

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYPADEK TĘŻYCZKI, CZYLI TETANII.

[Rzecz, czytana w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem na posiedzeniu, odbytem 6. X. 1891].

Podał

D-r med. Władysław Świątecki,
lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 7].

Od tego czasu do roku sześćdziesiątego prawie wyłącznie wyniki badań nad tetanią ogłaszali lekarze francuzcy: TONNELÉ, CONSTANT, MURDOCH, DE LA BERGE, TESSIER, HERMEL, IMBERH-GOURBEYRE, CORVISART, TROUSSEAU, DELPECH. Jednakże i Niemcy nie zostawali zupełnie w tyle, podając od czasu do czasu swe spostrzeżenia o tej chorobie. Należy tu wymienić nazwiska KEYLER'a, WEISSE'go, EISENMANN'a, CLEMENT MUELLER'a, HASSE'go i innych [przed 1850 r.]. Żywiej w Niemczech zainteresowano się tetanią, gdy w 1871 ogłosił swą pracę KUSSMAUL, a po nim: RIEGEL, ERB, BENEDIKT, CHVOSTEK [1878], FR. SCHULTZE, WEISS, który pierwszy opisał tężyczkę w następstwie całkowitego wyluszczenia gruczołu tarczowego, wreszcie EISELSBERG i WAGNER. W naszych czasach pod względem wiedzy o tężyczce wiele zawdzięczamy licznym pracom o niej FRANKL-HOCHWART'a, HOFFMANN'a, CHVOSTEK'a młod., KAHLER'a, JAKSCH'a i SCHLESINGER'a; o tetanii przy rozszerzeniu żołądka pisali: MUELLER, LAPREVOTTE, LOEB i wielu innych. Tężyczkę u dzieci opisywali: ABERCROMBIE, BAGINSKY i ESCHERICH.

Obszerne opisy dali nam w nowszych czasach: WEISS, BERGER [w encykl. EULENBURG'a], ERB, GOWERS, KAHLER, a wreszcie w podręcznikach, traktujących o chorobach nerwowych, dość obszernie opisują tetanię: STRUEMPPEL, EICHHORST, SEELIGMUELLER, HIRT, ROSS i inni. Z naszych autorów swoje spostrzeżenia ogłosili:

- 1) GLUZIŃSKI, z klin. prof. KORCZYŃSKIEGO. Gaz. Lek. 1880 r. № 52.
- 2) MALINOWSKI, Gaz. Lek., 1875 r. № 30.
- 3) SCHRAMM, w *Centr. f. Chirurgie*. № 22. 1884 r.

Etjologia tężyczki nie jest jeszcze ostatecznie wyjaśnioną. Wpływ dziedziczności zdaje się nie mieć znaczenia.

Co do wieku, to najczęściej choroba ta nagabuje dzieci 1—5 lat; potem od 17—30 r.. Po 30 r., zdaniem TROUSSEAU, tężyczka jest już wielką rzadkością.

Płeć żeńska częściej ulega omawianej chorobie niż męzka. Zaburzenia miesiączkowania, ciąża, poród, połóg, karmienie są tu tłem, na którym się ona zjawia.

HOCHWART przy pomocy statystyki broni twierdzenia, poprzednio już przez MURDOCH'a, MADER'a i JAKSCH'a wypowiedzianego, że między mężczyznami na tetanię najczęściej zapadają rzemieślnicy i to przeważnie szewcy i krawcy, potem stolarze, tokarze i ślusarze ¹⁾.

Tężyczka występuje samodzielnie, albo towarzyszy innym chorobom. Wtórorzędnie, szczególnie u dzieci, pojawia się w przebiegu chorób narządu trawienia, a mianowicie: przy biegunkach, niestrawności, zaparciach stolca, wreszcie często przy wnetrzakach [glisty, tasiemiec]; u starszych znów, prócz wymienionych cierpień, także przy zapaleniach kiszki ślepej, wyrostka robaczkowego, oraz przy zapaleniu błony brzusznej, a nierzadko też tetanija towarzyszy rozszerzeniu żołądka, gdzie każe bardzo źle rokować. Spostrzegano ją w przebiegu chorób zakaźnych, jak: tyfus, cholera, odra, ospa, szkarlatyna, gościec stawowy ostry, zimnica, grypa, zapalenie gardła.

Tetanija bywa czasem objawem zatrucia chloroformem, wyskokiem, ergoty-ną, a także objawem mocznicy. Wcale nierzadko obserwowano ją po całkowitem wyłuszczeniu gruczołu tarczowego.

Za przyczyny, wywołujące wybuch choroby, uznano powszechnie: wpływy zimna, wysiłki cielesne, wzruszenia psychiczne i t. p..

Ciekawą jest rzeczą, że w niektórych miejscowościach tężyczka wydarza się dość często, w innych rzadziej, a w niektórych miastach nie spostrzegano jej wcale. Do pierwszych należy Wiedeń, do ostatnich Lipsk. Obserwowano czasem epidemije tetanii, panujące zwykle od Stycznia do Kwietnia. Ostatnie wymienione dane oraz inne, o których powiem niżej, bardzo przemawiają za tem, że tężyczka występuje czasem pod postacią choroby zakaźnej, która posiada zapewne swoisty zarazek.

O b j a w y. Głównym i przedewszystkiem rzucającym się w oczy objawem są napadowe drgawki toniczne w mięśniach kończyn, powodujące charakterystyczne ułożenie rąk i stóp. Zwykle zaczyna się od pierwszych, to jest: pojawiają się przykurczenia palców i rąk, do czego dołącza się kurczowe ułożenie stóp. W cięższych przypadkach drgawki te obejmują i inne grupy mięśni, przyczem sprawa szerzy się w kierunku dośrodkowym symetrycznie po obu stronach ciała, zajmując klatkę piersiową, brzuch, twarz i szyję; dalej, drgawki te mogą zająć: język, krtań, gardło, przeponę, mięśnie oczu, pęcherz moczowy. Zawsze prawie, szczególnie na kończynach górnych, stężenie przeważnie zajmuje zginacze, ale równocześnie i rozginacze są zajęte, choć w mniejszym niż tamte stopniu.

Ręka przybiera ułożenie piszącej, albo, jak trafnie zauważył TROUSSEAU, ręki akusзера, w chwili kiedy wprowadza ją do pochwy (*main d'accoucheur*); a więc palce zgięte są w stawach swej podstawy, wyprostowane w dwóch pozo-

¹⁾ Na 314 mężczyzn chorych na tężyczkę było 141 szewców, 22 stolarzy, 18 tokarzy, 15 ślusarzy, a reszta przypada na inne rodzaje zajęć. Porównaj niżej zacytowaną pracę tego autora.

stałych, i w kompletnej addukcyi stykają się ściśle ze sobą, otaczając jeden punkt swemi końcami; szczególnie silnie wyrażoną jest addukcyja i przygięcie palca wielkiego, który końcem swym leży między trzecim i czwartym; addukcyja małego jest słabszą, mięśnie kłębu palucha i paluszka — *thenar* i *hypothenar* — są zbliżone, a dłoń wskutek tego zagłębiona. Wyjątkowo spostrzegano odmienne ułożenie, jak np.: zaciśnięcie ręki w pięść, albo rozstawienie palców; w rzadkich zaś przypadkach widziano tylko przykurzenie wielkiego palca. Równocześnie staw nadgarstkowy, rzadziej łokciowy, bywa w niezupełnem zgięciu, a rzadsze jeszcze zajęcie barku wyraża się przez *adductio*.

Stopy ułożone są podobnie do rąk, palce zgięte i stulone, a wskutek zbliżenia się wewnętrznego i zewnętrznego brzegu stopy na podszwie tworzy się rodzaj zagłębienia. Kurcz mięśni łydki ustawia stopę jako *pes equinus*, *equinovarus*, rzadziej *equino-valgus*; w kolanie najczęściej bywa skurez wyprostny. Rzadko bardzo palce stopy są wyprostowane i rozstawione. BARBIER (*Real-Encykl. Bd. 13. Str. 486*) widział przypadek tetanii u 11-letniego dziecka, gdzie przeważał skurez mięśni przedniej powierzchni uda, dzięki czemu pięty dotykały podłogi, a przód stopy z rozstawionemi palcami podniesiony był ku górze.

Po kończynach, najczęściej zajętemi są mięśnie żuchwy. Czasem mamy zupełny szcękocisk. Dzięki skurezowi mięśni szyi, powstaje czasem pochylenie głowy ku przodowi; rzadziej zajęte są mięśnie karku. Toż samo stosuje się do mięśni stosu kręgowego, częściej spostrzegano mianowicie *emprosthotonus* niż *episthotonus*. Chorzy, nawet na lekką tężyczkę, doznają trudności w mówieniu, co zależnem jest od upośledzonej sprawności mięśni języka. Rzadziej spostrzegana trudność polykania dowodzi zajęcia odpowiednich mięśni gardła.

Skutki kurczów przepony i mięśni oddechowych klatki piersiowej, a szczególnie mięśni krtani, co najczęściej bywa u dzieci, zrozumiałe są same przez się. Skurez głōśni był nieraz powodem śmierci, u dzieci chorych na tężyczkę.

Skutki drgawek innych grup mięśniowych zrozumiałe są po uwzględnieniu fizjologicznej działalności tych mięśni.

Zazwyczaj drgawki toniczne, stanowiące główną treść napadu, są obustronne. Są jednak i wyjątki, jakkolwiek bądź nie częste. Przeważnie zajęta np. jest tylko jedna strona ciała, albo wyłącznie spostrzegać się daje kurcz tylko jednej ręki. JAKSCH widział przypadek tetanii, gdzie charakterystyczne drgawki obejmowały tylko lewe kończyny, górną i dolną.

Dalej istnieją spostrzeżenia, w których przy innych objawach tężyczki występował jakiś odosobniony kurcz. NEUSSER np. widział dusznicę wskutek tężyczkowego kurczu przepony. ESCHERICH przypuszcza, że nieradko kurcz głōśni u dzieci jest objawem takiej częściowej tetanii. MATTEI widział dwie ciężarne, u których, prócz innych objawów tetanii, toniczne drgawki zajmowały wyłącznie tylko mięśnie brzucha.

HOCHWART (*c. l.*) radzi, w przypadkach odosobnionych kurczów, zawsze szukać innych objawów tężyczki, wyrażając nadzieję, iż nieraz tym sposobem dojdzie będzie można do prawdziwego rozpoznania.

Stopień stężenia mięśni w tężyczkowym napadzie bywa różny. Nieraz chory sam może pokonać skurez działaniem mięśni antagonistów, zdarzają się

jednakże przykurczenia tak silne, że lekarz nawet nie jest w stanie odgiąć przykurczonych palców, tembardziej, iż zabieg taki jest dla chorego bardzo bolesnym. HÉRARD opisuje przypadek tak silnego tężyczkowego kurczu rąk, iż na miejscu stykania się końców gwałtownie zaciśniętych palców powstały strupy zgorzelinowe.

Trwanie napadu bywa różne: od kilku minut do kilku godzin, czasami dni kilku, a HOFFMANN spostrzegał napad aż 10 dni trwający.

Częstość napadów bywa niejednakową. Przerwy wolne od nich wynoszą od kilku godzin do dni kilku. Czasem kończy się wszystko jednym napadem.

Wybuch napadu częstokroć nie ma wyraźnego powodu, czasem znów jest wyraźnym następstwem wpływów termicznych, albo wzruszeń psychicznych. Zjawienie się napadu nierzadko poprzedzonym bywa przez zwiastuny w postaci ogólnego niedomagania, a przedewszystkiem bólów, oraz uczucia osłabienia i sztywności szczególnie w kończynach górnych. Zauważono, że napady tężyczki zjawiają się częściej w popołudniowych godzinach i w nocy niż o innej porze dnia. Widziano też powroty napadów w prawidłowych odstępach czasu.

W czasie trwania kurczów ruchy czynne kończyn są upośledzone; zależy to nie tylko od stanu mięśni, lecz także i od ogólnego osłabienia i pewnego stopnia niedowładu nawet mięśni wolnych od stężeń. Niedowład ten utrzymuje się czas jakiś i po napadzie, a nierzadko nawet trwać może znacznie od niego dłużej. Oprócz drgawek tonicznych w zajętych członkach od czasu do czasu mogą występować drgawki kloniczne, połączone ze znacznymi bólami. U dzieci czasem przechodziły te drgawki w ogólne, przypominające napad epileptyczny.

Z kolei zastanowimy się nad objawami niemniej ważnymi i charakterystycznymi dla tężyczki, o istnieniu których przekonać się możemy dopiero po zastosowaniu pewnych zabiegów. Objawem takim jest, przedewszystkiem, odkryty przez TROUSSEAU i noszący miano tego sławnego klinicysty objaw TROUSSEAU. Polega on na wywołaniu napadu drgawek, nawet w czasie wolnym od nich, przez ucisk na główne pnie nerwowe, albo naczynia krwionośne danej kończyny w ten sposób, aby zatamować w niej krążenie krwi. Występuje wtedy wkrótce charakterystyczny kurcz w tej kończynie, ustępujący szybko po przerwaniu ucisku. Objaw ten spotyka się w 60—70% przypadków tetanii, a że dotychczas nie udało się go spostrzegać w żadnej innej chorobie, przeto stanowczo musi być uważanym za patognomiczny dla tężyczki. Najłatwiej wywołać go na ręce, uciskając w okolicy *sulci bicipitalis interni*, a nieco trudniej na stopie przez ucisk w okolicy *sulci cruralis*. Ucisk musi trwać od $\frac{1}{2}$ —4—5 minut. Czasem ucisk jest bolesny. SCHULTZE, a za nim DELPECH, uczeń TROUSSEAU'a, wywoływali napad tężyczkowy w ręce, ściskając dolne końce kości przedramienia (*Handknoechel*); BERGER, SIMM i ROSENTHAL, przez ucisk na bolesne wyrostki kręgow *stosu pacierzowego*, a ostatni nawet, przez ukłucie igłą lub obryzganie zimną wodą. Nakoniec FRIEDMANN'owi udawało się wywoływać napady prawie ze wszystkich miejsc ciała.

Wobec tego pojęcie o objawie TROUSSEAU'a należy rozszerzyć w ten sposób, iż napad tetanii można wywołać przez ucisk w jakimkolwiek miejscu ciała, a najłatwiej w miejscach wyżej wymienionych.

Dalej słusznie, zdaniem naszym, definicyję objawu TROUSSEAU'a prostuje FRANKL-HOCHWART w tym względzie, iż przyczyną kurczu jest ucisk na nerwy, a nie na naczynia, i ztąd powstała niedokrwiistość. Na poparcie tego twierdzenia i obalenie przeciwnego [TROUSSEAU, KUSSMAUL, HOFFMANN] przytacza on następujące dane. Czasami przez ucisk w *sulcus bicipitalis internus* jednej strony można wywołać kurcze po obu. Dalej z naczyniami kończyn nie ma nic wspólnego skuteczny ucisk na kości przedramienia, a tem mniej na wyrostki cierniste kręgow. MUELLER zresztą, uciskając nerw łydkowy (*n. peroneus*), przy którym nie leży żadne większe naczynie krwionośne, wywoływał kurcz stopy. Trudno też dowieść, że uciskając przez skórę naczynia, nie wywieramy równocześnie ucisku i na nerwy, których pnie główne obok nich leżą; zresztą, bezwarunkowo uciskamy przytem nerwy czuciowe w skórze i gałązki nerwu współczulnego, oplatające naczynia [WEISS].

Przekonywające nakoniec znaczenie ma wynik doświadczeń HOCHWART'a (*l. c. str. 51*) na psach. Mianowicie u 4-ch psów, przez wyluszczenie gruczołu tarczowego, udało mu się wywołać tężyczkę z typowym objawem TROUSSEAU'a, przyczem ucisk w jednym *sulcus cruralis* dawał kurcz wyprostny po obu stronach. Otóż, u tych zwierząt odpreparował on tętnicę i nerw biodrowy: gdy ostrożnie podnosił i zaciskał pierwszą, nie otrzymywał ani śladu drgawek, gdy atoli dopykał choćby lekko nerwu, natychmiast występował energiczny i dość długotrwały skurcz wyprostny w obu kończynach.

Drugim ukrytym objawem tężyczki jest wysokiego stopnia podwyższenie wrażliwości nerwów na elektryczność. Już BENEDIKT i KUSSMAUL obserwowali ten objaw, ale zasługa zbadania go i wskazania ścisłej metody w tym kierunku bezsprzecznie należy się ERB'owi. Dlatego też objaw ten nazwano objawem ERB'a. ERB pierwszy w dwóch przypadkach tetanii wykazał: że u tego rodzaju chorych pobudliwość nerwów względem prądu galwanicznego jest wzmożoną, że zmienioną jest przytem w oryginalny sposób t. zw. „formuła drgań“, a wreszcie, że po ustąpieniu choroby pobudliwość ta wraca do stanu prawidłowego.

Badania następne EISENLOHR'a, SCHULTZE'go, CHVOSTEK'a, ONIMUS'a, WEISS'a, HOCHWART'a (*l. c.*), oraz I. WAGNER'a w zupełności potwierdziły wyniki badań ERB'a. W rezultacie dowiedzioną teraz jest rzeczą, że pobudliwość nerwów ruchowych [a także i czuciowych (HOFFMANN)] na prąd stały u tężyczkowych chorych jest, prawie bez wyjątku podwyższoną, na prąd zaś faradyczny również wzmożoną, choć nie zawsze i nie w równej mierze, nakoniec że podobnie zachowuje się i pobudliwość mięśni. Chociaż wyjątki od tego prawidła są rzadkie, to jednakowoż obserwował je WEISS, który w 13 przypadkach tetanii raz znalazł pobudliwość na prąd stały zupełnie prawidłową.

Pod tym względem mój przypadek, który był niewątpliwą tężyczką, należałby do liczby nieczęstych wyjątków.

Zachowanie się galwanicznej „formuły drgań“, prócz łatwego występowania skurczu katody [KaSZ], zasługuje na uwagę i z tego względu, że szybko następuje KaS—*Tetanus*; już przy prądach średniej siły mamy AnSZ [a względnie *Tetanus*]; dalej prawie zawsze jest jest AnOe—*Tetanus*, a czasami i KaOe—*Tetanus*

Nakoniec trzecim objawem ukrytym jest obja w CHVOSTEK'a, albo t. zw. „twarzowy“, będący wyrazem wzmożonej pobudliwości mechanicznej nerwów ruchowych. Odkrył go wymieniony badacz i uważał za patognomoniczny dla tężyczki. Badania jednak innych zmniejszyły znaczenie tego objawu. Najwyraźniej wykazać go można na nerwie twarzowym. Uderzając palcem, albo młotkiem wypukowym poniżej łuku twarzowego zaraz przed główką wyrostka kłyckowego żuchwy, otrzymujemy błyskawiczny skurecz wargi górnej i skrzydła nosa; uderzając zaś w gałąź górną nerwu twarzowego, otrzymujemy takiż skurecz w mięśniu czołowym. [D. n.]

II. O ŁAGODNYCH OWRZODZENIACH GARDZIELI.

[Odczyt, wygłoszony w seceyi laryngologicznej i rynologicznej X-go międzynarodowego kongresu lekarskiego w Berlinie].

Przez

D-ra Teodora Herynga.

[Dokończenie.—Patrz Nr. 7].

Czyste hodowle BUJWIDA, oraz takie same hodowle dwóch rodzajów streptokoków, które otrzymałem z innego przypadku, użyte zostały do wykonania w mojej prywatnej pracowni szeregu doświadczeń, dokonanych przy współudziale D-ra LUBLINERA, asystenta oddziału. Pomimo jednakowych warunków bijologicznych w termostacie, streptokok *B.*, nazwany przez BUJWIDA paciorkowcem różnokształtnym, zaginął zupełnie, zmarł po 4-ch tygodniach i nie mógł być dalej przeszczepianym. Tymczasem forma *A*, t. j. paciorkowiec jednostajny, przeszczepiany przeszło 30 razy, już po 6-iu dniach na świeżym agarze rozwijał się zawsze jako czysta hodowla. Wszystkie nasze doświadczenia dokonane zostały z tym rodzajem paciorkowca jako trwałym. Własności jego biologiczne są następujące:

1. Różwój zaczyna się już po upływie 24-ch godzin, przy 37° C., w postaci hodowli rysowej, podłużnej, składającej się z pojedynczych zupełnie małych punkcików, barwy białawej, które trzeciego dnia dochodzą do wielkości ziarenka piasku. Kolonija wystaje nieco nad powierzchnię agaru, jest białoszara, lecz nie daje się z łatwością zeszkrobać.

2. Na galarecie peptonowej hodowla rysowa rozwijała się przy ciepłocie pokojowej dopiero na piąty dzień, w postaci cienkich, pojedynczych, niezlewających się punkcików i drobnych guziczków, nierozpuszczających żelatyny.

3. Na sterylizowanej polewce mięso-peptonowej [bulijonie] kolonije ukazały się po upływie 24—48 godzin, jako bardzo delikatne punkty, w postaci płatków, które opadały na dno epruwetki, a przy skłócaniu płynu czyniły go mętnym. Szczepienia dokonane zostały na białych myszach i królikach z następującym wynikiem:

A) **D o s ь w i a d c z e n i a n a m y s z a c h.** Zrobiliśmy wstrzyknięcie podskórne z czystej hodowli agarowej czterem myszom, w okolicy grzbietu. Piątego dnia zwierzęta zostały zabite; u dwóch z nich wytworzyły się pod skórą stwardnienia. Znaleźliśmy u tych zwierząt nacieczenia, tej samej wielkości i w tkance podskórnej. Cząsteczki nasięku przeszczepione zostały na agar-agar. Zawierały liczne streptokoki [A.], z których można było później otrzymać czystą hodowlę. W narządach wewnętrznych nie wykazano żadnych zmian. Zachowanie się myszy podczas tych pięciu dni było zupełnie prawidłowe.

B) **D o s ь w i a d c z e n i a n a k r ó l i k a c h.** U dwóch zwierząt dokonano podskórnego wstrzyknięcia za pomocą sterylizowanej szprycki Koch'a czystej kultury paciorkowca jednostajnego [A.], w okolicy grzbietowej. U jednego królika szczepienie wykonano na łącznicy lewego oka. Wytworzyło się piątego dnia stwardnienie wielkości orzecha laskowego, które wyluszczone zostało, z zachowaniem wszelkich zasad antyseptyki. W zawartości guza można było wykazać streptokoki. Guz zachowany został w alkoholu do dalszych badań. Przeszczepienia na agar-agar okazały się bezskutecznymi.

Przekonawszy się na zasadzie obserwacji, badania bakteriologicznego i biologicznego, że cierpienie to jest natury łagodnej, wykonałem kilka szczepień czystej hodowli na chorych dotkniętych przewlekłymi cierpieniami.

Wybrałem w tym celu dwóch chorych z mego oddziału, z których jeden był dotknięty zwężeniem rakowem przelyku, drugi zaś cierpiał na wysoko posuniętą gruźlicę krtani i płuc. Pierwszy chory był bardzo wycieńczony, lecz nie gorączkował i mógł jeszcze odżywiać się za pomocą zgłębnika. Po oczyszczeniu jamy ustnej 4% roztworem kwasu bornego, język przyciśnięto szpadełkiem, odkrobano sterylizowanym nożykiem nieco nabłonka z przedniego łuku, a następnie dotknięto się wielokrotnie zaczerwienionego miejsca drutem platynowym, zawierającym ślad czystej hodowli.

Trzeciego dnia rozwinęło się u chorego ostre zapalenie gardła z zaczerwienieniem miękkiego podniebienia i tylnej ściany gardzieli, cierpienie jednakże nie umiejscowiło się na migdałkach. Już poprzedniego wieczoru uskarżał się chory na osłabienie i lekką gorączkę. Cierpienie przeszło bez śladu po pięciu dniach. Na miejscu, w którym dokonano zaszczepienia, nie widziałem nic nieprawidłowego, prócz lekkiego białego nalotu, który czwartego dnia zupełnie zniknął.

W taki sam sposób zaszczepiono czystą hodowlę drugiemu choremu, dotkniętemu gruźlicą płuc, nad lewym migdałkiem. Prócz tego wprowadzono mu za pomocą igły platynowej do krypt lewego migdałka nieco czterodniowej hodowli agarowej streptokoka A.. Po upływie trzech dni znaleźliśmy na lewym migdałku guziczek, wielkości ziarna gorczycy, białej barwy. Piątego dnia nakłułem guziczek wyjąłowym ostrym drutem platynowym i przenieśliśmy na agar. Rozwinął się ten sam streptokok z hodowlami innych saprofitów. Wyhodowano znowu czystą hodowlę i otrzymano typową formę paciorkowca wielokształtnego. Małe, białe ognisko w migdałkach zniknęło po upływie sześciu dni.

W dalszym ciągu dokonaliśmy szczepienia paciorkowcem jednostajnym, na migdałkach u trzech chorych, jednak żadnego pozytywnego wyniku nie otrzymano. Chorzy nasi nie gorączkowali, byli dobrze odżywiani i dotknięci tylko

przewlekłym nieżytem nosa. Migdałki i jama noso-gardzielowa były u nich prawidłowe. Szczepienie powtórzone zostało po upływie dziesięciu dni, u tych samych chorych, jak również i u innego suchotnika i dały tym razem wynik dodatni o tyle, że trzeciego dnia u chorych tych, na miejscu gdzie dokonano zaszczepienia, wystąpiły białe guziczki, wielkości główki od szpilki, które po dziesięciu dniach zniknęły zupełnie. Jeden chory nieco gorączkował i doznawał uczucia lekkiego palenia w gardle. Pozostali na nic się nie uskarżali. Tym ostatnim trzem chorym zaszczepioną zastała hodowla dwudniowa.

Z wyników szczepienia, dokonanego na ludziach, zdawałoby się, że szczepienie czystej hodowli paciorkowca jednostajnego może wywołać miejscowe cierpienie i to tylko wtedy, gdy szczepionka wpuszczoną została do mięszu migdałków. Zaszczepienie na łuku przednim dotychczas nie wydało żadnych wyników. Czy ostre zapalenie gardła, jakie powstało u pierwszego chorego, dotkniętego zwięzieniem przelyku, było w pewnej zależności od szczepienia, o tem nic stanowczego powiedzieć nie mogę, uważam to jednak za nieprawdopodobne, ponieważ rozwinęło się tylko w jednym przypadku. Że mikrokok może wywołać miejscowe zaburzenie, gdy się go zaszczepia na takim podścielisku jak migdałek, jest wielce prawdopodobnem. Ponieważ badania nasze uzyskały pewne uzasadnienie na mocy doświadczeń, dokonanych na zwierzętach, zmuszony jestem poruszyć niektóre punkty, zwłaszcza, że nie chcę ściągnąć na siebie zarzutu, jakobym z pojedynczych prób zbyt pospiesznie wyprowadzał wnioski. Przedewszystkiem zastanowię się nad tem, jaką wartość posiada badanie bakteriologiczne opisanego przezemnie owrzodzenia i czy wogóle istnieje jakiś ścisły związek pomiędzy streptokokiem, którego hodowlę przeprowadził D-r BUJWID, a opisaniem tu cierpieniem.

Przedewszystkiem nasuwa się pytanie, jakie rodzaje mikrobów znajdują się wogóle w jamie ustnej, które z nich nadają się do hodowli, które wywierają wogóle działanie chorobotwórcze.

Na zasadzie badań MILLER'a [„O drobnoustrojach jamy ustnej“], jako też poszukiwań dawniejszych badaczy [BLACK, NETTER, BIONDI, VIGNAL] dowiedzionem zostało, że jama ustna może być uważaną za miejsce, posiadające do rozwoju rozmaitych drobnoustrojów nader sprzyjające warunki. Dostają się do niej grzybki z powietrzem i pokarmami i w niej się mnożą. Wytworzyłyby się tam setki odmian, gdyby większość ich nie ginęła w walce o byt. O wielu gatunkach musimy przyjąć, że tylko czasowo w jamie ustnej się znajdują, inne znowu stale w ogromnej ilości zjawiają się w niej w stanie czystej hodowli. Te ostatnie tem się odznaczają, że nie można ich było dotychczas hodować na żadnym ze znanych gruntów odżywczych. Do tych należy, podług MILLER'a, sześć gatunków grzybków, mianowicie: *leptothrix buccalis*, *bacillus buccalis maximus*, *leptothrix buccalis maxima*, *jodococcus vaginatus*, *spirillum sputigenum*, *spirochaele dentum*.

Co do grzybków chorobotwórczych, można je rozdzielić na dwie grupy: przeszczepialnych i nieprzeszczepialnych. Pierwsze jużem wymienił. Co do przenośnych, *resp.* chorobotwórczych grzybków, to MILLER otrzymał czyste hodowle z następujących z nich: a) *Micrococcus septicaemiae*, b) *Bacillus crassus sputigenus*, c) *Staphylococcus pyogenes aureus et albus* i *streptococcus pyogenes*, d) *Micro-*

coccus tetragenus. Pomijam tu pięć odmian grzybków, wyhodowanych przez BIONDI'ego, który zbadał ich patogeniczne działanie, jak również cztery odmiany mikrobów, już podanych przez MILLER'a, a zadawałam się tylko wymienieniem najważniejszych. Dotychczas opisano około piętnastu odmian grzybków chorobotwórczych, możliwym jest jednak, że ta wielka liczba przez dalsze dokładne spostrzeżenia i doświadczenia znacznie się zmniejszy.

Chciałbym w tem miejscu nieco obszerniej pomówić o odmianach paciorkowca, wyhodowanych przez BUJWIDA i przezemnie. Co się tyczy zdania, że *staphylococcus pyogenes aureus et albus* i *streptococcus* często występują w jamie ust, opinije dotąd są bardzo sprzeczne. BLACK znalazł w ślinie zdrowych ludzi w siedmiu przypadkach *staphylococcus pyogenes aureus*, w 4-ech przypadkach *staphylococcus pyogenes albus* i w trzech przypadkach *streptococcus pyogenes*. Materiał otrzymano przez odkrobanie jednorazowe tylnej części języka lub jakiegokolwiek części błony śluzowej jamy ustnej, za pomocą wyjałowionego drutu platynowego. Inni bakterjologowie, którzy badali płyny, z ust otrzymane, nie znajdowali tak stale *staphylococcus pyogenes aureus* i *albus*. VIGNAL znajdował je tylko bardzo rzadko w ustach, *streptococcus pyogenes* nie spotykał on nigdy. Nawet MILLER znalazł te grzybki przy sprawach ropnych tylko w pięciu przypadkach z liczby 52, NETTER tylko w siedmiu przypadkach na 127 doświadczeń. W ustach zdrowych ludzi zdarzają się te grzybki, podług MILLER'a, jeszcze rzadziej.

Co się tyczy streptokoka *pyogenes*, to najważniejszą jego cechą, jak wiadomo Szanownym Kolegom, jest to, że może on przez pewien czas wdrażać do żywej tkanki, wnikać w nią i w niej żyć dość długo. Później ulega ona ropieniu i zniszczeniu. Podobnie zachowuje się i paciorkowiec róży. Podług badań ROSENBACH'a, streptokok ten wywołuje zgorzel również i drogą mechaniczną, co rzuca pewne światło na powstawanie omawianego tu cierpienia, gdyż na poparcie tego mogą okazać odpowiednie preparaty mikroskopowe. Badając naloty, otrzymane przez zeszkobanie dna owrzodzenia, znalazłem pomiędzy licznymi komórkami nabłonkowymi i białymi ciałkami krwi, liczne streptokoki, występujące nie tylko pojedynczo, lecz i w postaci całych kolonij. Same komórki nabłonkowe były zmienione, jądra ich bowiem barwiły się słabo.

Jestem mocno zobowiązany prof. RIBBERT'owi z Bonn, że był tak łaskaw, i w dalszym ciągu prowadził badania z wyhodowanym przez D-ra'BUJWIDA i przezemnie streptokokiem, którego czyste hodowle do Bonn mu posłałem. Prof. R. doniósł mi, że mikrob ten okazał się chorobotwórczym, że wywołuje przy podskórnem zaszczepianiu u królików zaczerwienienie i ropienie, ale nie wytwarza róży, a więc nie wnika do tkanek otaczających.

Pomimo użycia wielkich mas koków, ropnie u zwierząt, wywołane czystą hodowlą, były wciąż nieznacznych rozmiarów. Prof. RIBBERT przypuszcza więc, że mamy tu do czynienia z osłabioną odmianą zwykłego streptokoka. Porusza on również kwestyje, czy należy odróżniać rozmaite odmiany streptokoków, czy też wszystkie je uważać tylko za modyfikacje jednego gatunku. On sam przychylił się do tego ostatniego zdania i przypuszcza, że streptokok pod wpływem zewnętrznych warunków łatwo ulega modyfikacyjom. Pierwsze hodowle z początku przy doświadczeniach, robionych przez BUJWIDA, nie były cho-

robotwórczemi, później zaś wykazały zarówno nam, jako też prof. RIBBERT'owi, własności chorobotwórcze.

Dalsze badania wykażą, czy wyhodowana przez nas odmiana streptokoka może wywołać na błonie śluzowej gardzieli opisane nadżarcia. Przekonany jestem, że jest to nieprawdopodobnem. Na zasadzie wyżej przytoczonych dowodów sądzę, że opisanego tu cierpienia nie można uważać za zwykłe afty, dopóty świeże badania nie wyjaśnią dokładniej jego natury.

Z pewnem prawdopodobieństwem można przyjąć, że przez wtargnięcie streptokoka pobudzoną zostaje sprawa nekrotyczna nabłonka; nie daje się tem jednak objaśnić, dlaczego owrzodzenie występuje pojedynczo, dlaczego ma właściwy wygląd typowy i właściwe umiejscowienie. Muszą tu więc odgrywać rolę i inne czynniki, prawdopodobnie mechaniczne, termiczne, a może zależne i od unaczynienia. Jakkolwiek badanie tego rodzaju kwestyj napotyka wielkie trudności, jednak warto by było poczynić odpowiednie próby. Jeżeli się nadarzy stosowny materiał, będę w dalszym ciągu prowadził badania i hodowle i postaram się wyjaśnić, czy u chorych, dotkniętych owrzodzeniem łagodnem, można wogóle znaleźć w jamie ustnej chorobotwórczą odmianę streptokoka i otrzymać z niej czystą hodowlę.

Podane tu spostrzeżenia łagodnych owrzodzeń w gardzieli, stanowiące osobną, prawie nieznaną dotąd formę, zostały potwierdzone zarówno spostrzeżeniami kilku kolegów, jako też świeżo ogłoszoną publikacją prof. MASUCCI z Neapolu.

Potwierdza on zarówno typowy wygląd, umiejscowienie owrzodzeń, jako też wynik bakteryjologicznych poszukiwań BUJWIDA, moich własnych i profesora RIBBERT'a z Bonn.

Na 14-ym zjeździe Stowarzyszenia włoskich lekarzy, odbytym w Sienie, w Sierpniu 1891 r., prof. MASUCCI miał wykład o owrzodzeniach łagodnych gardzieli, ogłoszony w N-rze 12 „*Annales des Maladies de l'Oreille etc.*“. Odczyt był zatytułowany: „*Ulcérations pharyngées de Heryng*“. MASUCCI widział formę tę u trzech chorych. Wnioski jego są następujące: „*Les ulcérations bénignes de Heryng ont un caractère typique, sui generis, permettant de les distinguer aisément des autres processus pathologiques, qui se produisent au même endroit. D'ordinaire, la lésion est unilatérale et reste isolée. L'ulcération est oblongue et affecte comme siège de prédilection la voûte du palais et les piliers. Elle est accompagnée de fièvre sans altération appréciable des amygdales. L'ulcération est couverte par une fausse membrane blanc grisâtre qui, en dix ou douze jours, guérit sans laisser de cicatrices. Les recherches bactériologiques faites jusqu'à ce jour nous font croire, que les agents pathogènes en sont: le streptococcus monomorphus, et le streptococcus variegatus, d'après les constatations de HERYNG, BUJWID et MASUCCI*“.

III. O STOSOWANIU KOFEINY W CHOROBACH SERCA I NEREK.

Napisał

D-r Med. J. Pawiński,
ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 7].

D Z I A Ł IV.

Choroby mięśnia serca.

Spostrzeżenie 13. *Myocarditis chronica, lusufficientia valv. mitralis relativa, Emphysema pulmonum.*

Kozar.... Maryja, lat 60, służąca, przybyła do szpitala d. 23-go Października 1890 r., z powodu kaszlu i duszności, które powstały jakoby po przeziębieniu i przemoczeniu nóg. Od kilku lat chora często zapada na nieżyt oskrzeli, a przed rokiem leżała w oddziale moim przeszło 3 miesiące z powodu bardzo rozległego i uporczywego *bronchitis*, do czego się nawet nieżytowe zapalenie płuc przyłączyło. Wtedy to w czasie napadów silnego kaszlu czynność serca stawała się niemiarową.

Od kilku tygodni chora zauważyła obrzęk kończyn dolnych, który jednakże po wypoczynku, po nocy zniknął.

Budowa i odżywianie średnie. Stan bezgorączkowy. Tętno 64, niemiarowe. Ścianki tętnicy promieniowej nieco stwardniałe, fala krwi mała. Obrzęk stóp nieznaczny. Rozedma płuc znaczna. Z przodu i z tyłu klatki piersiowej wilgotne, nieliczne rżężenia. Uderzenie wierzchołkowe silne, knoszące palec, rozległe na szerokość 2-ch palców, znajduje się w V-tem międzyżebżu na 2-3 ctm. na lewo od *l. m. s.*

Tępość serca powiększona głównie w wymiarze poprzecznym, a mianowicie: w kierunku na lewo za linią sutkową lewą. Prawa granica znajduje się na środku mostka.

Częstość uderzeń serca nie odpowiada częstości tętna, i tak: tętno nderza 64 razy na minutę, a serce około 120.

U wierzchołka słyhać wyraźny szmer skurezowy, dmuchający. U podstawy tony czyste. Przewód pokarmowy żadnych zaburzeń nie przedstawia. Miesiączkowanie ustało od 12-tu lat.

Mocz skąpy w ilości około 600 ctm. sześć. na dobę. Białka, ani cukru nie zawiera.

W celu wzmocnienia serca i wywołania obfitszej dyjurezy zastosowaliśmy najprzód kofeinę.

Data.	Częstość tętna.	Częstośćskurczów serca.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciężar wiążący.	Leczenie.	U w a g i.
27. X.	46 ryt.	120	600	1027		
28	64 "	64	650	1027	3×5 gr. <i>Cof. natro-benz.</i>	} Szmer skurezowy słabszy, natomiast tony silniejsze. Prawa granica na środku mostka. Prawa granica na lewym brzegu mostka.
29	70 "	120	1200	1016	3×5 "	
30	64 "	64	1600	1014	4×5 "	
31	72 "	72	1400	1015	5×5 "	
1. XI.	46 aryt.	100	3200	1008	6×5 "	
2	64 "	86	1200	1014	6×5 "	Szmer obok tonu. Uderzenie wierzchołkowe w V, a nawet w VI międzyżebżu, w nocy obfite poty.
3	64 "	120	1000	1016	7×5 "	Szmeru skurezowego zupełnie nie słyhać, tylko ton.
4	64 "	100	1500	1013	Bez lekarstwa.	W nocy silne bicie serca, bezsenność, niepokój. 1-szy ton rozdwojony u wierzchołka.

Data.	Częstość tętna.	Częstość skurczów serca.	Dobowa ilość moczu w cm. sześciennych.	Ciężar właściwy.	Leczenie.	U w a g i.
5. XI.	64 aryt.	64	500	1025	Bez lekarstwa.	Sen dobry. U wierzchołka sły-chać znowu wyraźnie szmer I-szy dmuchający i jakby resztką tonu.
6	64 "	64	800	1023		
7	56 "	56	1200	1016	3×6 kr. <i>T-rae Stroph.</i>	Szmeru I-go nie sły-chać. Szmer obok tonu pierwszego. Przy silniejszych skurczach występuje szmer skurczowy. Prawa granica za prawym brz-kiem mostka.
8	70 "	100	2200	1010		
9	70 "	120	1200	1017		
10	76 "	88	1600	1014		
11	64 "	64	900	1022	3×10 "	Szmer skurczowy obok tonu.
12	48 "	48	1100	1020		
13	60 ryt.	60	1400	1015	3×10 "	Bicia serca tępnie miewa. Popr-eczny wymiar mniejszy i prawa granica na lewym brzegu mostka. Tony czyste, niekiedy tylko przy 1-szym tonie szmer.
14	56 "	56	1500	1013		
15	48 "	48	1200	1015	3×10 "	Obok 1-go tonu szmer. W noey bicia serca.
16	60 "	60	1000	1017		
17	72 aryt.	72	1500	1015	Bez lekarstwa.	Szmer przy I-szym tonie sły-chać niekiedy. Wątroba powiększyła się.
18	64 "	64	1000	1018		
19	72 "	72	1000	1017		
20	120 "	120	1000*	1016		
21	60 ryt.	60	1000	1015	} <i>Inf. Digitatis ex</i> 3j—3vj. S. Co 2 godzin łyżkę.	Szmer słabszy. Poprzeci-ny wymiar serca mniej-szy. Szmer bardzo słaby. Czuje się lepiej. W linii sutko-wej lewej tony czyste, po za tą liniją na zewnątrz występuje szmer.
22	60 "	60	2600	1009		
23	72 "	72	1500	1014	} <i>Inf. Digit. ex gr. xv</i> —3vj S. Co 2 godziny łyżkę.	Skurcze serca dość silne. Szmer I-szy sły-chać tylko przy silniej-szych uderzeniach serca, przy słabszych tony czyste. Duszności nie miewa.
24	64 "	64	1000	1018		
25	60 "	60	1800	1013	Bez lekarstwa.	
26	60 "	60	1200	1016		
27	64 "	64	1200	1015	Bez lekarstwa.	
28	62 "	62	1300	1015		

29. Wypisuje się ze szpitala do oddziału rekonwalescentów.

Epicrasis. W czasie poprzedniego pobytu w oddziale, jak już wspominaliśmy występowała u chorej od czasu do czasu arytmija, zwykle po silnym kaszlu. Żadnych jednak zmian chorobowych w sercu, dostępnych badaniu fizykalnemu, nie wykryliśmy; tony były czyste, a wymiary prawidłowe.

Podczas powtórnego przybycia chorej do oddziału postawiliśmy rozpoznanie: *myocarditis chronica*, na zasadzie znacznej arytmii, powiększenia tępości serca w wymiarze poprzecznym i szmeru skurczowego u wierzchołka. Szmer ten podlegał różnym zmianom, niekiedy, pod wpływem dużych dawek kofeiny, znikał zupełnie. Podobnież i pod działaniem dużych ilości strofantu [15 Listopada 8 dni z rzędu 3×10 kropel] ustępował, a miejsce jego zajmował czysty ton. Dwie dawki naparu naparstnicy (*Inf. Digit. ex* 3j—3vj) wystarczyły także dla usunięcia go. Dodać nale-

ży, że szmer ten po odstawieniu leków bardzo szybko powracał. Zasluguje również na uwagę, iż słyhać go było zawsze najlepiej w odległości 2—3 ctm. od linii sutkowej lewej, gdy tymczasem w tej ostatniej linii tony były czyste. Ku górze, w kierunku tętnicy płucnej nie rozprzestrzeniał się, lecz głównie ku linii pachowej, co zapewne od przerostu lewej komórki i nieprawidłowego jej położenia zależało.

Przy podawaniu chorej kofeiny, strofantu i naparstnicy wymiar poprzeczny serca ulegał małowemu tylko zmniejszeniu: prawa granica serca przesunęła się pomiędzy środkiem mostka a prawym jego brzegiem; zależało to zapewne od przerostu prawej komórki (*emphysema*), a w mniejszym stopniu od rozszerzenia.

Co się tyczy wpływu podawanych leków na rytm skurczów serca, to pierwsze miejsce zajmował strofant, drugie naparstnica, a dopiero trzecie kofeina. W czasie przybycia do szpitala tętno uderzało 60—70 razy na minutę, a serce około 120, przyczem uderzenia te były niemiarowe; później pod działaniem strofantu otrzymywaliśmy rytmiczne tętno [56—48], które w zupełności co do czasu odpowiadało skurczom serca. Jakkolwiek i kofeina wywierała wpływ na częstotść tętna, zmniejszając ją, jednak w uregulowaniu rytmu odgrywała tylko podrzędną rolę.

Diureza nie była wogóle zbyt obfitą, co zresztą dziwić nas nie powinno wobec istnienia bardzo nieznacznego obrzmienia stóp i braku przesieków w jamach ciała. Najsilniejszy wpływ moczopędny wywierała kofeina [3200 ctm. sześć. na dobę *maximum*, średnio zaś około 1400 ctm. sześć.], słabszy już naparstnica i strofant.

Wreszcie zaznaczyć wypada, że wogóle w przypadku powyższym dla uregulowania rytmu i zwiększenia diurezy potrzeba było dużych dawek lekarstw. Duszność zaś i bicie serca ustąpiły dość prędko i nie zjawiały się nawet po odstawieniu leków; przeciwnie rzecz się miała ze szmerem skurczowym słyszalnym u wierzchołka, który szybko powracał po usunięciu lekarstw. Źródło jego powstawania należało upatrywać w niedomodze mięśni brodawkowych, napinających zastawkę dwudzielną.

Spostrzeżenie 14. *Myocarditis chronica. (Dilatatio cordis. Insufficiencia mitralis).*

O. S., lat 60 liczący, nanczyciel, zgłosił się do mnie 17 Września 1890, uskarżając się na krótki oddech i niepokój serca.

Chory opowiada, iż od dwóch miesięcy zaczął doznawać duszności przy chodzeniu, pomimo tego nie zaprzestał swej dość uciążliwej pracy pedagogicznej w zakładzie poprawczym. Oprócz obowiązkowych zajęć zajmował się uczeniem chłopców śpiewu, przyczem sam z wysiłkiem śpiewał. Po raz pierwszy w czasie takiej lekeyi, po uprzednim wzruszeniu, dostał silnego napadu duszności, niepokoju serca, później zemdlął i nic nie wiedział, co się z nim stało. Dopiero po godzinie — po udzielonej mu pomocy lekarskiej [w postaci środków podniecających, baniek i t. p.] — przyszedł do siebie. Przez następne 3 tygodnie chory odpluwał rdzawą płwocinę.

Budowa znakomita. Wzrost wysoki. Ilość tkanki tłuszczowej zwiększona, mięśnie dobrze rozwinięte. Tętno 120, małe, słabe, nierówne.

Granice płuc obniżone. W dolnej części klatki piersiowej głównie z prawej strony dość liczne rżenia trzeszczące.

Uderzenia wierzchołkowe nie czuć. Tępość serca znacznie powiększona w wymiarze poprzecznym na prawo i na lewo: prawa granica znajduje się za prawym brzegiem mostka, lewa na 2 ctm. na lewo od *l. m. s.*

W okolicy wierzchołka słyhać dość głośny szmer skurczowy. Tony u podstawy czyste z charakterem rytmu wahadłowego, u wierzchołka rytm jakby zbliżony do rytmu cwałowego.

Wątroba duża, sięgająca prawie do linii pępkowej. Tkanka tłuszczowa na ściankach brzusznych mocno rozwinięta. Stolec codzienny. Mocz wydziela się w ilości średniej — około 1200 ctm. sześcien. na dobę, odczyn posiada kwaśny, białka, ani cukru nie zawiera.

Po zastosowaniu środków czyszczących, a następnie naparstnicy z waleryjaną, przy zachowaniu zupełnego spokoju, stan ten w ciągu kilku dni znacznie się poprawił, duszność mniej dokuczala choremu, wymiary serca zmniejszyły się.

W dalszym jednak przebiegu występowały różne objawy, świadczące o słabej czynności serca, dla usunięcia czego próbowaliśmy różnych środków. Działanie ich wykazuje w grubszych zarysach poniższa tablica, o szczegółach zaś pomówimy później.

Data.	Częstosć tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciężar właściwy.	Leczenie.	U w a g i.
18 IX.	120	1000	1019	} <i>Inf. Digit. ex gr. xv—$\frac{3}{5}$vj</i> + <i>T. rae Valerianae</i> $\frac{5}{5}$. S. Co 2 godz. łyżkę.	} Poprzeczny wymiar serca mniejszy. Szmer skurczowy u wierzchołka serca słabszy.
19	120	1100	1019		
20	120	1200	1017		
21	110	1200	1016		
22	100	1300	1014		
23	100	1200	1015	} <i>Repet.</i>	} Duszność mniejsza.
24	100	1000	1018	} <i>Repet.</i>	
25	80	1100	1018		
26	80	1000	1017		
27	82	1000	1018		
28	100	1100	1018		} <i>Bez lekarstwa.</i>
29	110	1200	1016	} <i>3x5 Coff. natro-benzoici</i> <i>4x5</i> " " " <i>4x5</i> " " " <i>4x5</i> " " " <i>5x5</i> " " " <i>5x5</i> " " " <i>5x5</i> " " " <i>5x5</i> " " " <i>5x5</i> " " " <i>6x5</i> " " "	
30	106	1100	1017		
1. X.	100	1000	1017		
2	106	900	1019		
3	100	1200	1016		
4	100	1300	1015		
5	100	1500	1013		
6	100	1200	1017		
7	106	1000	1018		
8	110	900	1021		
9	110	800	1023		
10	100	1000	1020	} <i>Bez lekarstwa.</i>	} Tętno silnie napięte. Ogólna poprawa.
11—18	100—110	1000—1200	1018—1014		
19	100	1100	1017	} <i>Pulv. herb. purpur. + Camphor. tritae</i> $\frac{aa}{gr. xij}$ <i>divide in partes aeq.</i> Nr. XII. S. 3 proszki dziennie. Dyjeta mleczna $2\frac{1}{2}$ —3 litrów dziennie	} Napady duszności zjawiają się rzadziej. Tętno więcej napięte.
20	100	1200	1016		
21	100	1500	1013		
22	100	1600	1013		
23	100	1800	1012		
24	100	2000	1011	} <i>Repet.</i>	} Stan lepszy. Poprzeczny wymiar serca mniejszy. Oddech swobodniejszy. W tętnie częste przerwy.
25	100	1800	1013		
26	96	1600	1014	} <i>Dyjeta mlecz. [3 lit. dzien.]</i>	
27	72	1600	1015	} <i>Bez lekarstwa.</i>	
28	80	1800	1014		
29	90	2000	1013		

Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciepota właściwa.	Leczenie.	U w a g i.
30. X.	100	1500	1016	} Bez lekarstwa 3×5 kr. <i>T-rae Strophanti</i> 3×6 " " " 3×7 " " " 3×8 " " " 3×9 " " " 3×10 " " " 3×10 " " " 3×10 " " "	Rytm serca ewalowy, tętno dość napięte.
31	100	1200	1015		
12. XII.	100	800	1022		
13	104	1200	1020		
14	104	1200	1019		
15	100	1200	1018		
16	100	1400	1015		
17	100	1300	1015		
18	100	1600	1014		
19	94	1800	1014		
20	80	2000	1012	} Bez lekarstwa.	Duszność rzadziej występująca Znaczna poprawa.
21	84	1600	1016		
22	100	1300	1015		
23	100	1000	1021		
24	100	900	1021		
10. I.	110	950	1022	} <i>Solut. kali iodati ex 3j—5vj.</i> S. 2 łyżki stołowe dziennie. 3 łyżki dziennie.	W nocy napad <i>tachycardiae</i> . Chory narzeka ciągle na duszność—niepokój serca. Przez kilka nocy napady duszności i dusznej bolesnej.
11	100	900	1022		
12	106	1000	1023		
13	104	1100	1022		
14	100	950	1024		
15	96	1000	1024		
16	100	900	1025		
17	100	900	1024		
18	96	1000	1025		
19	100	900	1026		
10. IV.	100	800	1027	} <i>Inf. Digiti. ex 3j—5vj.</i> S. Co 2 g. łyżkę stoł. <i>Repet.</i> <i>Repet.</i> Bez lekarstwa	Wymiary tępości serca nieco powiększone. Duszność mniejsza. Niepokoje serca mniejsze.
11	100	909	1026		
12	102	1000	1022		
13	100	1200	1018		
14	106	1200	1017		
15	100	1500	1020		
16	96	900	1022		
17	100	900	1021		
18	100	850	1022		

20. Chory wyjeżdża na wieś w znacznie lepszym stanie.

Epicrisis. W przypadku powyższym mieliśmy do czynienia z przerostem serca w okresie występującego już niedowładu mięśnia. Niedowład zaś ten uważaliśmy za skutek zmian anatomicznych w samym utkaniu serca, pod wpływem których [stłuszczenie włókien mięsnych, rozrost tkanki łącznej] mięsień traci swą odporność, a pod naciskiem krwi ulega rozciągnięciu. Ponieważ szmer skurczowy, słyszalny u wierzchołka nawet pod działaniem leków nasercowych nie znikał, należy więc źródło jego powstawania upatrywać w daleko już posuniętym w przeistoczeniu mięśni brodawkowych, wyłączywszy oczywiście wprzód zmiany w samej zastawce dwudzielnej. Z innych zmian chorobowych na uwzględnienie zasługiwała sprawa miażdżycowa w naczyniach obwodowych, która jednak nie dosięgała znacznego stopnia. Ciężkie cierpienie nerek zmuszeni byliśmy wyłączyć

na mocy ujemnego wyniku wielokrotnego badania moczu. Wahania, jakim ten ostatni podlegał, odnosiły się głównie do ilości, ciężaru właściwego i osadu moczianów.

Głównym objawem niedostatecznej energii mięśnia była duszność [obrzęku kończyn nie było] i niepokój, bicie serca. Występowały one albo oddzielnie, albo też w połączeniu i to z większym lub mniejszym natężeniem. Niekiedy duszność zjawiała się w postaci napadu ze słabem, arytmicznym tętnem i to najczęściej po zmęczeniu, wzruszeniu i t. p.. Zwykle jednak chory uskarżał się na ciężar w piersiach, do którego w dalszym przebiegu choroby przyłączał się jałkiś ból, już to niepokój (*angina pectoris*). Zjawiały się również napady dyssystolii w postaci nadruchliwości serca (*tachycardia*) — przyczem częstość tętna do 200—220 dochodziła.

Ponieważ chory w ciągu kilku miesięcy pozostawał w mojej opiece, miałem więc sposobność przekonać się o wartości kilku najważniejszych leków nasercowych. Wogóle zaznaczyć należy, że częstość uderzeń serca w ciągu kilku miesięcy utrzymywała się prawie na jednej wysokości i wynosiła około 100—120 na minutę. Oprócz tego istniała arytmija, lecz w słabym stopniu, tętno było nieco nierówne, a od czasu do czasu zjawiały się przestanki, niekiedy zaś tętno dwudzielne (*p. bigeminus*).

Przyspieszony ten rytm serca okazywał niezwykłą stałość i oporność względem środków działających hamująco na ruchy serca. I tak np. zmniejszenie częstości tętna o kilka zaledwie uderzeń otrzymywaliśmy dopiero po wyżyciu 3 flaszek naparu naparstnicy (*Inf. Digitalis ex 3j—5vj*). Podobnie—jak to najlepiej z tablicy można się przekonać—zachowywało się tętno względem strofantu. Nadmienić także winniśmy, że owo zmniejszenie częstości tętna trwało niedługo około 2 dni, poczem serce podług dawnego rytmu uderzało.

Przetwory kofeiny w pierwszych kilku dniach nie wywierały albo żadnego wpływu na częstość tętna, albo też wpływ ten w kierunku zniżkowym był bardzo nieznaczny, po dłuższym zaś użyciu i to dużych dawek otrzymywaliśmy przeciwnie nawet zwiększenie częstości tętna.

Co się tyczy diurezy, ta bez użycia leków wynosiła dziennie około 1000 cc., w czasie zaś podawania kofeiny zwiększała się i to dopiero po kilku dniach do 1300—nadto do 1500 cc., a więc działanie moczopędne było umiarkowane. Strofant wywoływał nieco większe wydzielanie moczu, aniżeli kofeina; po tygodniowym użyciu dobową ilość moczu dosięgła cyfry 2000 cc..

Naparstnica nie przewyższyła w działaniu moczopędnym kofeiny. Największą diurezę otrzymywaliśmy przy stosowaniu naparstnicy z kamforą, obok mlecznej dyjety, zdaje się jednak, że mleku głównie przypisać należy moczopędne działanie, ponieważ występowało ono wcześniej, 3, 4 dnia i utrzymywało się znacznie dłużej, aniżeli przy podawaniu samej naparstnicy.

Co się tyczy skuteczności leków powyżej wspomnianych przeciw niedomudze mięśnia sercowego, a głównie duszności, to pierwszeństwo przyznać musimy kofeinie. Wprawdzie i po kilkodniowym użyciu naparstnicy lub strofantu, napady duszności i niepokoju serca zjawiały się rzadziej, w czasie jednak samego napadu wyczerpania lewej komórki [z obrzękiem płuc lub nadruchliwością serca].

(*tachycardia*) kofeina, zwłaszcza podskórnie zastosowana, działała znakomicie. Co się tyczy jodku potasu, to nie byliśmy w stanie przy jego użyciu zauważyć dodatniego wpływu na stan chorego.

Po upływie 3 miesięcy chory powrócił do Warszawy. Na wsi czuł się lepiej, odbywał nawet przechadzki, gdyż duszność mniej mu dokuczała, a zgłosił się do mnie głównie z powodu bezsenności, jaka go w ostatnich czasach zaczęła trapić. W porównaniu z poprzednim stanem stwierdziłem zmniejszenie wagi ciała, wskutek dość znacznego ubytku tkanki tłuszczowej i zmianę kolorytu skóry, która przyjęła barwę blado-żółtawą, zwłaszcza na twarzy. Wymiary tępości serca pozostały bez zmiany, tętno tylko stało się słabszem, mniej napiętem, niemiarrowem, z częstymi przerwami (*p. intermittens*). Częstość tętna wynosiła 90—100. Szmer skurczowy u wierzchołka serca był bardzo wyraźny. Mocz wydzielal się w ilości około 1000 cc. na dobę, białka nie zawierał.

Już po upływie kilku dni stan chorego znacznie się pogorszył, a mianowicie: zaczęły występować napady jakiegoś niepokoju w okolicy serca (*angor pectoris*) ze słabem, rzadkiem i przerywanem tętnem. Napadom tym towarzyszyły poty, ziębnięcie kończyn i uczucie blizkiej śmierci. Napadów zaś duszności chory w tym czasie nie miewał. Po tygodniu zjawił się obrzęk stóp i goleni, wymiar poprzeczny serca uległ znacznemu powiększeniu: prawa granica, która tylko nieco przechodziła za lewy brzeg mostka, znajdowała się przy prawym brzegu tegoż. Tętno stało się słabszem, niemiarrowem w znacznym stopniu. Ilość dobowa moczu uległa znacznemu zmniejszeniu [około 400 ctm. sześć.]. Mocz stężony z obfitym osadem moczanów.

Sen niespokojny, przerywany z powodu duszności.

W celu usunięcia wspomnianych przykrych dla chorego objawów przepisa-
liśmy choremu najprzód kofeinę.

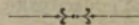
Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciężar właściwy.	Leczenie.	U w a g i.
20. IX.	96	400	1026	3×5 gran. <i>Coff. natro - benz.</i>	} Poprawa nieznaczna, napady duszności występują gwałtownie w nocy. Obrzęki większe, serce znacznie rozszerzone.
21	98	420	1026	4×5 " " " "	
22	96	460	1025	4×5 " " " "	
23	100	600	1024	5×5 " " " "	
24	98	750	1023	6×5 " " " "	
25	100	700	1023	6×5 " " " "	
26	106	650	1025		
27	98	500	1026		
28	96	450	1016	} <i>Inf. Digitalis</i> ʒj pti ʒvj S. Co 2 godz. łyżkę stołową	
29	92	600	1023		
30	86	1250	1014	} <i>Inf. Digitalis ex</i> ʒj pti ʒvj. <i>T-rae Valerianae</i> ʒj. S. Co 2 godz. łyżkę.	
1. X.	82	2400	1012		
2	80	2200	1011	} Tętno pełniejsze, napięcie większe. Niemiarrowość mniejsza. Rozszerzenie serca mniejsze. Sen lepszy. Napady duszn. rzadziej występują.	
3	76	2800	1010		
4	72	3009	1009		} <i>Inf. Digiti. ex gr. xv</i> —ʒvj S. Co 3 godz. łyżkę.
5	72	2200	1012		
					Bez lekarstwa.

Data.	Częstość tętno.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych	CieŜar włościwy.	Leczenie.	U w a g i.
6	74	2000	1013	Bez lekarstwa.	
7	72	1600	1015		
8	76	1500	1015		
2. I. 1892	96	300	1027	Rp. <i>Pulv. herb. Digit. gr. j,</i> <i>Coffeini natro-benzoici gr. jv,</i> <i>Camphorae tritae gr. 1/2</i> <i>Ńp. d. t. dos. Nr. XII.</i> S. 4 proszki dziennie.	Duszność mniejsza. Obrzęk kończyn dolnych mniejszy. Obfite poty.
3	94	400			
4	92	750			
5	86	1200	1016		
6	84	2000	1014		
7	82	2200	1014		
8	76	3000	1009	Repet.	Niemiarrowość tętna mniejsza. Obrzęki bardzo nieznaczne. Ogólny stan znacznie lepszy.
9	72	3200	1009		
10	70	2800	1010	Repet.	
11	72	2500	1012		
12	78	2300	1012		

Z powyŃszej tablicy przekonywamy się, Ńe tym razem kofeina nie wywarła dodatniego wpływu na usunięcie zaburzeń w krąŃeniu. Pomimo doŃ duŃych dawek leku ilość moczu zwiększyła się nieznacznie, a obrzęki nie uległy Ńadnej zmianie. Wobec wzmagającej się niedomodze serca i małej diurezie postanowiliśmy uciec się do naparstnicy. Skutek, jaki z zastosowania tejŃe otrzymaliśmy, do pomyslnych zaliczyć naleŃy. Dobowa ilość moczu z 500 ctm. szeŃ. podniosła się do 3000 ctm. szeŃ., czemu zmniejszenie się obrzęków i uregulowanie czynnoŃci serca towarzyszyło.

Skoro po upływie kilku mieŃsicy, wobec ponownych pogorszeń, działanie naparstnicy stawało się coraz mniej pewnem, a zaburzenia w krwiobiegu stawały się coraz wydatniejszymi [w moczu znaleziono 0,2% białka], postanowiliśmy spróbować połączenia kofeiny z naparstnicą i kamforą w postaci proszków. JuŃ po uŃyciu pierwszych 12-tu proszków stan chorego zaczął się poprawiać, a w czasie dalszego uŃycia leków diureza wzmogła się bardzo, [do 3000 ctm. szeŃ.], występowały obfite poty, tętno stało się regularniejszym, a obrzęki znikły prawie zupełnie. Chory jednak niedługo cieszył się ową poprawą: w dwa tygodnie później zaczęły występować napady duszniczy bolesnej, wśród której chory Ńycie zakończył. [D. c. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



II. Przypadek kulenia przepuszczającego (*claudication intermittente*), spowodowanego niedroŃnoŃcią tętnicy, prawdopodobnie pochodzenia syfilitycznego.

CHARCOT na lekcji, wypowiedzianej 10. XI. 1891 r., przedstawił 52-letnią kobietę, dotkniętą od 9-iu mieŃsicy następującem cierpieniem:

Podczas siedzenia lub leżenia badanie nie wykrywa żadnego zaburzenia ruchowego: chora porusza swobodnie kończynami dolnymi. Zboczenie występuje na jaw dopiero wówczas, gdy chora zaczyna chodzić, i to nie od samego początku, lecz dopiero po upływie kilku minut; zjawia się mianowicie ból, szybko zwiększający się najprzód w lewej łydce, następnie w prawej, a później i w obu stopach. Jednocześnie kończyny dolne drętwieją, chód staje się coraz trudniejszym, a chora, wskutek wzrastającego stopniowo bólu i osłabienia kończyn, zmuszoną jest zatrzymać się lub usiąść; jeżeli zaś tego nie czyni, wówczas w kończynach zjawia się nader bolesny przykurcz. Pod wpływem wypoczynku wszystkie te objawy znikają i chora znów jest w stanie chodzić; wkrótce jednak nanowo się zjawia ból, osłabienie, sztywność, chora powtórnie zmuszoną jest przerwać chodzenie. Zjawisko to powtarza się w tej formie do nieskończoności.

„Kulenie przepuszczające“ nie jest specjalnie własnością patologii ludzkiej, albowiem znanem już jest oddawna weterynarzom, mianowicie: BOULEY we Francyi i HERTWIG w Niemczech pracowali nad tą kwestyją u koni. U zwierząt tych obraz chorobowy przedstawia się w sposób następujący: koń rozpoczyna bieg, z początku nie widać nic nieprawidłowego; po upływie wszakże kwadransa zdaje się być zmęczonym; uderzenie bata na pewien czas go podnieca, wkrótce jednak zwierzę wydaje się być coraz bardziej cierpiącym, tylne kończyny sztywnieją, a w końcu koń pada. Powoli stan prawidłowy powraca, koń może się podnieść i biedz w dalszym ciągu, po jakimś wszakże czasie pada powtórnie i t. d.

Przyczyną tego cierpienia jest zwężenie światła tętnic kończyny, wskutek czego ilość krwi, jaką otrzymuje kończyna, jest dostateczną do podtrzymania żywotności tkanek w stanie spokoju, okazuje się jednak niewystarczającą, gdy narząd dany zaczyna funkcjonować.

Doświadczalnie można do pewnego stopnia wywołać toż samo zjawisko [STENSON, BROWN-SEQUARD]. Jeżeli najniższą część aorty podwiązać na pewien czas, to kończyny tylne zwierzęciu sztywnieją i zwierzę zdaje się doznawać w nich bólu; po zdjęciu przewiązki wraca stan prawidłowy.

Wpływ zwężonych tętnic na sprawność narządów daje się zauważyć w najrozmaitszych narządach. Tu wymienię należy zależność *anginae pectoris* od zwężenia naczyń wieńcowych serca, zależność zawrotów głowy od zwapnienia naczyń mózgowych, tu wreszcie wspomnieć należy o zjawisku, opisanem przez uczonych berlińskich pod nazwą: *dyslexia* i zależnem tak samo od cierpienia tętnic mózgowych. Zjawisko to polega na następującem: chory zaczyna czytać, z początku wszystko jest w porządku; po jakimś wszakże czasie chory traci zdolność czytania: nic nie rozumie, cierpi z tego powodu i zmuszony jest przerwać czytanie. Po pewnej pauzie odzyskuje nanowo zdolność czytania.

Kulenie przepuszczające bywa zapowiedzią groźniejszego stanu, a mianowicie zgorzeli kończyny, gdyż zwężenie światła tętnicy może, zwiększając się, doprowadzić do zupełnego zamknięcia naczyń. Znajomość tego cierpienia ma wielkie znaczenie praktyczne, gdyż wczesne rozpoznanie i odpowiednie postępowanie terapeutyczne może uchronić chorego od utraty kończyny.

Chora CHARCOT'a przedstawiała objawy t. zw. trzeciorzędnego syfilisu. Jaki wpływ wywiera syfilis na budowę tętnic, wiadomem jest z klasycznych prac HEUBNER'a, LANCEREAUX i innych. Również pewnem jest, iż syfilis może zmieniać nietylko tętnice mózgowie, lecz i innych narządów i tkanek [płuc, serca, kieszek, skóry i t. d.].

Jako leczenie CHARCOT zalecił opisaną chorej:

- 1) Długotrwały spokój.
- 2) Leczenie specyficzne jodkiem potasu i wcieraniami rtęci.

A. Wixel.

Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY KOLEGO REDAKTORZE!

W artykule swoim: „Kilka słów w obronie elektrolizy“, zamieszczonym w N-rze 5-tym Gazety Lekarskiej z r. b., uznał kol. HERYNG za właściwe przenieść dyskusję naukową, prowadzoną przed 3-ma miesiącami w Towarzystwie Lekarskiem, na szpalty Gazety i bronił racjonalności zastosowania elektrolizy do celów leczniczych całym szeregiem wycieczek osobistych przeciwko mojej osobie.

Nie uznając dla siebie za stosowne zajmowanie szpalt Gazety polemiką z kol. HERYNGIEM, ośmielię się jednak wyrazić przekonanie:

1-o. Że racjonalność i stosowność danej metody leczniczej udowodnioną być tylko może przez krytyczny rozbiór jej podstaw i dobrze spostrzeganych faktów klinicznych, nie zaś przez jakiegokolwiek wycieczki osobiste.

2-o. Że jedynym właściwym forum do dysput naukowych, w łonie Towarzystwa Lekarskiego toczonych, są posiedzenia tegoż Towarzystwa, i

3-o. Że autoreferaty z tych dysput, w pismach lekarskich pomieszczone, jeżeli nie mają zasługiwać przynajmniej na zarzut mądrości *post festum*, nie powinnyby nic takiego zawierać, co rzeczywiście mówionem nie było.

Upraszając Szanownego Kolegę o pomieszczenie w jednym z najbliższych N-rów Gazety tych paru słów, jako całej mojej odpowiedzi na artykuł kol. HERYNGA, pozostaje z uszanowaniem

Dr Krysiński.

SZANOWNY REDAKTORZE!

W odpowiedzi na list kolegi KRYSIŃSKIEGO, drukowany powyżej, uprzejmie proszę o pomieszczenie następujących uwag.

Uważałem za właściwe przenieść dyskusję naukową, prowadzoną w Towarzystwie Lekarskiem nad elektrolizą do szpalt Gazety, ponieważ kwestyje naukowe i kliniczne interesują nie tylko członków Towarzystwa Lekarskiego, lecz ogół naszych lekarzy:

Czy broniłem mych zasad wobec zarzutów kolegi KRYSIŃSKIEGO osobistemi na niego napaściami, czy też naukowemi faktami, rozstrzygnie ogół kolegów. Jeżeli oponent nie uważa teraz za właściwe wchodzić ze mną w jakąkolwiek naukową polemikę, ze mną, któremu na początku dyskusyi tak gorące oddawał pochwały za dostarczenie dowodów wyleczalności suchot krtańowych, za wytrwałość w pracy, to ani ja, ani kwestyja tu omawiana nie na tem nie stracą, gdyż kolega K. prowadził wprawdzie dyskusję namiętnie i nie zawsze jednak obiektywnie, chodzi mu często nie o rzecz samą, lecz o postawienie na swoim.

Co do wyrażenia kolegi K. o mądrości *post festum*, to przypomnę mu, że sam przez 2 tygodnie miał czas przygotowania się do dyskusyi, w której szeregiem cyfr udowodnił wprawdzie, że mierzenie prądów za pomocą galwanometru nie jest zupełnie ściśłem, że dozowanie strumienia nie jest możliwem, lecz ani jednym faktem klinicznym, wytrzymującym krytykę, nie obalił mych wniosków, opartych na obserwacjach i mikroskopowych badaniach. Uwagi moje, drukowane w obronie elektrolizy, nie w protokołach posiedzeń, lecz w osobnej pracy, stanowią uzasadnienie mych poglądów na krytykę oponenta, do czego nikt nie może odmówić mi prawa.

Dla mnie dyskusyja naukowa, to nie okolicznościowy festyn, związany koniecznie z pewnem miejscem, pewną chwilą, lub osobą przygodnego oponenta.

W kwestyjach wymagających ciągłego badania, oraz sprawdzania faktów, podanych przez krytyka, nie chodzi wcale o szybkość repliki, lecz o wyczerpujące, dosadne bronienie swej tezy.

Stojąc na tem stanowisku, do tak ważnej kwestyi jak elektroliza powrócę jeszcze nieraz. Dalszej polemiki z kolegą K. prowadzić nie będę. Z uszanowaniem

T. Heryng.