość nóg
pozostaje bez zmiany, a w rękach znika. Wkrótce występuje zgru-
bienie całej prawej dolnej kończyny i zgrubienie dziąsła przy dol-
nych siecznych zębach.

W pierwszych dniach cierpienia zaczęto stosować fosfor z tram-
nem. Przy takim leczeniu nie można było spostrzedz żadnego po-
lepszenia, lecz przeciwnie, dziecko ciągle słabło. Z tego powodu za-
stosowano wewnątrz piwne drożdże, a zewnętrznie miejscowo na
dziąsła — pędzlowanie świeżym sokiem cytrynowym. Drożdże da-
wano pięć razy dziennie, z początku na końcu noża, a później łyżec-
zkami od herbaty. Już w kilka dni od początku zastosowania tego
leczenia, zgrubienie nogi i dziąsła zaczęło się widocznie zmniejszać,
dziecko mogło nogi używać, a w parę tygodni później powró-
ciło do dawnego stanu, nie posiadając jakichkolwiek śladów minione-
go cierpienia.

Na zasadzie tego, że u leczonego dziecka były zaledwie słabe
ślady krzywicy, że leczenie przeciwkrzywicowe pozostawało bez za-
dnego wpływu na przebieg choroby, a że zastosowanie leczenia prze-
ciwgnilcowego odrazu sprowadziło znakomite polepszenie i stosunko-
wo szybko zupełne wyleczenie, autor sądzi, że choroba Barłowa ma
bezpośredni związek nie z krzywicą, lecz z gnilcem.

Godnem uwagi było w tym przypadku spostrzeżenie bólu i nie dowładowej słabości kończyna na długo przed zjawieniem się ich zgrubienia. To pobudza do pytania, czy obok cierpienia kości nie ma niezależnie od nich zajęcia chorobowym procesem i nerwów.

Ponieważ choroba Barłowa w przeważnej większości dotychczas spostrzeganych przypadków była znajdowana u dzieci zamężnych rodziców, to autor robi przypuszczenie, że dzieci biednych rodziców dlatego rzadko ulegają temu cierpieniu, gdyż znacznie wcześniej zaczynają „wszystko jeść“, a zwłaszcza kartofle, które pomiędzy rozmaitemi roślinnymi potrawami już od dawna były cenione jako środek przeciwgnilcowy.

Rabek.

6. H. Conrads. **O chorobach umysłowych w wieku dziecięcym.** (*Arch. f. Kinderheilk. T. XX, z. 3 i 4, 1895, str. 175—216.*)

Statystyka. Pod nazwą wieku dziecięcego przyjąć należy według autora okres życia od lat najmłodszych do wystąpienia pierwszych objawów dojrzałości płciowej zarówno u chłopców jak i u dziewcząt. Otóż u rozmaitych autorów odsetka chorób umysłowych w tym czasie waha się pomiędzy 0,04% a 3,42%. Tak np. dane, zebrane w Prusach, wykazują od r. 1878—1888 ogółem 91,417 chorych umysłowo, z której to liczby na dzieci do 15 roku życia przypada 1069 czyli 1,17%. Według statystyki Ollendorfa w r. 1871 było ogółem w 13 niemieckich państwach na:

20045329 dorosłych	30304 obłąkanych	czyli 1 na	727
11714208 dzieci	866 „	„	1 „ 13527

Innemi słowami dorośli 18½ razy częściej dotknięci są obłąkaniem aniżeli dzieci.

Co się tyczy płci, to Emminghaus zebrał w literaturze na 163 przypadki chorób umysłowych u dzieci, w których płeć była podaną 93 chłopców i 70 dziewcząt. Statystyka rządowa pruska z r. 1871 podaje w całym państwie 402 obłąkanych chłopców i 326 dziewcząt. Ztąd można wyprowadzić wniosek, że dziewczęta (podobnie jak i u dorosłych) rzadziej podlegają chorobom umysłowym.

Etyologia. Z przyczyn, powodujących obłąkanie u dzieci na pierwszym planie należy postawić dziedziczność. Dotyczy to przeważnie dzieci alkoholików, oraz po części dotkniętych suchotami płucnymi. Niemalą rolę odgrywają tu również przyczyny uboczne: jak np. wstrząśnienia moralne. Jako ciekawy przyczynek, ilustrujący pogląd powyższy, autor podaje spostrzeżenie Legrand'a du Saulle, dotyczące dzieci spłodzonych w czasie pamiętnego oblężenia Paryża w r. 1871. Na 92 bowiem takich osobników spostrzegał on później u 64 rozmaite psychiczne i cielesne zboczenia. Podobne spostrzeżenia podali Bourneville i Ladreit de la Charrière.

Wychowaniu dzieci również przypisać należy niemałe znaczenie w etyologii chorób umysłowych. Znanym jest powszechnie ujemny wpływ niektórych mamek i piastunek, straszących dzieci dyablami, czarownicami i t. p. Autor również jest przeciwnikiem balików, teatrzyków dziecięcych i t. p. rozrywek, jako drażniących bez potrzeby system nerwowy dzieci. Z drugiej zaś strony ujemnie działa w odnośnym kierunku zbyt surowe obchodzenie się z dziećmi, pociągające za sobą niechęć do życia ze skłonnością niekiedy do samobójstwa. Ujemny wpływ przeciążenia szkolnego jest rzeczą powszechnie znaną.

Z przyczyn psychicznych autor wymienia jeszcze: obawę, wstyd, tęsknotę i wreszcie nadmierne ćwiczenia religijne.

Niekiedy choroby umysłowe u dzieci występują epidemicznie (histerya, płasawica). Co się tyczy onanizmu, to jakkolwiek nie posiada on takiego znaczenia w etyologii chorób umysłowych, jakie przypisują mu dawniejsi badacze, jednakże częstokroć bywa powodem tej lub owej psychozy.

Oddzielną nader ważną grupę w etyologii chorób umysłowych u dzieci stanowią przyczyny somatyczne, do których przede wszystkim zaliczyć należy obłąkanie, występujące po ostrych chorobach zakaźnych, zwłaszcza w okresie zdrowienia (odra, szkarlatyna, ospa, tyfus, krztusiec, błonica, gościec stawowy, róża, zapalenie płuc, malaria); dalej spostrzegano obłąkanie po ciężkich obrażeniach głowy, po niektórych zatruciach (datura stramonium, belladonna, opium, kokaina, alkohol, rtęć).

Różne postaci zaburzeń umysłowych u dzieci dają się podzielić na dwie większe grupy: a) czyste psychozy i b) choroby umysłowe, którym towarzyszą pewne nerwice (padaczka, histerya, płasawica). Do pierwszej grupy należą: 1) anomalie usposobienia (nastroju ducha). 2) obłąd omamowy, 3) błędne (chorobowo zmienione) wyobrażenia i 4) psychiczne defekty. Zresztą sam autor twierdzi, iż podział powyższy nie jest ściśle naukowy, lecz uwzględnia jedynie praktyczną stronę przedmiotu.

I. Czyste psychozy. 1) Anomalie usposobienia: szaleństwo (mania) i zaduma (melancholia). Pierwsza przebiega u dzieci prawie wyłącznie bez poprzedzającego okresu zadumowego. Emminghaus odróżnia dwa rodzaje manii: maniacką egzaltacyjną i właściwą manię. W obu rodzajach zmiany anatomo-patologiczne polegają na przekrwieniu opony miękkiej i mózgu. Przebieg jest podostrawy z zejściem pomyślnym; rokowanie zazwyczaj dobre. Zaduma przedstawia się w 4 postaciach: a) melancholia simplex, b) melancholia agitata, c) melancholia z błędniemi (opacznemi) wyobrażeniami i d) melancholia z osłupieniem (stupor). Zmiany anatomo-patologiczne polegają na niedokrwiistości lub zastoinach żylnych mózgowia a niekiedy lekkim obrzęku mózgu i opon miękkich. Przebieg bywa typowy i nietypowy z pogorszeniami i zwolnieniami. Zejście i rokowanie jak w manii.

W pewnym związku z powyższemi postaciami pozostaje samobójstwo, które, jak wykazuje statystyka, powiększa się u dzieci niemal z każdym rokiem, oraz t. zw. peryodyczne obłąkanie, w tem ostatniem rokowanie jest absolutnie złe.

2) *Obłąd omamowy.* Tu należą dwie postaci: paranoia hallucinatoria acuta i obłąd przejściowy. Etiologicznie występują one zazwyczaj po ostrych stanach gorączkowych, otruciach, przy działaniu zbyt wysokiej lub niskiej temperatury i po przełknięciu. Pierwsza postać ma nader krótki przebieg (kilka godzin do 2 dni), druga trwać może tygodnie i miesiące. Rokowanie jest dobre.

3) *Błędne wyobrażenia.* Do powyższej kategorii zalicza się paranoia, różniąca się od takiejże postaci u dorosłych tem, że nie przedstawia się jako skończona postać chorobowa, lecz jako, że się tak wyrazić można, forpoczta choroby, występującej w późniejszym wieku. Dotyka ona zwykle dzieci ze skłonnością do sentymentalizmu lub śledziennictwa; u takich dzieci z biegiem czasu wylega się idea, że nie są właściwie dziećmi swych rodziców, lecz jedynie przez nich adoptowani i że należą do wyższej sfery. Okres wylegania poczyna się według Krafft-Ebinga już w 4 roku życia. Do tejże kategorii autor zalicza śledziennictwo i opaczne pojęcia lub czyny, występujące jednak dopiero u starszych dzieci. Rokowanie w lekkich stopniach powyższych postaci może być dobrem, w cięższych z dłuższym przebiegiem bywa niepomyślnem.

4) *Psychiczne defekty.* Do tej kategorii należą dwie podkategorie: lżejsza przejściowa i cięższa długotrwała, nieuleczalna. Pierwszą reprezentuje ostre otępienie umysłowe (dementia acuta), występujące najczęściej po ostrych chorobach zakaźnych (tyfus, intermitens) i po gwałtownym przestraszu z zejściem pomyślnem; druga przedstawia się jako idiotyzm, będący najczęstszym ze zboczeń umysłowych u dzieci: postać ta występuje częściej u chłopców, aniżeli u dziewcząt. Tak n.p. w zestawieniu Pipper'a ze znanego zakładu dla idiotów w Dalldorf na 276 chłopców przypada 140 dziewcząt. Idiotyzm może być wrodzony (upośledzony rozwój mózgu) lub nabyty po rozmaitych chorobach, obrażeniach głowy i t. p. O wyleczeniu zupełnem naturalnie mowy tu być nie może; w lżejszych postaciach można jedynie przy odpowiednim wychowaniu dojść do pewnych dodatnich wyników.

Do powyższej kategorii autor zalicza jeszcze kretynizm, oraz postać, znaną pod nazwą „moral insanity” czyli obłąkanie ze zboczeniem woli i wreszcie w nielicznych przypadkach bezwład postępowy.

II. *Psychozy jako następstwo nerwicy.* Psychozy, towarzyszące padaczkę można podzielić na przewlekłe i przemijające. Pierwsze z nich w postaciach cięższych doprowadzić mogą do idiotyzmu lub do „moral insanity”.

Psychozy towarzyszące hysterii u dzieci są dość częste, poczynając od lżejszych hypochondrycznych postaci a kończąc na formach, przypominających „moral insanity”. Z przemijających postaci zasługują na uwagę takie, którym towarzyszą objawy zwiastunowe (globus hystericus, bicie serca etc.), a które w następstwie przyjmują postać histero-epilepsji, katalepsji lub chorea magna. Zdarzają się one częściej u dziewcząt, niż u chłopców.

Zboczenia, towarzyszące płasawicy, polegają po największej części na ponurem usposobieniu, zbytnej drażliwości i t. p. obja-

wach; po dłuższym czasie przyłączyć się mogą hallucynacje, złudzenia i obłęd maniakalny.

Leczenie chorób umysłowych u dzieci jest przeważnie profilaktyczne, czyli innymi słowami należy dzieci ustrzedz od tych lub owych wpływów, mogących ujemnie działać na umysł dziecięcia. Na pierwszym planie ma się tu na myśli przede wszystkim ujemny wpływ małżeństw pomiędzy osobnikami chorymi umysłowo, epileptykami lub też blizkimi krewnymi, jako też pomiędzy suchotnikami i syfilitykami. Nader ważną rolę odgrywa również racjonalne wychowanie od lat najmłodszych, że wspomnimy tu o nadużywaniu w stosowaniu spiritualii u dzieci „na wzmocnienie”, w skłonności do samogwałtu, w przeciążeniu szkolnem, w przedwczesnej, niewłaściwej lekturze i t. p.

W końcu swej pracy autor gorąco nawołuje do gorliwszego zajęcia się omawianym przedmiotem i w tym celu stawia cztery następujące postulaty:

1) Zwracanie baczniejszej uwagi na statystykę chorób umysłowych u dzieci przez rozesłanie odpowiedniego kwestionariusza pomiędzy lekarzami.

2) Zwracanie uwagi na niebezpieczeństwo recydywy u osób, które w dzieciństwie cierpiały na chorobę umysłową, do czego najlepiej kwalifikują się lekarze domowi, obeznani dokładnie ze stanem zdrowia poszczególnych członków rodziny.

3) Oddzielne zakłady dla dzieci chorych umysłowo i

4) Dokładne objaśnienie pedagogów z rozmaitemi postaciami chorób umysłowych oraz większa baczność ze strony szkoły odnośnie stanu umysłowego dzieci.

Koral.

III. Choroby nerwowe.

9. Dr. Herrenheiser z Pragi. **Obraz oftalmoskopowy w Polioencephalitis haemorrhagica superior.** *Augenspiegelbefund bei Polioencephalitis haemorrhagica superior.* Wiener Med. Presse Nr. 44, 1895 r.

Autor z obrazu oftalmoskopowego, otrzymanego w przypadku opisanym niedawno przez D-ra Wienera (Nr. 40 prag. Med. Woch.) wyciąga wnioski odnośnie do ogólnej natury rzeczonego cierpienia. Badanie oftalmoskopowe, dokonane przez D-ra Arnolda Picka w przypadku polioencephaliditis haemorrhagicae superioris u 40 letniego pijaka, zakończono w ciągu kilku tygodni wyzdrowieniem, wykryło w prawidłowych siatkówkach i dokoła niezmiennionych papillae opticae okrągłe wynaczynienia w sąsiedz-

twie naczyń żylnych. Wymaczenia te znikły stopniowo, pozostawiając siłę widzenia i pole widzenia niezmiennymi. W 14 przypadkach opisanych teje choroby Wernicke znajdował papillitis, Thomson neuritis interstitialis retrobulbaris z zanikiem włókien. Autora uderza w danym przypadku podobieństwo zmian w siatkówce do tych, jakie występują w processach septycznych i anemii pernicioza; w 32% wszystkich przypadków sepsis, spostrzeżanych na klinice praskiej stwierdził autor zupełnie także same wymaczenia w siatkówce. Ponieważ w danym przypadku sprawa chorobowa wystąpiła u alkoholika, autor robi przegląd etyologii w opisanych 14 przyp., w których 1) przyp. dotyczy alkoholików, jeden Wernickego ma za przyczynę otrucie kwasem siarczanym, przypadek zaś Salomonsohna zaczął się dreszczami i wymiotami, co naprowadza na myśl infekcyi. Tak samo zaczynał się i odnośny przypadek autora. Stąd autor uważa polioencephalitis haemorrhagica superior za wyraz ogólnej intoksykacyi przez produkta chorobotwórczych mikroorganizmów lub przez ciała trujące (alkohol) i przypuszcza, że początkiem wyjścia sprawy są wymaczenia krwi w określonej okolicy mózgu, sprawa zaś sama niekoniecznie ma być zapalną lecz także i degeneracyjną, polegającą na zmianach odżywczych tkanki w skutku działania na nią chemicznie zmienionych własności krwi.

Rzeczniowski.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

8. **Martius. O stosowaniu i wskazaniach do stosowania żółtelnika w terapii chorób żołądka.** Pod tym nagłówkiem M. miał odczyt na ostatnim zjeździe lekarzy niemieckich w Lubece wskazania ogólne są następujące: 1) usunięcie z żołądka zalegających pokarmów, 2) działanie za pomocą wprowadzonych środków lekarskich na błonę śluzową; co się tyczy wskazań specjalnych, są one absolutne i warunkowe. Absolutne są wtedy, jeżeli są konieczne do usunięcia pewnego objawu chorobowego, warunkowe, jeśli postawione wskazanie zależne jest od zdania danego lekarza. Absolutne wskazania: 1) Otrucia ostre dla usunięcia trucizny. 2) Zaleganie pokarmów przy zwężeniu odźwiernika. 3) Zamknięcie światła kiszki, wtedy bowiem opróżniając żołądek robimy ulgę choremu, a niejednokrotnie przepłókiwanie żołądka współcześnie z wysokimi ławatywami usuwa przeszkodę. Wskazania względne są: 1) w raku żołądka, 2) nieżycie przewlekłym, 3) cierpieniach funkcyjnych: sokotok i t. p. W neurastenii opisywaną przez niektórych siłą leczniczą przepłókiwań żołądka uważać należy za działanie suggestyjne. Minkowski w dyskusyi jako wskazanie do przepłókiwań uważa krwotoki żołądkowe. Według M. wrzód żołądka nie stanowi przeciwwskazania,

jeżeli używamy zgłębnika miękiego. Nadto M. zwraca uwagę na bezcelowość раннего płókania żołądka—płókanie należy robić na noc, aby przez kilka godzin żołądek wolny od zawartości mógł odpocząć. Quincke wypowiada toż samo zdanie. Lenharz obok powyższych zaznacza wyborne działanie przepłókiwań w bębniicy podczas tyfusu, oraz w nerwicach żołądka. Leo przemawia za skutecznością przepłókiwań żołądka u dzieci w ostrych i przewlekłych nieżytych przewodu pokarmowego.

J. Z.

9. Na posiedzeniu lek. lyońskich (17 VII) prof. Lépine miał odczyt o **wpływie śledziony na trawienie trzustkowe**. Wycięcie śledziony u psa według jego doświadczeń powoduje, że krew, normalnie posiadająca własności peptyczne, traci je. Doświadczenia z trawieniem trzustkowym również dowiodły, że siła peptyczna jest większą w obecności śledziony, niż bez niej.

J. Z.

10. Dr Ascoli radzi **wdechanie tlenu przeciwko cukrzycy**. Środek ten stosował u 60 letniego pacyenta, który od dłuższego czasu na cukrzycę chorował i któremu wszelkie inne środki nie pomagały. Gdy objawy groźniejszą postać przyjmować zaczęły, zalecił autor wdechanie czystego tlenu do 180 litrów dziennie. Kurację tę przeprowadzał chory z małemi tylko przerwami około 3 miesięcy. Już po kilku pierwszych dniach spostrzeżono poprawę: ilość moczu zmniejszyła się i odsetka cukru spadła do 1, a po 7 tygodniach nie było już zupełnie cukromoczu. Choremu podczas leczenia przybyło 2,5 kilo. (II. Policlinico).

H. K.

11. Dr Féré stosował w 122 przypadkach **padaczki boraks** i przychodzi do następujących wniosków: w 71,31% przypadków nie było żadnej poprawy; w 19,67%—poprawa wątpliwa lub nieznaczna; w 9%, choć były usunięte niektóre przypadłości, jednak jest wątpliwość co do ich trwałości. Natomiast podkreśla autor szkodliwość, wynikającą z dłuższego stosowania boraksu i stwarza dla nich nazwę „boryzmu.” Często już od początku stosowania leku — nawet w małych dawkach (3,0 p. die) występują nudności, wymioty, biegunka, choć środek był stosowany podskórnie. Przy trochę dłuższem użyciu skóra i błony śluzowe stają się bardzo suche i łatwo pękają. Ilość wydzieliny skórnej zmniejsza się znacznie i szybko pokazują się różne wypryski w postaci plamek, guziczków, liszajów i t. p. po bokach tułowia, skąd potem rozchodzą się po całym ciele. Jednocześnie wypadają włosy i paznokcie łamią się, dalej przyłączają się obrzęki kończyn, upadek odżywiania i objawy charłactwa. Jeżeli w takim stanie zaprzestac leczenia, to powrót do stanu poprzedniego jest jeszcze możebny. Gorzej jest o wiele, gdy w moczu wystąpi białko, co zdarza się niezbyt rzadko; w takich razach dochodzi czasem do mocznicy i śmierci. Boraks, zastrzyknięty podskórnie, można wykryć w moczu już po upływie 25 minut; jednak wydziela on się bardzo powoli, bo znajdowano go jeszcze po upływie 53 dni po zaprzestaniu leczenia. To właśnie uważa autor za przyczynę jego szkodliwości i radzi uciekać się doń tylko w ra-

zie, jeśli brom okazał się nieskutecznym lub szkodliwym, lecz zawsze ogólnie. (Revue de Médecine. Tom XV, 1895).

W. M.

12. **Nowa metoda elektryzowania chorych** za pomocą strumieni naprzemiennych o wysokim napięciu, podług prof. d'Arsonvala, nazwana była przezeń w roku przeszłym autokondukcją, komunikowana 2-m towarzystwom naukowym: Akademii Nauk w Paryżu i Towarzystwu medycznemu Brytańskiemu. Chory umieszcza się we wnętrzu wielkiego solenoidu, przez który przebiega strumień o własnościach wyżej wymienionych. Chory nie znajduje się w bezpośrednim zetknięciu z owym strumieniem, który działa przez indukcję na strumienie elektryczne, krążące w ustroju normalnym i wytwarzające się w jego tkankach fizjologicznych (autokondukcją). Elektryzacja owa nie wywiera wpływu na nerwy czucia i ruchu, tylko na układ naczynioruchowy i na przemianę materii ogólną, podniecając jej przeróbkę, czego dowodzą badania gazów wydalanych oraz moczu. W moczu zmniejsza się ilość kwasu moczowego, a powiększa się ilość mocznika (Berlioz) do stosunku normalnego tych dwóch składników $\frac{1}{40}$. Elektryzacja powyższa wskazana jest zatem w chorobach, opartych na zwolnieniu przemiany materii. W doświadczeniach na 100 przeszło chorych dokonanych przez Apostoli'ego wykluczono wszelkie inne czynniki fizyczne, mogące mieć wpływ w tym samym kierunku, jak zmiany diety, sposobu życia i t. p. i spostrzegano pod wpływem seansów, odbywających się codziennie po 15 minut, poprawę snu, wzmocnienie sił i energii, zmianę nastroju psychicznego, wzmocnienie wytrzymałości w pracy mięśniowej, poprawę łaknienia, wreszcie stopniową poprawę stanu ogólnego. Co do miejscowych zaburzeń czucia lub odżywiania, to modyfikujące własności tej terapii objawiają się nawet znacznie później, często zaś wymagają one zastosowania dodatkowej terapii miejscowej. Ciekawem jest, że histerycy i neurastenicy nie odnoszą skutków z tego rodzaju leczenia, najlepiej zaś działa ono na artrytyków, a niekiedy diabetyków, z których pewna odsetka traci cukier w moczu. Według referentów Berlioz i Apostoli'ego powyższa metoda elektryzacji jest ważnym nabytkiem dla medycyny ogólnej.

R.

13. Albert opisuje **dwie przypadki ponownego zapalenia gruczołu przyusznego** (świnki). Z 45 obserwowanych przypadków tej choroby w oddziale wojska autor spotkał tylko dwa razy powrót choroby i to u żołnierzy, grających na dętym instrumencie. Inni chorzy nie grali zupełnie. W obu wypadkach było po trzy powroty za każdym razem, kiedy żołnierz po pełnym powrocie do zdrowia rozpoczynał ponownie trąbienie. Gdy zaś przeszedłszy czwarty raz świnkę żołnierze porzucili zajęcie w orkiestrze, choroba przestała się powtarzać. Na zasadzie powyższego autor przypuszcza, że powodem powrotów choroby było podrażnienie, jakie wywierają przy trąbieniu zważe na przewód Stenona, który przesuwają się między niemi do jamy ustnej. Przez rozciągnięty przy nadęciu policzków przewód łatwo prze-

dostają się do gruczołu zarazki, których nie brak w ustach i ponawiają w nim zapalenie; z drugiej strony zapewne utrudniony odpływ wydzielin (choć autor znajdował normalne wydzielenie) sprzyja rozwojowi choroby. Po drugim powrocie świnki uważał autor obrzmienie, które już nie zginęło i powiększyło się jeszcze po trzecim powrocie. Gruczoł był twardy i powiększony znacznie, choć niebolesny. Ten stan uważa autor za przewlekły i porównywa go do podobnych spraw w gardzieli, chociaż budowa tych tkanek jest inna. (Revue de Médecine Nr 10, 1895).

W. M.

ODCINEK.

Kilka słów w sprawie dyskrecyi lekarskiej.

W numerze 32-im „Medycyny” dr E. Sonnenberg zamieścił rozprawkę pod tytułem „dyskrecya lekarska ze stanowiska prawnego i etycznego.” Dr S. w rozprawce tej porusza jedno z bardzo ważnych zagadnień z zakresu etyki lekarskiej, tudzież wypowiada dezyderata, rzekomo dobro ogółu mające na celu. Sądzę, iż wobec ważności sprawy nie będzie mi poczytane za złe, jeżeli pozwolę sobie w tem miejscu wypowiedzieć kilka uwag, które mi się nasunęły przy czytaniu rozprawki dra Sonnenberga. Na usprawiedliwienie niniejszego mego wystąpienia przytoczyć mogę nadto tę okoliczność, że poglądy dra Sonnenberga znalazły odgłos w prasie ogólnej, w której dzięki poparciu wymownych lecz bezkrytycznych rzeczników sprawa zbyt jednostronnie, według mego zdania, oświetloną została.

Dr S. na wstępie twierdzi, że prawo o zachowywaniu tajemnicy lekarskiej jest w swej istocie rozumne i moralne, jednocześnie zaś zaznacza, że prawo to nie bywa dość ściśle przestrzegane w praktyce. Na poparcie tego twierdzenia przytacza szereg dowodów, jako to: tablice szpitalne nad łózkami chorych, świadectwa asekuracyjne, książki robotnicze etc. Zdawać by się mogło, że zaznaczone wykroczenia przeciw *rozumnemu i moralnemu prawu* powinny były dać pohop drowi S. do ich napiętnowania oraz do odpowiedniego wystąpienia przeciw tego rodzaju nieprawidłowościom. Dr S. bynajmniej tego nie czyni. Przeciwnie, uważa te wykroczenia za zgoła niewinne, w dalszem zaś rozumowaniu w wysokim stopniu osłabia swe własne twierdzenie o moralnych i rozumnych podstawach wzmiankowanego prawa. Na zasadzie kilku zaczerpniętych z życia przykładów wypowiada

wniosek, że prawo o bezwzględny zachowaniu tajemnicy lekarskiej nie zawsze odpowiada istotnym potrzebom ogółu, a w wyjątkowych przypadkach może się stać źródłem wielu złych następstw. Dr S. widocznie życzyłby sobie, ażeby lekarz nie był tak ściśle skrepowany więzami obowiązującego prawa, lecz żeby miał raczej swobodę postępowania zgodnie z „głosem rozsądku i sumienia.” Według mego zapatrywania godność stanu lekarskiego mogłaby wielce ucierpieć wskutek takiej dowolności w sprawie zachowywania tajemnicy lekarskiej. Lekarz nigdy i pod żadnym pozorem nie może i nie powinien występować w roli szlachetnego denuncyatora. Postępowanie w myśl zasady „cel uświęca środki” sprzeciwia się elementarnym podstawom wszelkiej etyki ludzkiej.

Dyskrecya lekarska oparta jest na tych samych podstawach moralnych, co tajemnica spowiedzi. W stosunkach życiowych istotnie mogą zachodzić okoliczności, w których osoba trzecia mogłaby wyciągnąć korzyść dla siebie ze zdradzenia tajemnicy, powierzonej lekarzowi. Nie mam tu na myśli szantażu, lecz istotne dobro osoby trzeciej, możność uniknięcia grożącego jej niebezpieczeństwa. Podobnie rzecz się mieć może z tajemnicą spowiedzi. Wystawmy sobie, że czuły ojciec, zasięgający opinii lekarskiej o stanie zdrowia człowieka, starającego się o rękę jego córki (przykład przytoczony przez dra S.), jednocześnie chciałby się przekonać o zasadach moralnych tegoż człowieka i w tym celu zwróciłby się po informację do spowiednika domniemanego swego zięcia. Przypuśćmy, że ten ostatni popełnił jakiś występki: oszukał, okradł, zabił kogoś. Czyż spowiednik na zakłęcia czulego ojca powinien zdradzić powierzoną mu na spowiedzi tajemnicę? Nie, stokroć nie! Spowiednik tego uczynić nie może nawet dla najlepszego swego przyjaciela, i nikt też z podobną propozycją zwrócić się doń nie ośmieli.

Dlaczegożby lekarz w podobnych warunkach miał postąpić inaczej?

W interesie zdrowia ogółu, odpowie dr Sonnenberg. My zaś ze swej strony dodamy, że nie chodzi tu bynajmniej o zdrowie ogółu, przeciwnie, chodzi tu wyłącznie o interes pewnej jednostki. Gdybyśmy nawet przypuścili, iż dotknięty przymiotem kandydat na męża nie osiągnie w danym razie zamierzonego celu na skutek wmięszania się lekarza, toż przecież nikt mu nie zabroni poszukać sobie innej żony. Ogół zaś nic nie straci ani nie zyska na tem, czy żoną danego osobnika zostanie X-ówna, czy też Y-ówna.

Również problematycznym wydaje mi się pożytek społeczny, wypływający jakoby ze zdradzenia tajemnicy lekarskiej, w innych okolicznościach, wymienionych przez dra Sonnenberga, obok tego niebezpieczeństwa, których źródłem ma być bezwzględne przestrzeganie dyskrecyi, są, zdaniem mojem, wielce przesadzone.

Ośmieliłbym się zapytać, czy dr S. zna dużo przypadków zarażenia się przymiotem za pośrednictwem pieczywa, mięsa, wyrobów cukierniczych i t. p. produktów spożywczych. Nie można przypuścić, ażeby przymiot zdarzał się wyjątkowo rzadko wśród procederzystów, zajmujących się przygotowaniem tego rodzaju

produktów; jednak zarażenie się tą drogą wydarza się niezmiernie rzadko. Wydarzenia takie należą do kategorii przypadków, które, jako curiosa, skrzętnie bywają notowane w piśmiennictwie lekarskiem. Na dowód grożącego z tej strony niebezpieczeństwa przytacza dr S. opisany niedawno przypadek zbiorowego zarażenia się przymiotem kilku czy kilkunastu osób, które stołowały się w jednej restauracji!... Przyznaję się, że opisu tego przypadku nie czytałem; zdaje mi się, że nie czytał go również dr S., boć przecież wiedziałby dokładnie, czy zarażo się w tej restauracji kilka, czy też kilkanaście osób.

Gdyby istotnie przymiot udzielał się tak łatwo, jak tego chce dowieść dr S., to zarażeń per os mielibyśmy miliony. Niepotrzebne tu jest nawet pośrednictwo służby restauracyjnej. Jedząc cośkolwiek w restauracji, cukierni etc., każdy z nas jest najmocniej przekonany, że statki, które nam służą w danej chwili, służyły wielokrotnie syfilytykom. Mycie tych statków w zakładach jadalnych bywa zwykle wielce niedostateczne, a jednak zarażenia tę drogą prawie że się nie wydarzają. Jeżeli nawet przypuścimy, że przeniesienie syfilisu na tej drodze jest możliwe, to w każdym razie ilość tego rodzaju zarażeń w stosunku do zarażeń nabytych, dajmy na to w domach publicznych, będzie nieskończenie małą. Nadzór policyjno-lekarski nad domami publicznymi jest właśnie tym środkiem, którego zastosowanie dr S. chciałby rozszerzyć na piekarnie, restauracje, cukiernie etc. Jak marne środki ten daje wyniki pod względem zapobiegania szerzeniu się chorób wenerycznych, poucza nas codzienne doświadczenie.

Dr S. zbyt mało ufa uczciwości ludzkiej, natomiast zbyt wielką przypisuje doniosłość nadzorowi policyjno-lekarskiemu. O społeczno-etycznej wartości tego ustawnego środka nie będę się tu rozszerzał. Byłoby to zresztą rzeczą zupełnie zbyteczną wobec świeżo ogłoszonej w Gazecie lekarskiej rozprawy dra N., której odczytanie ze względu na cechującą autora trzeźwość myśli i humanitarność poglądów gorąco poleciłbym każdemu. Natomiast pozwolę sobie zwrócić uwagę na to, iż w tych drażliwych sprawach, w których lekarz staje pomiędzy młotem prawa o zachowaniu tajemnicy, a kowadłem obowiązku dbania o zdrowie ogółu, lekarzowi przychodzi w pomoc prosta uczciwość ludzka. W razie jeżeli do lekarza zwraca się syfilytyk, mający zamiar wstąpić w związek małżeński, lekarz obowiązany jest, jak wiadomo, powiadomić chorego o następstwach, jakie stąd dla przyszłej jego rodziny wypłynąć mogą. Taktowne i rozumne oddziaływanie lekarza powstrzymuje zwykle chorego od popełnienia nierozważnego kroku. Taki sam skutek udaje się osiągnąć w innych drażliwych okolicznościach, które nastęrcza życie. Akuszerka, dotknięta świeżą wysypką przymiotową, rodzice syfilytycznego dziecka — po należytem oświeceniu przez lekarza — nie zechcą narażać na szwank zdrowia osoby niewinnej. Akuszerka na pewien przeciąg czasu powstrzyma się od wykonywania praktyki, rodzice syfilytycznego dziecka zgodzą się, ażeby karmiła je matka. Uczynią to zaś nie

pod groźbą odpowiedzialności sądowej, lecz z pobudek moralnych, których źródło tkwi w duszy olbrzymiej większości ludzi.

Nie mamy najmniejszego powodu do przypuszczenia, ażeby ludzie, stojący na nieco niższym poziomie rozwoju umysłowego już przez to samo byli zgoła pozbawieni zasad moralnych. Nie posiadamy dowodów na to, że patent wyższego wykształcenia specjalnego jest jednocześnie niezawodnym wykładnikiem moralności. Jeżeli zaś dowodów takich nie mamy, musielibyśmy zgodzić z rozumowaniem Dra S. dojść do wniosku, że i lekarze na równi z masażystami, akuszerkami, felerzami etc. powinni podlegać dozorowi policyjno-lekarskiemu. Boć przecież zaprzeczyc się nie da, że między lekarzami zdarzają się również jednostki, które miały nieszczęście zarazić się przymiotem.

Zbliżyliśmy się nareszcie do dezyderatów dra S., które stanowią najslabszą stronę omawianej rozprawki. Dr S., przejęty niepomierną dbałością o zdrowie ogółu nie zawahał się zaproponować tak ryzykownego środka, jak peryodyczne rewizye ludzi najrozmaitszych fachów, oraz świadectwa lekarskie dla życzących sobie wstąpić w związki małżeńskie.

Nie pojmujemy na jakiej zasadzie autor chciałby oprzeć klasyfikację osób, mających podlegać tej rewizyi lekarskiej, jakiej obecnie podlegają prostytutki (dr S. nazywa to delikatnie peryodyczną obserwacją). Do kategorii wymienionych przez dra S. z równem prawem należałoby zaliczyć osoby sprzedające owoce, wodę sodową, wyrabiające papierosy, a dalej nauczycieli i nauczycielki domowe, służbę domową, łaźniebników, dentystów, fryzjerów etc. wreszcie lekarzy w myśl tego, cośmy wyżej powiedzieli. Nie pojmujemy również, na jakiej zasadzie wymaganie świadectw lekarskich, zezwalających na zawarcie małżeństwa dotyczyć ma głównie ludzi, że tak powiem, podlejszej kondycji, sfer niższych, jak się wyraża dr S. Wbrew temu, co utrzymuje dr S., na zasadzie osobistego doświadczenia twierdzić mogę, że zarażenie kobiety rzeżączką lub przymiotem bezpośrednio po ślubie zdarza się stosunkowo częściej w sferze t. zw. inteligentnej, niż w niższych umysłowo warstwach ludności, zwłaszcza wiejskiej.

Byłoby rzeczą niezmiernie ciekawą, gdyby dr S. zechciał rozstrzygnąć nastroczającą się wątpliwość, co począć z ludźmi, którzy czy to z powodu cierpień zaraźliwych, czy też wskutek chorób, przekazujących się dziedzicznie, nie mogliby uzyskać świadectw lekarskich. Wiemy, że doszczętne wyleczenie przymiotu, rzeżączki, gruźlicy i wielu innych chorób nie jest rzeczą łatwą. Stąd wniosek, iż ludzie tacy musieliby być skazani na długotrwałą, jeżeli nie wieczny celibat.

Nie będę tu dalej roztrząsać projektu dra S., gdyż projekt ten nie nadaje się do krytyki poważnej. Zaznaczę więc tylko, że dr S. nie liczy się z wymaganiami ludzkości, etyki i poszanowania godności ludzkiej, z wymaganiami, które, mojem zdaniem, stanowić powinny kardynalny warunek racjonalnej, profilaktyki chorób zaraźliwych.

Przez nieopatrne rzucanie projektów, nie uwzględniających wymagań powyższych, nie tylko że nie osiągniemy poprawy warunków zdrowotnych ogółu, lecz nadto łatwo pozyskać możemy niezaszczytne miano... morticole'ów.

A. Karczewski.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ.

Posiedzenie Towarzystwa Lek. Warsz. d. 5/XI 1895 r.

1. Kol. Ryehliński demonstrował mózg od chorego z oddziału d-ra Rothego. Za życia chory ten w młodych latach miał napady padaczkowate, polegające na tem, że nieraz w czasie ożywionej nawet rozmowy zasypiał i po przebudzeniu się zupełnie nie pamiętał co z nim się działo. Przed 12-tu laty przechodził przymiot i leczył się energicznie. Leczenie przeciwpriymiotowe powtórzył przed pięciu laty, kiedy pokazały się objawy nerwowego rozstroju. Przed 3-ma laty zaczął zdradzać objawy bezwładu postępującego, który stopniowo się rozwijał, chory w początkach bieżącego miesiąca w stanie zupełnej nieprzytomności, wśród bez przerwy trwających napadów padaczki, wydał ostatnie tchnienie. Na stole sekcyjnym znaleziono w mózgu, oprócz typowych zmian paralitycznych, zbiór płynu przezroczystego między oponą pajęczą i miękką w miejscu, odpowiadającym 2 i 3-mu zawojom czołowym z lewej strony. Kora mózgowa w tem miejscu znacznie wgłębiona i uciśnięta, otaczające części mózgu bardzo przekrwione. Opona pajęczą w tem miejscu zrośnięta z oponą twardą, ostatnia zaś przyrośnięta słabo do kości znacznie ścięzionej. Zdaniem prof. Brodowskiego zbiór płynu w tem miejscu powstał wskutek sprawy zapalnej miejscowej. Zdaniem R. mózg demonstrowany ciekawy jest z tego względu, że wykazuje, iż tkanka mózgowa może się przyzwyczaić do ucisku, skoro przyczyna, wywołująca go działa stopniowo (mowa w danym razie pomimo ucisku gyr. Broca nie była zniesiona).

2. Kol. Świątecki demonstrował chorego z nowotworem jamy nosogardzielowej. Nowotwór o charakterze niezłośliwym da się usunąć, zdaniem mówcy galwanokaustycznym sposobem.

3. Kol. Solman demonstrował młodego człowieka z rozlanym nowotworem lewego biodra. O ile mówca przypuszczać może, nowotwór ten jest natury mięsakowatych guzów i powinien być usunięty.

Kol. Solman przedstawił również wyjęty guz jajnika. Guz jajowatej formy, wielkości główki małego dziecka, po rozkrajaniu składał się z grubej otoczki, wypełnionej zbitą masą włosów.

4. Kol. Sołowiejczyk przedstawił chorego, któremu przewiązał tętnicę ramieniową i pozszywał niektóre nerwy splotu ramieniowego. Znaczne uszkodzenie u tego chorego nastąpiło po urazie.

5. Kol. Jawdyński przedstawił a) śliniankę, wyciętą choremu, którego przedtem już przedstawiał w Tow. z rozpoznaniem „Kamień ślinianki podżuchwowej. Ślinianka ta przedstawia się jako torbiel o bardzo grubych i twardych ścianach. W środku torbieni znajduje się kamień, długi przeszło na 2 ctm., szeroki na 1 ctm.

b) Krtań, całkowicie wyjętą od 62-letniego chorego z rozpoznaniem „Rak krtani i naczyń chłonnych szyi“. Z powodu znacznych zrostów ze znacznie powiększoną żyłą szyjową wewnętrzną, ostatnią musiał J. podwiązać, poczem prawie nagle wystąpiła kolosalna sinica. Bojąc się znacznych powikłań, mówca nie wyjmował wszystkich gruczołów chłonnych z lewej strony. Stan pooperacyjny przez kilka dni był bardzo dobry, później jednak przyłączyło się rozwolnienie i wymioty, które wyczerpały chorego, co spowodowało śmierć. Jak widać na przedstawionej krtani, rak nie obejmował wnętrza i wytworzył się z boku krtani, można więc było, zaznacza mówca, ograniczyć się na połowicznym wycięciu jej. Radzi przeto zawsze przy operacji rozczepiać krtani.

c. Trzeci wreszcie preparat demonstrowany przez kol. J. pochodził od 52-letniej kobiety virgo intacta, u której rozpoznano torbiel. Przy operacji, po wypuszczeniu płynu z torbieni, przekonano się, że torbiel owa u dołu ściśle zrosnięta jest z guzem samej macicy. Guz ów był rakiem, sprawa więc cała przedstawia się tak, że mieliśmy w danym wypadku do czynienia z torbielą rakowatą, która prawdopodobnie zaczęła się rozwijać w szerokich więzach i rozwijała się po za otrzewną.

Chora ta operację ciężką przeniosła dobrze i obecnie znacznie się poprawiła. Mówca stawia pytanie, jak wytłumaczyć sobie rozwój guza rakowatego w przestrzeni pozaotrzewnowej?

Na to pytanie prof. Brodowski przytoczywszy teorię braci Hertwig'ów, t. zw. Cölomtheorie zaznacza, że tylko przypuszczając, iż entoderma rozwija się z tych samych elementów, co i ektoderma, możemy sobie wyjaśnić, dlaczego w więzach szerokich może powstawać guz o budowie nabłonkowej.

6. W końcu kol. Bregman wygłosił ciekawy odczyt o wstępującym zwyrodnieniu nerwu twarzowego.

W dyskusyi zabierał głos kol. Ciągliński i kol. Bruner Mikołaj.

K. Rychliński.

Posiedzenie Tow. Lek. Warsz. d. 19/XI 1895 r.

1). Kol. Neugebauer Fr. przedstawił a) młode kureczko o 4 skrzydłach i 4 nogach t. zw. *Dipygus tetrabrachius*.

b) przedstawił macicę, usuniętą przez kol. Stankiewicza za pomocą cięcia brzuszego, z powodu wielkiego włókniaka. Guz ten, bardzo duży, ważył 2125 grm. Operacya pomimo to była łatwą.

c) Większe trudności napotkał kol. Neugebauer, usuwając przez pochwę macicę z 2-ma włókniakami, z których jeden umiejscowił się na wewnętrznej powierzchni, drugi na zewnętrznej tylnej powierzchni macicy. Pomimo zrostów i torbieli jajnika lewego, jaką odkryto w czasie operacyi, udało się kol. N. operacyę pochwową doprowadzić do końca.

2) Kol. Jasiński Roman przedstawił 3-letnie dziecko z guzem w kształcie dużego nienapreżonego worka, o brudno brunatnej barwie, w okolicy potylicowej. Na dnie worka wyczuć się daje brak zupełny znacznej części kości potylicowej. Brzegi tego defektu są nierówne, zazębione, sam zaś brak zamknięty jest twardą błoną sprężystą, poruszającą się przy krzyku. Guz rozwijał się dość szybko; uciskanie guza objawów mózgowych nie wywołuje. Kol. J. sądzi, że ma w danym razie sprawę z nowotworem włóknisto-naczyniowym, wskutek którego został zatrzymany proces ossyfikacji kości potylicowej.

3). Kol. Stankiewicz przedstawił włókniak w formie sporego walka, jaki wytworzył się na uchu pewnej pacjentki koło przekłócia dla zawieszenia kolczyka. Podobny, lecz znacznie mniejszy, guz wyrastał na drugim uchu u tej samej chorej.

4). W końcu kol. Zagorski z Lublina nader barwnym stylem wygłosił odczyt p. t.: „O cięciu nadłonowem“. Mówca, przytoczywszy szczegółowy rys historyczny nauki o otwieraniu pęcherza moczowego, dłużej zastanowił się nad metodą Antala o skośnem cięciu pęcherza. Przytoczył następnie dwie własne operacye, dokonane tą metodą u małych chłopców (3 i 4 l.) z powodu kamieni pęcherza i wyprowadził następujące wnioski: a) cięcie nadłonowe metodą Antala jest zabiegiem względnie prostym; b) wskutek wytworzenia większej powierzchni koaptacyjnej, metoda Antala daje większe prawdopodobieństwo doraźnego zrostu brzegów rany; c) zabezpiecza od zacieków moczowych prędzej, niż inne metody i d) metoda Antala zasługuje na szersze rozpowszechnienie.

W dyskusyi zabierali głos kol. Jawdyński, Stankiewicz i Perkowski. Pierwszy z nich przypomniał najpierw, że metoda, omawiana przez prelegenta, była już podnoszona w naszym Tow. i już wtedy kol. J. zaznaczył, że ma ona więcej teoretyczne znaczenie, niż praktyczne. Kol. Jawd. zaznacza, że przy operacyach dokonywanych na pęcherzu więcej znaczy ase-

ptyka i dobry szew, niżeli taki lub inny kierunek cięcia. Szew, zdaniem mówcy powinien obejmować wszystkie warstwy.

Kol. Stankiewicz omawia znaczenie wypełniania pęchera i zaznacza, że również dobre rezultaty, otrzymywał, chociaż cięcie prowadził nie ukośnie lecz poprzecznie. Zgubnych zacieków, których się obawia kol. Z. obecnie przy aseptycznem prowadzeniu operacji chirurg nie widuje prawie.

Kol. Jawdyński na odpowiedź prelegenta, w której nadmienił, że według innych autorów 19% operowanych umiera wskutek zacieków zgubnych, zaznaczył, że pogląd taki jest mylny, gdyż zejście śmiertelne częściej zależy od pyelo-nephritis, niż od zacieków zgubnych. Trafność ostatniego zdania uznał prelegent.

K. Rychliński.

Bibliografia.

Dr B. M. Lersch: Geschichte der Volksseuchen. Berlin 1896. Verlag V. S. Karger. Charité.

Autor podaje w chronologicznym porządku od czasów przedhistorycznych aż do naszej daty (1894), epidemie wszelkiego rodzaju, na ludzi i zwierzęta, jakie pozostawiły po sobie ślady w dokumentach historycznych. Przy wielu pomorach, które ogromem klęski szczególnie się zaznaczyły, znajdujemy ciekawe współczesne zapatrywania się i opisy historyków i kronikarzy, rzucające światło nie tylko na współczesną nozologię, ale ciekawe i z ogólniejszego punktu widzenia dla badacza rozwoju ducha ludzkiego, np. zaraza w Atenach, czarna śmierć we Florencyi, dżuma w Montpelhier i in. Książka ta posiada wogóle specjalne znaczenie dla pracujących w dziedzinie historii medycyny, jako źródło, z którym każdy pracownik na tem polu liczyć się musi. Chronologiczny układ obrał autor ze względu, aby przez opisy poszczególnych epidemij nie zatrzeć ich możliwej wzajemnej zależności, przechodzenia jednej postaci w drugą, wpływów i oddziaływania jednej na drugą.

W miarę istnienia źródeł, których autor wyszperał wiele dotąd nieużytkowanych, przegląd wieków idzie szybciej lub wolniej. Sprawozdania z wieków średnich (XIV) już idą z roku na rok i dotyczą głównie środka Europy, bliżej ku nam rozszerzają się przez uwzględnianie dziejów epidemicznych coraz to większych obszarów, o których poprzednio nie było danych pisanych. W najnowszych czasach uwzględnione są epidemie panujące na całym świecie.

H.

KRONIKA BIEŻĄCA.

— **Egzamin doktorski.** Nr. 46 Wracza omawia egzaminy na stopień doktora medycyny. Według nowych postanowień akademii do egzaminów przystępować mogą lekarze, którzy ukończyli Akad. lekarską i uniwersytety w państwie, lekarze z dyplomami zagranicznymi do egzaminu nie są dopuszczeni. Egzaminy muszą być ukończone w ciągu roku. Wracz krytykuje potrzebę colloquiów, niedopuszczanie do egzaminów lekarzy zagranicznych, oraz składanie świadectw o prowadzeniu z policyi.

— **Odwiedzanie chorych w szpitalach.** W berlińskiej prasie politycznej niejednokrotnie zjawiały się żądania, aby odwiedzać chorych w szpitalach wolno było codziennie, a nie jak teraz w pewne tylko t. zw. wizytowe dni (w Berlinie 3, u nas 2 w tygodniu). Zeitschrift für Krankenpflege jest także za częstszem odwiedzaniem, a jednocześnie projektuje, aby w pewnych dniach i godzinach krewni chorych mogli dowiadywać się od lekarzy o ich stanie. Dzisiaj informacyj tych dostarczają siostry miłosierdzia, infirmierzy, wreszcie posługacze.

Pomijając szpitale dla chorób zakaźnych, nie widzimy również, aby te częstsze odwiedziny mogły mieć jaki ujemny wpływ. Zdaje się, że raczej administracya a nie lekarze stawiałyby opozycyę przy wprowadzeniu nowego porządku u nas.

— **Towarzystwo terapeutyczne** zawiązuje się w Moskwie przy uniwersytecie, program Towarzystwa jest obszerny, między innymi zawiera koncesyę na otwarcie lecznicy.

— Dr Grygorjew podał bardzo ciekawe cyfry, dotyczące ilości wódki, jaką wypija Rosyja Europejska z Królestwem Polskiem włącznie. Najwięcej wypijają gubernie stołeczne, w których na głowę dorosłego mieszkańca (20—60 lat) obu płci wypada 2,60 wiadra 100° wysokości, czyli 6,50 wódki 40°. W Królestwie cyfry te wynoszą 0,78 wysokości: 1,95 w. wódki. Najwięcej wypijają gubernie wschodnie i północne; w ostatnich wypada na głowę 0,57—1,42. Cyfry te dotyczą roku 1893. W ciągu dziesięciolecia od 1883 nastąpiło zmniejszenie się ich dość znaczne (w stołecznych w r. 1883 wódki 8,80 w., w Królestwie 3,32). Obliczając wartość wypitej wódki po 10 rs. za wiadro, otrzymamy ogromne cyfry: 562 miliony rs. w całej Rosyi, w tem 40 milionów rubli w Królestwie! (Wracz 37).

— Z Najwyższego zezwolenia ma się odbyć w Moskwie od 19 do 26 Sierpnia (st. st.) 1897 r. **międzynarodowy zjazd lekarski** pod protektoratem J. C. W. Wielkiego Księcia Sergiusza Aleksandrowicza. Komitet wykonawczy składa się z następujących osób: prof. Klein, przewodniczący; prof. Kożewnikow, pom. przewod.; prof. Filatow, podskarbi; główny sekretarz prof. Erisman, sekretarze prof. Djakonow, Tichomirow, Neiding, członkowie prof. Ostroumow, Korsakow.

— W Berlinie zawiązał się komitet z wybitnych osobistości najrozmaitszych klas i zawodów, w celu obradowania nad założeniem i zdobyciem środków utrzymania dla **zakładu dla chorych piersiowych mniej zamożnych** ze stanu nauczycieli, uczonych, literatów, artystów etc. Zakład ma być położony w okolicy podmiejskiej i na początek będzie posiadał 120 łóżek. Przyjmowani będą chorzy, dający nadzieję poprawy lub wyzdrowienia, na przeciąg 3—4 m. Chorzy będą opłacali 3—4 marki dziennie, ogólne koszta mają być pokrywane z odsetek od kapitału, którego wysokość określona jest na 600000 marek (100000 jest już zapisane). Gorącym propiagatorem powyższej instytucji jest prof. Leyden.

— **Przyjmowanie kobiet do kolegiów lekarskich** szeroko omawia The Brit. Med. Jour. Jak wiadomo angielskie kolegia medyków oraz chirurgów, niedawno odmówiły wstępu kobietom. Brit. Med. Jour. opierając się na statystyce dowodzi, że nie tylko odsetka studentek kończących medycynę jest większa, ale i dalsza działalność kobiet jako lekarzy jest bez zarzutu. Motywy, że z czasem kobiety mogłyby zająć miejsca przydyalne w kolegiach, są jednym więcej dowodem, jak przeciwnicy nielogicznie zapatrują się na tę kwestyę. Wogóle przeciwnicy przyjmowania kobiet do kolegiów wykazują brak ścisłości rozumowania, oraz brak zmysłu przystosowania się do nowych objawów społecznych.

— **Śmiertelność lekarzy.** Dr. Kortright zebrał wiadomości o przyczynach śmierci 451 lekarzy w New-Yorku, Brooklinie i innych miejscowościach w ciągu ostatnich lat 8. Średni wiek zmarłych był 54, 6 lat, śmiertelność 25,53%, podczas, gdy duchowieństwa 15,93%, prawników 20,23%. Wyższą odsetkę śmiertelności dają tylko rzeźnicy, kamieniarze i niektórzy robotnicy fabryczni. Samobójstwa u lekarzy są częstsze, niż u innych. Śmiertelność z suchot o $\frac{1}{2}$ mniejsza jest wśród lekarzy, niż w innych fachach, zato od duru zamiast przeciętnej $1\frac{1}{4}\%$ —4,5%. Również wysokie cyfry śmiertelności lekarzy są od stwardnienia tętnic, oraz wszelkiego rodzaju zwyrodnień. (W. M. P. 95 r.)

— W Anglii, jak donosi Lyon médical, upowszechnia się zwyczaj **palenia herbaty** zamiast tytoniu, szczególnie między kobietami. Powstała nawet nowa nazwa thea smoking dla zebrań, gdzie palenie liści herbacianych ma miejsce.

— W Petersburgu od 10 października (st. st.) zdarzają się **przypadki cholery**, nie okazujące skłonności do zbytniego rozszerzania się.

— Według Nru 45 Jużno R. M. G. w Petersburgu otwarty został **szpital homeopatyczny** na 12 łóżek. „Gazeta” zapytuje pod czyją kontrolą będzie znajdować się ta instytucja. Właściwie powinien być osobny zarząd i departament lekarski z homeopatów.

— Lyon med. podaje łatwy sposób oceniania **czy dane mieszkanie jest wilgotne**. Używa się w tym celu palonego wapna. Kilogram wapna, umieszczony w szczelnie zamkniętym pokoju, normalnie nie powinien po 24 godzinach dać większej nadwyżki na wadze, niż 10 gr. t. j. 1%, jeśli odsetka będzie większa, pokój jest wilgotny i niezdatny na mieszkanie.

— **Osobiste.** Prof. d-r Löffler, znany bakterjolog w Gryfii, otrzymał od rządu francuskiego wielki krzyż Legii honorowej; od wojny francusko-pruskiej jest to pierwszy fakt odznaczenia niemieckiego uczonego przez Francję.

— Dr. M. C. Mc. Gannon mianowany został profesorem chorób kobiecych, oraz chirurgii brzusznej w Nashville Medical College.

— Na opróżnione po Verneuilu miejsce w **Akademii nauk ścisłych** w Paryżu, wybrano Lannelongue'a, drugim z kolei co do liczby głosów był Ollier.

— Dr. A. Ducirey powołany został na profesora i dyrektora kliniki dermatologicznej do Pizy.

— Dr. Charles B. Ball powołany został na katedrę chirurgii do Dublina.

— Dr Wiktor von Harker mianowany został profesorem zwyczajnym chirurgii w Uniwersytecie Innsbruckim.

— Prof. I. Munk w Berlinie mianowany został dyrektorem Instytutu fizyologicznego na miejsce Prof. Gad'a, powołanego do Pragi.

— **Nowe pismo** p. n. l'Independence médicale powstało niedawno w Paryżu pod redakcją F. Bernheima i E. Laurent.

— **Dawny dom publiczny.** Wobec toczących się w chwili obecnej obrad nad kwestyą zapobiegania szerzeniu się przymiotu, nie od rzeczy będzie wspomnienie z dawnych czasów, zaczerpnięte z La Province médicale. Przytacza ona autentyczną ustawę zakładu dla prostytutek w Avignon, zatwierdzoną w r. 1347 przez królową Joannę.

Oto bardzo typowe wyjątki: „Nasza wspaniałomyślna królowa pozwoliła na urządzenie w Avignon bordeo (dom publiczny po prowansalsku). Chce ona, aby kobiety złych obyczajów nie były rozrzucone po mieście, ale w jednym zgromadzone domu i nosiły dla odróżnienia na lewem ramieniu sznurek czerwony. Dziewczyna, która zgrzeszyła raz i chce nowe popelniać grzechy (faiblesse) będzie aresztowana i przy dźwiękach tamburino, z czerwonym sznurkiem na lewem ramieniu przeprowadzona do owego zakładu. Nie wolno jej opuszczać odtąd zakładu, a za przestąpienie tego zakazu grozi jej pierwszy raz cicha, później publiczna chłosta, oraz wydalenie z miasta. Nasza wspaniałomyślna królowa dom ten umieścić każe przy ulicy Pont-Rompu obok klasztoru augustyanów. Dom posiadać powinien drzwi, przez które wejść może każdy, ale klucz znajduje się u starszej, aby młodzież bez niej nie wchodziła do dziewcząt. Młodzież ma być przez nią uprzedzona, żeby nie robiła hałasów i nie obrażała dziewcząt, najmniejsza skarga za nieporządki grozi młodszym ludziom więzieniem natychmiastowem. Co sobotę zarządzająca zakładem i cyrulik, przysyłany przez konsula, winni rewidować wszystkie, znajdujące się w zakładzie kobiety, i gdyby zdrowie której nie pozwalało zajmować się jej rzemiosłem należy ją oddzielić, aby młodzież nie była narażaną. Życzeniem królowej jest, aby dziewczęta żyły w zgodzie, nie zazdrościły sobie wzajemnie, nie kradły, a kochały się. Zarządzającej nie wolno wpuszczać do zakładu żydów, a w razie jeśli żyd dostanie się, należy go oddać do więzienia, a następnie poddać chłości publicznej.”

Jak widzimy, jest to nieomal pierwsze usiłowanie zaprowadzenia kontroli nad prostytutką, a po za chłostą nie wiele różni się liberalizmem (?) od urzędzeń naszych czasów.

Z M A R L I.

— Prof. Dr Herman Seidel w Brunzswigu.

— Prof. Dr Popoff w Juriewie.

Od Redakcyi.

Rozpoczynając 17 rok wydawnictwa, nie mamy potrzeby czytelnikom naszym mówić o celu i zadaniu Kroniki. Przez ten czas zdołała ona wywalczyć sobie rację bytu zupełną i uznanie. W tym samym więc duchu prowadzić zamierzamy ją i nadal, a celem, który nam zawsze przyświecał, będzie, oprócz dostarczania czytelnikom dokładnych informacji, obejmujących całość naszej wiedzy, pilne zwracanie uwagi na warunki bytu lekarzy oraz czuwanie na strażnicy godności naszego stanu. W ten sposób pojmując nasze zadanie, nadal pismo prowadzić będziemy.

Wprowadzona od dnia 1 lipca r. b. zmiana w terminie wychodzenia pisma, które z miesięcznika stało się dwutygodnikiem oraz podział zeszytów na obejmujące działy sprawozdawcze z medycyny wewnętrznej i chirurgii pozwoliły nam na szybsze informowanie publiczności lekarskiej i równomierny podział naszego pisma między różnorodne działy naszej wiedzy. I nadal więc podział ten i terminy wychodzenia zachować zamierzamy.

Wprowadzony również od tego terminu dział sprawozdań z posiedzeń i kongresów o ile możności rozwijać będziemy, w ten sposób bowiem najszybciej informować możemy czytelnika o ruchu naukowym u nas i zagranicą.

Streszczenia zbiorowe, na które osobliwy położyliśmy nacisk, rozwijają się również pomyślnie w naszym piśmie, a takie prace, jak drukowane w Kronice z r. z. kol. Bregmana o władze rdzenia, kol. Bączkiewicza o stosowaniu surowicy, kol. Giedroycia o objawach skórnych w chorobach wewnętrznych i kol. Misiewiczza o zapaleniu pęcherza, opracowane na zasadzie ostatnich zdobyczy w nauce, dają czytelnikowi pełny obraz omawianych kwestyj.

Idąc dalej w tym kierunku, i w roku bieżącym zachowamy następujące działy:

1. Artykuły oryginalne ze wszystkich gałęzi naszej wiedzy, spostrzeżenia kliniczne, notatki terapeutyczne.

2. Streszczenia zbiorowe z najważniejszych działów medycyny praktycznej.

3. Sprawozdania z prasy zagranicznej.

4. Sprawozdania z posiedzeń.

5. Bibliografia.

6. Odcinek, poświęcony kwestyom ogólnym, dotyczącym naszego bytu.

7. Wiadomości pomniejszych.

8. Kronika bieżąca.

9. Nekrologia.

W ramach tego programu trudno nam się utrzymać bez zwiększenia objętości pisma i formatu, to też począwszy od roku bieżącego pojedyncze zeszyty Kroniki zawierać będą 3 do 3½ arkuszy druku niniejszego formatu. Zwiększony jednak nakład i przyspieszenie terminów wychodzenia zmuszają nas do podniesienia prenumeraty na rok bieżący. **W Warszawie cena wynosić będzie rs. 7, na prowincyi i w Cesarstwie rs. 8.**

Nie przypuszczamy, aby niewielka ta nadwyżka w stosunku do ceny obecnej miała wpłynąć na zmniejszenie się liczby naszych czytelników, nadwyżka ta, złożona na ołtarzu wspólnych interesów, opłaci się sownie przez zwiększenie ilości arkuszy. Na zyski materialne nie liczymy i nie dla zysków takich wydajemy Kronikę, a, niosąc trud wydawniczy przez lat 16, mamy prawo wymagać, aby w usiłowaniach naszych ku ulepszeniu pisma pomogli nam nasi czytelnicy. W końcu zwracamy się do wszystkich stałych naszych czytelników z prośbą o zasilanie Kroniki pracami i spostrzeżeniami własnymi, nadmienając, że wszystkie, choćby najdrobniejsze artykuły i notatki, jak również referaty są płatne w stosunku 12 rs. za arkusz druku.

Ufni w pomoc wszystkich, komu dobro piśmiennictwa naszego leży na sercu, zaczynamy rok XVII naszego wydawnictwa.

Redakcyja.

Wydawcy.

Adres Redakcyi: Chmielna 14.

.. Administracyi: Marszałkowska 99.

Na żądanie Administracyja wysyła numery próbne bezpłatnie.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Stanisław Kamieński. O wylwach mlecza do jam surowiczycy ciała, 1.—
 II. A. Koral. Przypadek polyarthritidis acutae po zastrzykiwaniach surowicy przy krupie, 13.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. **Medycyna wewnętrzna.** 1. Dr B. Stiller. Przyczynek do rozpoznawania raka trzustki, 17.—2. Prof. Laache (z Chrystianii). O chorobach serca niezastawkowych, 18.—3. Dr A. Jolles. Łatwy i prosty sposób jakościowego i ilościowego określeniu ręki w moczu, 19.

II. **Choroby dzieci.** 4. Er O. Soltmann (prof. w Lipsku). Osobliwości fizjologiczne organizmu dziecięcego w stosunku do patologii i terapii, 21.—5. Freudenberg. Przypadek choroby Barlowa, 27.—6. H. Conrads. O chorobach umysłowych w wieku dziecięcym, 28.

III. **Choroby nerwowe.** 7. Dr Herrenheiser z Pragi. Obraz oftalmoskopowy Polioencephalitis haemorrhagica superior, 31.

8—13. Wiadomości pomniejszych, 32.

Odcinek. Kilka słów w sprawie dyskrecyi lekarskiej, 35.

Sprawozdania z posiedzeń. Posiedzenie Towarzystwa Lek. Warsz. d. 5 XI 1895 r., 39.—Posiedzenie Towarzystwa Lekarzy Warsz. d. 19 XI 1895, 41.
 Bibliografia. Dr B. M. Lersch. Geschichte der Volksseuchen, 42.—Kronika bieżąca, 43.—Od Redakcyi, 46.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

(Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 23 Декабря 1895 годъ.