

GAZETA LEKARSKA.

I. KILKA UWAG O RÓŻY KRTANI.

Napisał

D-r A. Sokołowski,

ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

Stosunkowo bardzo rzadkie i ciekawe przypadki powyższej choroby spostrzegalem w początku r. b. w praktyce prywatnej i szpitalnej. Ze względu na pewne wielce charakterystyczne objawy i rzadkość choroby uważam za właściwe podać je w streszczeniu do wiadomości kolegów.

Dnia 27 Lutego r. b. wezwany byłem do młodej osoby, pani C., która już poprzednio kilka razy zasięgała mej porady lekarskiej wskutek powtarzających się często nieżytyłów oskrzeli, z pewną lokalizacją u jednego ze szczytów płucnych. U tej to chorej, o ile mnie był łaskaw zakomunikować leczący ją w obecnej chorobie kol. K. WIŚNIEWSKI, wystąpiły przed tygodniem raptem mocne dreszcze, które powtarzały się kilkakrotnie w ciągu dwóch dni następnych, wywołując jednocześnie ogólne osłabienie i uczucie rozłamania w całym ciele. Dopiero 4-go dnia choroby wśród ciągłe powtarzających się dreszczów i gorączki stałej, powyżej 39° C., wystąpił mocny ból gardła z utrudnionem wielce przelykaniem; tegoż dnia wieczorem ciepłota dosięgała 40° C., łykanie stawało się coraz trudniejszym, wystąpiło ogólne mocne osłabienie i znaczny upadek sił. Dnia 25 Lutego wezwany kol. W. znalazł stan następujący: chora skarży się na silne dreszcze, mocny ból gardła i zupełną niemożność połykania; ciepłota wynosiła 40,9° C., tętno 120 drobne, język był mocno obłożonym, błona śluzowa całej jamy gardzieli mocno zaczerwieniona. Lewy migdał, jako też łuki odpowiedzialnej strony nieco obrzęknięte. Gruczoły limfatyczne szyjowe z obu stron mocno powiększone i bolesne przy dotykaniu. Głos był zupełnie czystym. Ucisk na okolice krtani wywoływał nieznaczny ból. W narządach klatki piersiowej wyraźnych zmian nie wykryto. Śledziona powiększona, wyraźnie wyczuwalna przy wymacywaniu.

Dnia 26. II. Ciepłota ranna 40,7° C., wieczorna 41° C.; chora skarży się na ciągłe dreszcze, na lewym migdale kol. W. wspólnie z wezwany na naradę kol. CHEŁCHOWSKIM spostrzegli w kryptach kilka nieznacznych żółtawych plamek, przedstawiających charakterystyczne objawy zapalenia gardła, formy t. zw. lakunarnej [folikularnej]. Pod wieczór dnia tego wystąpiła mocna chrypka.

Dnia 27. II. Widziałem poraz pierwszy chorą. Żali się ona na mocne dreszcze i mocny ból przy łykaniu. Głos ochrypnięty. Gruczoły limfatyczne szyjowe z obu stron, jako też i gruczoły limfatyczne podczęczekowe obrzmiały i mocno bolesne przy dotykaniu. Błona śluzowa gardzieli mocno zaczerwieniona. Lewy migdał powiększony, czerwony; nigdzie wyraźnego nalotu nie dało się wykryć. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało: tylna ściana krtani, a szczególnie okolica prawa mocno czerwona i silnie obrzęknięta; zaczerwienienie i obrzęk szczególnie z prawej strony przechodzi na więzy nalewkowe; struny fałszywe obrzęknięte, czerwone, prawdziwe niewidzialne. [Badanie ze względu na mocno obrzęknięty język bolesnej]. W innych narządach, oprócz powiększonej śledziny, zmian nie znaleziono.

Rozpoznanie zrobiłem jako ostre obrzękowe zapalenie krtani (*laryngitis phlegmonosa*). Chorą zalecono pijawki, lód do łykania i środki wzmacniające.

Wieczorem dnia tego przy stale trzymającej się ciepłocie 40,6°—40,8° C. wystąpił znaczny upadek sił, wymioty, wypróżnienia mimowolne; chora przedstawiała stan niemal kolaptyczny. Dnia następnego stan miejscowy w krtani, jako też i stan ogólny pozostawały bez zmiany, ciepłota ranna 40,5° C. dosięgła wieczorem 41° C., chora zrzuciła wszystko, występował wyraźny szybki postępujący upadek sił, od czasu do czasu bredzenie. Dnia 1-go Marca ciepłota ranna 39,3° C., chora jest w stanie przełykać nieco płynu. Badanie krtani wykazuje obrzęk tylnej ściany mniej wyraźny, niż dnia poprzedniego, chrypka również mniejsza. Chora kaszle dosyć, wyrzuca skąpo śluzo-ropną plwocinę, nieco krwią zabarwioną. Badanie klatki piersiowej żadnego ogniska nie wykazuje. Wieczorem dnia tegoż ciepłota 40,7° C., bredzenie od czasu do czasu występuje.

Dnia 2. III. Subiektywnie chora czuje się lepiej, chociaż ciepłota ranna wynosi 40,7° C., Głos mało ochrypnięty, chora łyka i mówi swobodnie. Badanie krtani wykazuje obrzęk i zaczerwienienie tylnej ściany o wiele mniejsze, struny prawdziwe widzialne. Wieczorna ciepłota 40,2° C.. Przytomność zachowana, stan ogólny lichi, chora kaszle ciągle.

Wobec tak szybko ustępujących objawów zapalno-obrzękowych krtani, które zdawały się nam tłómaczyć wysoką gorączkę i tak ciężki stan ogólny, trwanie dalsze wysokiej gorączki stało się przypadkiem w świetle zagadkowym i kazało nam przypuszczać rozwój jakiejś głębszej sprawy. Wobec ciągłego kaszlu z plwociną z domieszką krwi przypuszczaliśmy, ażeby nie w płucach rozwija się sprawa nieżyłowej lub też gruźliczej natury. Badanie szczegółowe plwocinowych dnia w pracowni mojej dokonane, nie wykazało ani gruźliczych, ani innych pasorzytów specyficznych.

Dnia następnego dopiero uparte natężenie gorączki wyjaśniło się w zupełności: u chorej bowiem wystąpiło zaczerwienienie i obrzęk lewego skrzydła nosa, poczem szybko zaczęły występować typowe objawy róży twarzy.

Uważam za zbyt cenne opisywać dalszy przebieg tejże choroby; dodam tylko w kilku słowach, iż przebieg róży na twarzy był również długotrwały i ciężki. Przy stałej ciepłocie około 40° C. dopiero 12 Lutego nastąpił spadek ciepłoty do normy. W kilka jednakże dni potem, wśród dreszczów i wysokiej gorączki, róża wystąpiła na tułowiu. Po upływie jednakże kilku dni ciepłota spadła do normy i sprawa dalej się nie posuwała. Chora pomimo niezwykłego wycieńczenia, acz powoli, powróciła do zupełnego zdrowia.

W przypadku powyższym mieliśmy do czynienia z bardzo ciężką zapalno-śluzową sprawą krtani (*phlegmone laryngis, laryngitis phlegmonosa*), która, jak to wiadomo, klinicznie występuje głównie pod dwiema postaciami: 1) w formie w naszym mieście dość pospolitej, a którą to postać w r. 1888 szczegółowo p. t. „o samodzielnem głębokiem [obrzękowem] zapaleniu krtani (*laryngitis phlegmonosa (submucosa) idiopathica*)“ w Gazecie Lekarskiej opisałem — podałem obok szczegółowego opisu tej postaci cały szereg odpowiednich spostrzeżeń. Sprawa ta z natury łagodna występuje nagle najczęściej bez gorączki, charakteryzuje się obrzękiem mniej lub więcej znacznym tylnej ściany—samej, lub też w połączeniu z nagłośnią, wywołując subiektywne uczucie mniej lub więcej trudnego łykania.

W ogromnej większości przypadków sprawa w dni kilka kończy się pomyslnie, w wyjątkowych tylko razach mogą wystąpić objawy zwężenia głośni, mogące zmusić nawet do wykonania rozeięcia tchawicy.

Na 2-gą postać, stosunkowo u nas nadzwyczajnie rzadką, zwrócił uwagę dopiero w r. 1886 prof. MASSEI z Neapolu, opisałszy w pracy swej p. t. „*Ueber das primäre Erysipel des Kehlkopfs*“ 13 przypadków ciężkiego obrzękowego zapalenia krtani, które stara się podciągnąć pod kategorię pierwotnej róży krtani. We wszystkich przypadkach MASSEI'ego cierpienie powstało nagle z towarzyszeniem wysokiej gorączki, mocnej duszności, utrudnionego łykania i chrypki. Badanie

wziernikiem krtaniowym wykazywało wielki obrzęk nagłośni, tylnej ściany i więzów nagłośnio-nalewkowych; wewnątrz z powodu obrzęku nie było widoczne. Niektóre przypadki zakończyły się pomyślnie, w innych nastąpiła śmierć wskutek, jak autor się wyraża, „przejścia sprawy różycowej na płuca“. W żadnym przypadku MASSEI'ego sprawa nie przeszła na twarz, w żadnym również przypadku nie było dokonane badanie bakteryjologiczne. Pomimo tych jednakże usterek kliniczne zestawienie MASSEI'ego przedstawia tak klasyczne obrazy chorobowe, że cierpienie to, jako zupełnie odrębna postać nozologiczna, stanowczo zyskało rację bytu w klinice. A nasz przypadek jest niemal typowym odbiciem obrazu chorobowego, podanego przez MASSEI'ego, z tym jednakże dodatkiem, że wystąpienie następczej róży twarzy w zupełności nawet bez badania bakteryjologicznego wykazało jasno etyjologiczny moment choroby, t. j. zakażenie różą.

Inni autorowie bardzo szybko potwierdzili słuszność poglądów MASSEI'ego. I tak, FAZANO [z Neapolu] w 1887 r. na podstawie badań bakteryjologicznych wykazał w jednym przypadku, zakończonym śmiercią, specyficzne koki róży FEHLEISEN'a. Inne spostrzeżenia w tymże roku ogłosił SCHECH z Monachium, SEMON, BRYSON-DELANAN i kilku innych autorów. W ostatnich zaś czasach GERLING z Saint-Louis (*Centralbl. für Laryngologie* z r. 1890) ciekawe spostrzeżenie róży krtani u 3 dzieci w jednym i tymże domu, zmarłych przy objawach obrzęku, zwężenia głośni, a z których u jednego wystąpiła jednocześnie typowa róża twarzy.

Co się tyczy etyologii cierpienia, to, zdaje się, nie ulega najmniejszej kwestyi, że ciężkie formy obrzękowe krtani mają swe źródło w zakażeniu różą, w naszym jednakże przypadku, jak to w przebiegu historii choroby nadmieniliśmy, sprawa rozpoczęła się od gardzieli i w niej kol. CHEŁCHOWSKI w pierwszych dniach choroby widział typową postać t. zw. zapalenia gardła lakunarnego [folikularnego], w której, jak to moje wspólne z kol. DMOCHOWSKIM dokonane badania anatomiczne wykazały [patrz pracę moją p. t. „ przyczynek do patologii i terapii spraw zapalnych migdałów“], w kryptach migdałów, dotkniętych chorobową sprawą, zawsze wykazać można liczne streptokoki i diplokoki przypominające pneumoniczne. Wprawdzie w pracy tej, której cel był głównie anatomo-patologiczny, badania bakteryjologiczne nie były ściśle za pomocą hodowli przeprowadzone, to jednakże w ostatnich czasach SENDTER z Monachium (*Zur Aethiologie der Angina follicularis. Münch. med. Wochenschr. N. 26. 1891*), badając ściśle bakteryjologicznie t. zw. zapalenie gardła folikularne za pomocą ścisłych hodowli, wykazał obecność *streptococ. pyogenes* i *streptococ. róży*, ztąd autor wnosi możliwość wystąpienia róży w następstwie zapalenia gardła lakunarnego. Wedle więc wszelkiego prawdopodobieństwa i w naszym przypadku pierwotna sprawa pod postacią lakunarnego zapalenia gardła miała swe siedlisko w migdale, ztąd drogą naczyń limfatycznych rozszerzyła się z jednej strony na krtani, a wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, zdaje się, i na płuca [uparty kaszel, krwioplucie], z drugiej zaś strony w górę do jamy nosowej [zatkanie nosa, krwawienie nosowe], a ztąd następnie na skórę twarzy.

Pod wielu względami analogiczny przypadek, zakończony śmiertelnie, spostrzegalem w ostatnich czasach.

K..., lat 60 mająca, zgłosiła się d. 27 Maja do mego ambulatoryjum szpitalnego, skarżąc się na chrypkę, ból w gardle i utrudnione łykanie, od dwóch dni trwające; przedtem miała być zupełnie zdrową. Chora mocno gorączkuje [przeszło 39° C.]. Badanie gardzieli, bardzo trudne z powodu mocnego obrzmienia języka, wykazuje bardzo mocne zaczerwienienie błony śluzowej, głównie zaś podniebienia miękkiego, języczek obrzęknięty przedstawiał kolor ciemno purpurowy¹⁾; na tylnej dolnej jego powierzchni widać żółtawy nieznaczny nalot. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało bardzo znaczny obrzęk tylnej ściany, więzów nagłośni nalewkowych, jako też nagłośni, uniemożliwiających zupełnie obejrzenie wnętrza krtani. Oddech chorej był dość swobodny, objawów stenotycznych nie dało się zauważyć. W innych narządach zboczeń nie znaleźliśmy. Ze względu na ciężki stan, chora została natychmiast przyjętą na oddział wewnętrzny kol. PAWIŃSKIEGO, dzięki uprzejmości którego w dalszym ciągu obserwowałem chorą. W ciągu 5-dniowego pobytu w szpitalu stan chorej małej uległ zmianie, gorączkowała stale w granicach 39°—40° C.; badanie wziernikiem krtaniowym kilkakrotnie dokonywanem było. Dnia 2 Czerwca ciepłota podniosła się do 40,6° C. i na lewym policzku wystąpiła róża, nazajutrz chora zmarła.

Badanie pośmiertne, dokonane przez kol. E. ZIELIŃSKIEGO, wykazało: łuki podniebienne obrzmiały, w postaci wałków 3—4 mm. grubych, mocno zaczerwienionych; języczek również obrzmiały, wałkowaty, zaczerwieniony, na tylnej powierzchni owrzodzony; owrzodzenie 3—4 mm średnicy, wysepkowatej formy, o brzegach wygryzionych, spadzistych, o dnie szaro-żółtem, nalot ten sięga w głąb przecięcia i zeszkobać się nie daje. Błona śluzowa gardzieli, nagłośni i krtani, po struny prawdziwe, zaczerwieniona, rozpulchniona, obrzmiała; na powierzchni przedniej nagłośni u górnego jej brzegu po stronie lewej zaczerwienienie znacznie żywszej barwy [szkarłatne], nieco wyniosłe, z szarym punkcikiem w środku, na przecięciu pod nim tkanka podśluzowa nacieczona ropą [żółto-szarą]. Na tylnej powierzchni nagłośni również po stronie lewej na $\frac{1}{4}$ ctm. powyżej struny prawdziwej i w 2—3 mm. od linii środkowej znajduje się guziczek wielkości ziarnka prosa, barwy żółto-zielonkawej, przy lekkim naciśnięciu na tkanki otaczające wypływa zeń płyn gęsty zielonkawo-żółty — ropa; tkanka podśluzowa na całej przestrzeni nagłośni po stronie lewej nacieczona ropą. Struny prawdziwe nieco zmętniały. Błona śluzowa przełyku i tchawicy prawidłowa. Płuca pozrastane słabo, trzeszczące, blade, suche, bez barwnika (*albinismus*). Serce rozkurczowe, mięsień nieco zmętniały, lewa zastawka aorty zwapniała. Śledziona nieco powiększona, miękka, powidłowata. Przekrój wątroby nieco mętnawy; pęcherzyk żółciowy wypełniają 47 tetradrycznej formy, cisawo-białej barwy kamyczki. Błona śluzowa i mięśniowa żołądka przerosta. Obie nerki nieco zmętniały. Błona śluzowa kiszek bezkrwista. Macica wydłużona, błona śluzowa prawidłowa, na wardze tylnej 2 *ovula Nabothi*.

Przypadek ten wielce typowy ciężkiego obrzękowego zapalenia krtani, w którym, jak to miało miejsce pod koniec, wystąpiła róża twarzy, należy uważać za przypadek typowy ciężkiej róży krtani typu MASSEI'ego. Badanie pośmiertne wykazało infiltrat krtani ropy, które to zejście zdarza się w ciężkich przypadkach róży (*erysipelas phlegmonosa*), co i spowodowało zejście śmiertelne, prawdopodobnie wskutek silnego, ogólnego zakażenia.

W pierwszym, acz również ciężkim, przypadku sprawa wysiękowa ograniczyła się tylko na wysięku surowicznym, ztąd i pomyślnie zejście. I w tym przypadku za punkt wyjścia sprawy należy uważać gardziel; czy jednakże w pierwszych dniach choroby nie mieliśmy również jakiej sprawy nalotowej na migdałkach, orzec trudno; być jednakże może, że sprawa nalotowa na języczku, przypominająca wyglądem nalot dyfterytyczny, była punktem wyjścia całej sprawy.

¹⁾ Podobne purpurowe zabarwienie błony śluzowej gardzieli widziałem w jednym przypadku pierwotnej róży gardzieli, ogłoszonym przezemnie w Gazecie Lekarskiej jeszcze w roku 1881. Zabarwienie owo było tak typowem, że odrazu przypomniało mi ów przypadek z przed lat 10.

Przypadki powyższe ciężkie, jak to wzmiankowałem, spostrzega się u nas nadzwyczaj rzadko, zdaje się jednakże, że i w szeregu przypadków pierwszej postaci, t. j. lekkich obrzęków krtani, punkt wyjścia z lakunarnego zapalenia gardła również w sensie poglądów SENDTER'a jest uzasadniony, o czym przekonały mnie następujące dwa przypadki, które spostrzegalem w praktyce prywatnej.

Dnia 24 Kwietnia r. b. wezwany byłem do 30-letniej mężatki, p. M., która w nocy dnia tegoż, będąc poprzednio zupełnie zdrową, doznała uczucia dreszczy, ogólnego rozbicia z jednoczesnym bólem gardła. Badając chora, znalazłem na obu migdałkach, a głównie na lewym, wyraźny biało-żółtawy nalot w postaci kępek, głównie ograniczonych do ujść krypt. Ciepłota około 38,5° C., Tętno 100 przeszło. Głos czysty. Chorej zalecono płukanie roztworem tymolu.

Dnia 25. IV. chora czuje się lepiej, nie gorączkuje, łyka swobodnie. Po raz trzeci widziałem chora 27: stan ogólny dobry, łykanie swobodne, naloty znikły.

Dnia 29. IV. wystąpiły w nocy dość silne dreszcze, łykanie znów stało się wielce trudnem, słownie po lewej stronie. Badanie jamy gardzielowej nie wykazało absolutnie zmian żadnych, dopiero badanie wziernikiem krtaniowym wykazało mocny obrzęk obu chrząstek nalewkowych, a przeważnie prawej, obrzęk prawego więzła nalewko-nagłośniowego, nieznaczny obrzęk nagłośni głównie z prawej strony. Struny głosowe czyste, głos pozostawał niezmiennym, stan bezgorączkowy. Chorej zalecono pijawki i wtarcie maści szarej w okolicę krtani. Dnia następnego (30 Kwietnia) obrzęki powiększały się, łykanie prawie niemożliwe, pomimo to stan ogólny bardzo dobry, chora nie gorączkuje. W ciągu 3 dni następnych obrzęki zaczęły ustępować, łykanie stawało się coraz swobodniejszym, a chora wkrótce w zupełności przyszła do stanu prawidłowego. Nie ulega kwestyi, że w tym przypadku ostra obrzękowa sprawa krtani była w ścisłym związku ze sprawą nalotową w gardzieli, która nosiła wszelkie cechy lekkiej sprawy dyfterytycznej, przeważnie do krypt ograniczonej.

Drugi przypadek wielce analogiczny dotyczył chorej N., około 40 lat mającej, do której 19 Marca r. b. byłem wezwany z powodu bólu gardła, od dwóch dni trwającego. Chora doświadczała dość silnych dreszczy, ciepłota wynosiła około 39° C., badanie zaś jamy gardzielowej wykazało na obu migdałkach wyraźne naloty biało-żółtawe, również przeważnie do krypt zlokalizowane. W ciągu tygodnia, podczas którego kilkakrotnie widziałem chora, sprawa ustąpiła w zupełności, łykanie stało się swobodnem, chora czuła się dobrze, dopiero w dniu 10 wystąpiło stopniowo wzmagające się wielce utrudnione połykanie, które w ciągu 2 dni następnych doprowadziło do zupełnego utrudnienia przełykania, wywołując niezwykle niepokój. Badając chora w dniu 12 Kwietnia wspólnie z kilku innymi kolegami, znaleźliśmy bardzo mocny obrzęk tylne ściany oraz więzów nalewko-nagłośniowych, który dnia następnego również przeszedł i na nagłośnię. Chora przytem nie gorączkowała wcale. Przy leczeniu podobnem, jak w powyższym przypadku [pijawki, maść szara], sprawa w ciągu 3 dni następnych w zupełności ustąpiła. I w tym przypadku zdaje się, że sprawy obrzękowe należy stawiać w ścisłym związku z przebytą sprawą nalotową w gardzieli; tutaj tylko sprawa obrzękowa w krtani wystąpiła o wiele później, niż w pierwszym przypadku.

Oba przypadki miały to wspólne, że sprawa pierwotna gardzielowa nosiła na sobie cechy sprawy stosunkowo łagodnej w wyglądzie i przebiegu, którą z łatwością jako t. zw. zapalenie gardła lakunarne, *resp.* folikularne, przyjąćby można. Być więc bardzo może, że nawet i owe lekkie formy obrzękowe krtani nie są niczem innym, jak tylko pewnym lżejszym stopniem zakażenia streptokokowego i za lekkie postacie róży krtani uważać by je należało. Naturalnie należy te przypuszczenia poprzeć ścisłemi badaniami bakteriologicznemi, które przy pierwszym nadającym się podobnym przypadku postaram się uzupełnić.

II. KILKA UWAG O ERYTHEMA NODOSUM U DZIECI.

[Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 17 Maja 1892].

Podał

D-r med. Ludwik Wolberg,

lekarz szpitala dla starozakonných w Warszawie.

W krótkim poniższym artykuliку zamierzam zwrócić uwagę naszych klinicystów na cierpienie, znane wprawdzie w literaturach zagranicznych, u nas jednak nie opisywane. Stanowi ono w praktyce względnie rzadkie zjawisko u dzieci; w ciągu bowiem mej praktyki pedyjatrycznej zdarzyło mi się spotkać, i to w ubiegłym dopiero roku, zaledwie dwa przypadki tej choroby, które na wstępie w krótkości naszkicuję.

Pierwszy przypadek dotyczy 2 $\frac{1}{2}$ -letniej dziewczynki, Sury Orł... Matka zgłosiła się z nią do ambulatoryjum szpitala dla starozakonných dnia 1 Sierpnia 1891 roku. Dziecko dobrze było rozwinięte, lecz niedokrwiste, z cerą bladą, błonami śluzowemi blademi; śladów krzywicy nie zauważyłem. Przed kilku dniami, jak opowiada matka, dziewczynka była rozpalona, senna, straciła łaknienie, uskarżała się na bóle w kończynach dolnych, a na dwa dni przed przybyciem do szpitala zauważyła matka na przednich powierzchniach obu goleni jakieś czerwone guzy, po kilka na każdej goleni. W dniu przybycia do ambulatoryjum dziecko już nie gorączkowało, lecz uskarżało się jeszcze na bolesność w kończynach, na których naliczyłem 9 czerwono-sinawych, okrągłych guzów skórnych wielkości soczewicy do kopiejki, wypukłych i przy dotykaniu lekko bolesnych; nadto na pośladkach znalazłem jeszcze pięć podobnych. Na innych częściach ciała, na twarzy nie znalazłem żadnych plamek, ani guzików. W narządach wewnętrznych, w jamie ust, około otworu stolcowego, nie nieprawidłowego. Gruczoły limfatyczne nie powiększone. Czaszka sformowana, ciemniaczko zarosnięta, zęby dobrze rozwinięte, kości długie prawidłowe, ich końce stawowe nie zgrubiałe. Rozpoznawszy u dziecka *Erythema nodosum idiopathicum*, bez żadnych powikłań, ani poprzedzających chorób, zaleciłem do wewnątrz salicylan sodu, a zewnątrznie maść cynkową. 3 Sierpnia ponownie widziałem dziecko. Bolesność w kończynach ustąpiła; wszystkie wyniosłości były jeszcze widoczne, lecz barwa ich z ciemno-czerwonej stała się obecnie bledszą, z odcieniem żółtawo-fioletowym. Gorączki nie było, stan ogólny bardzo dobry. Więcej dziecka tego nie widziałem, lecz dowiedziałem się następnie, że zupełnie wyzdrowiało i plamy wszystkie poginęły w ciągu tygodnia po ostatniej wizycie.

Drugi mój przypadek dotyczy 6-cio-letniej dziewczynki, Mani J... Przypadek ten spostrzegalem w praktyce prywatnej. Po raz pierwszy wezwany zostałem dnia 26 Listopada 1891 roku; pacjentkę zastałem zupełnie ubraną, wesołą i bawiącą się. Nie gorączkowała wcale, ani w dniu moich odwiedzin, ani też poprzednio. Dziewczynka, dobrze odżywiana, jest dobrze rozwiniętą i dobrego, jak na swój wiek, wzrostu. Nie uskarżała się ona na żadne bóle w kończynach, na których, podobnie jak w poprzednim przypadku, na przedniej powierzchni lewej goleni znalazłem dwa czerwone guziki skórne, wielkości wiśni, bolesne przy lekkim nawet nacisku. Samodzielnie zaś nie bolały wcale. Na pośladku lewym podobną wyniosłość jedyną, a na prawym pośladku — dwie. Nadto w obu nozdrzach i na wardze górnej, tuż pod nosem, kilka drobnych białych, wypełnionych żółtawą cieczą, pęcherzyków i spory, żółtawy, gruby strup, powstały widocznie wskutek zaschnięcia opisanych pęcherzyków. Podobnie znalazłem strupki i na obu policzkach. Na górnych kończynach na wewnętrznej powierzchni przedramion znajdowało się 7 wypukłych czerwonych plamek, mniejszych cokolwiek od umieszczonych na goleniach i pośladkach, lecz zupełnie jednakich z niemi, tak co do postaci, jak i bolesności. Oprócz braku łaknienia i trudności przy oddechaniu przez nos, żadnych nie doznawała objawów podmiotowych. Stan ogólny dziecka dobry, narządy wewnętrzne nie nieprawi-

dłowego przy badaniu nie wykazały. Mocz w zwykłej ilości, blade-żółty, bez osadu, białka nie zawierał. Młodszy braciśzek pacjentki był i pozostał zupełnie zdrowym. Dziewczyńce zaleciłem salicylan sodu do wewnątrz i maść cynkową na pęcherzyki i strupki pod nosem i na policzkach. W trzy dni potem zjawily się nowe dwie wyniosłości wielkości grochu na lewym policzku. Po kilku dniach drożność nosa została przywróconą, strupki poodpadały z górnej wargi, pozostawiając lekkie zaczerwienienie. Również ustąpiła i bolesność, występująca poprzednio przy naciskaniu na wyniosłości, lecz one same istniały jeszcze przez cały miesiąc, gdyż przy ostatniej mej wizycie w dniu 23 Grudnia 1891 roku znać było jeszcze — nie wyniosłości wprawdzie, lecz czerwonawe powierzchowne plamy wielkości grosza, które pod wpływem chłodu — po obnażeniu ciała — przybierały sinawe zabarwienie. Istniały one na lewym policzku, na przedramionach i na goleniach, a ustąpiły dopiero w połowie Stycznia 1892 roku, czyli, że trwanie całego cierpienia wynosiło około 7 tygodni. Po przebyciu tej choroby dziewczynka była dosyć bezkrwistą i osłabioną.

Ponieważ podane przezemnie dwa przypadki omawianego cierpienia nie wyczerpują całkowitego obrazu klinicznego, przeto na zasadzie opisów tych autorów, którzy częściej mieli sposobność spotykać to cierpienie, postaram się podać objawy, przebieg i etjologiję tej choroby.

Najlepsze prace w tej kwestyi ogłosili: LEWIN ¹⁾, KLEIN ²⁾, HEUBNER ³⁾ OEHME ⁴⁾, STRÜMPPELL ⁵⁾, BOHN ⁶⁾; nadto niektóre szczegóły, dotyczące tej sprawy, zawdzięczamy także MONCORVO ⁷⁾, W. KOCH'owi ⁸⁾, LEWIN'owi ⁹⁾, DEMME'mu ¹⁰⁾ i innym.

Aczkolwiek HENOCH w znanym swym podręczniku chorób dziecięcych uważa *erythema* za jedną z najczęstszych (obok *intertrigo*) chorób skórnych w pierwszych kilku latach dzieciństwa, jednak, sądząc z jego opisu, ma on tylko na względzie zwyczajny rumień. bez nacieków; *erythema nodosum* jest stosunkowo rzadką w latach dziecięcych. Zjawia się ona zazwyczaj najspierw na goleniach, szczególnie na ich przednich powierzchniach, aby ztąd rozprzestrzeni się na uda, pośladki, i następnie na kończyny górne; powierzchnie wyprostne i zewnętrzne kończyn stanowią najulubieńsze umiejscowienie guzowatości, tej chorobie właściwych. Twarz najczęściej pozostaje nie zajęta, podobnie jak i tułów; wyjątkowo tylko na czole, policzkach i muszlach usznych spotykano pojedyncze guziczki. Na błonach śluzowych u dzieci nie spostrzegano guzowa-

¹⁾ LEWIN. *Erythema multiforme*. Charité-Annalen. 1878.

²⁾ KLEIN J. Inaug. Dissert. Königsberg. 1878.

³⁾ HEUBNER O. *Erythema exsudativum multiforme*. Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. XXXI. str. 296.

⁴⁾ OEHME. Ueber Eryt. nodosum. Arch. f. Heilkunde. 1877.

⁵⁾ STRÜMPPELL. Ueber Eryt. nodos. Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. XXIX. str. 207.

⁶⁾ BOHN. *Erythema exsudativum multiforme*. *Erythema nodosum*. GERHARDT's Handbuch. der Kinderkrankheiten. 1883. Bd. VI. str. 163.

⁷⁾ MONCORVO. *Erythema nodosum palustre*. Archive italiana di pediatria. 1890, str. 97. Referat w Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1891. Hft. i u 2. Bd. XXXII. str. 150.

⁸⁾ W. KOCH. Die Bluterkrankheiten in ihren Varianten. Deutsche Chirurgie. Lief. 12. Referat w Jahrb. f. Kind. Bd. 32. Hft. 1 u 2. str. 172.

⁹⁾ LEWIN. Demonstracja na posiedzeniu Berl. Tow. Lek. z dnia 30. XI. 1891. p. Berl. klin. Woch. 1897. Nr. 4. str. 79 i dyskusya nad tym przedmiotem. Tamże.

¹⁰⁾ DEMME. Beobachtungen von schweren, als Infektionskrankheit auftretenden Eryt. nod. mit Purpura. XXIX Bericht. d. Jenner Hospit. str. 32. [Ref. w VIRCHOW-HIRSCH's. Jahr. 1888 str. 267].

tości. Raz tylko widział BOHN na twardem podniebieniu i brzegach języka małe guziczki, a TROUSSEAU znalazł raz pojedynczy guzik na łącznicy oka. Wielkość i ilość tych guzików bywa najrozmaitszą: od kilku do kilkudziesięciu. Zwracano też uwagę na pewne symetryczne ułożenie się ich, lecz nie wszyscy autorzy zauważyli je, a BOHN słusznie twierdzi, że symetryczność ta jest tylko pozorną, wywołaną wskutek umiejscowienia guzików wzdłuż kończyn. Zazwyczaj guziki te nie przechodzą wielkością wiśni, lecz spostrzegano guzy wielkości jaja gołębiego, a nawet małego jabłka. Przy nacisku na guziczki uskarżają się dzieci na bolesność, niezbyt jednak przykrą; samodzielnie zaś guzowatości nie sprawiają pacjentom bólu; natomiast uskarżają się ci ostatni na bolesność w stawach, a szczególnie w kolanach i w stawach stopowych, które niekiedy bywają obrzmiałe.

Przed pojawieniem się guzików, dzieci przez kilka dni nie mają łaknienia, są bezsilne, przestają się bawić, narzekają na bóle głowy i dreszczyki, nadto gorączkują, szczególnie pod wieczór, a ciepłota dochodzi wówczas do 39° C., nieraz i wyżej. Stan taki trwa zazwyczaj kilka dni, niekiedy tydzień, a nawet dwa tygodnie. W moich przypadkach okresu zwiastunów matki nie zauważyły wcale, a dopiero zwróciły uwagę na już rozwinięte cierpienie. Prócz wspomnianych już objawów przyłączają się także nierzadko zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego i dróg oddechowych, co przypomina zwiastuny odry. W niektórych przypadkach zauważono także obrzmienie gruczołów limfatycznych na szyi. Z tych zwiastunów niepodobna rozpoznać, jakie cierpienie rozwija się w ustroju dziecięcym, alіści wkrótce przyłączające się bóle stawowe i obrznięcia twarzy, rąk, stóp, kolan i stawów stopowych jaśniej już wskazują na rodzaj choroby. Po wystąpieniu opisanych już powyżej guzowatości ustępuje gorączka, a czerwone naciekle plamy po 24-godzinnem istnieniu poczynają ulegać przemianie wstecznej, stają się z czerwonych fioletowemi, tracą na konsystencji, otaczająca je różowa obwódka ustępuje szybko. W ciągu tygodnia barwa guzów zmienia się, jak w zwykłych sińcach, poczem guz ginie, a w innych miejscach powstają guziki nowe, już bez gorączki. Bardzo rzadko na guzowatościach podnosi się naskórek w kształcie pryszczów, natomiast w innych miejscach, szczególnie na twarzy zjawiają jednocześnie wypryski rozmaitych postaci: *eryth. papulatum, tuberculatum, gyratum, annulare, iris*, a wtedy choroba słusznie *eryth. exsudat. multiforme* nazwaną być może.

Oprócz opisanej tej postaci samoistnej, zdarzają się też same wysypki takie jako powikłania chorób serca, naczyń, płuc i opłucnej, a wtedy mogą trwać całymi miesiącami i stać się przewlekłemi, podczas gdy samoistne cierpienie jest zawsze ostrem.

Etyjologia i patogenija tego cierpienia są zupełnie jeszcze ciemne. Co do wieku dzieci, to zauważono ją częściej u 4—6-letnich, niż u młodszych i starszych. U dziewcząt stanowczo częściej spotykamy *erythema nodosum*, niż u chłopców; oba moje przypadki dotyczyły dziewczątek, a BOHN na 52 przypadki miał 34 dziewczynki, a 18 chłopców. Zazwyczaj w chłodne, jesienne miesiące najwięcej bywa przypadków tego cierpienia. Niektórzy autorzy [LEWIN] przypuszczali, że gościec stawowy sprzyja powstawaniu omawianej wysyp-

ki; dalsze jednak spostrzeżenia wykazały, że tylko przypadkowo obie te choroby komplikowały się wzajem. Natomiast MONCORVO zauważył w kilku przypadkach malaryi, endemicznie panującej w Rio de Janeiro, powikłanie z *erythema nodosum*, która zjawiała się jednocześnie z napadem zimniczym i ustępowała działaniu chininy. KOCH uważa *erythema nodosum* za rodzaj skorbutu, podobnie jak wszystkie inne cierpienia krwi (*purpura simplex*, *rheumatica*, *haemorrhagica*, *haemophilia*, *epistaxis*, poty krwawe i zwyrodnienie tłuszczowe noworodków). HEUBNER, BOHN i STRUEPPELL, którzy bezwarunkowo obstają przy tem, że *erythema nodosum* nie jest cierpieniem skórny, lecz wewnętrznym, skłaniają się ku zdaniu, że przyczyną tej choroby jest ostre zakażenie.

Przypuszczenie to nabrało pewnych cech prawdziwości, dzięki odkryciu DEMME'go [w r. 1889], który w dwóch swoich przypadkach, zakończonych ograniczoną zgorzelą skóry z następczem wyzdrowieniem, odnalazł laseczniki w kształcie delikatnych, nieco u obu końców zaokrąglonych pałeczek. Szczepione świnikom morskim wywoływały na skórze guzowatość z następczą zgorzelą. Następnie udało się HAUSHALTER'owi wyhodować białego mikrokoła w 2 przypadkach *erythema*, a SIMON'owi i LEGRAIN'owi prócz tego białego — jeszcze i żółtego koła; natomiast MECLE i STANZIALE (*Arch. f. Kinderheilk.* 1891. Zesz. 1 i 2 str. 106 i 108. Referaty) napróżno szukali mikrokoków w tej chorobie.

W dyskusyi, wywołanej odczytem prof. BAEUMLER'a na 62 zjeździe niemieckich lekarzy w Heidelbergu, wielu uczonych [sam autor, jakoteż CURSCHMANN, QUINCKE, JUERGENSEN, LESSER i KUSSMAUL] wyraziło zdanie, że *erythema nodosum*, jakoteż *erythema exsud. multiforme* jest chorobą zakaźną; niektórzy utrzymywali, że samodzielna, inni zaś, że jest tylko rodzajem septycemii.

LEWIN wreszcie uważa cierpienie za angijoneurozę, lecz nie podaje bliższej przyczyny. Z tych sprzecznych zdań i domysłów widzimy, że istota choroby zupełnie jest nieznaną i przyszłe dopiero badania mogą wyświecić tę sprawę. Przypuszczeń UFFELMANN'a, jakoby *eryth. nodos.* rozwijała się u dzieci gruźliczych, lub zołzowatych, nie potwierdziły spostrzeżenia innych autorów, a w moich przypadkach też żadne z dwojga dzieci nie było zołzowatem, ani gruźliczem.

Co do anatomii patologicznej, to powstawanie guzowatości tłomaczą autorzy na zasadzie tworzenia się zatorów, źródła jednak tej sprawy nie udało się dotychczas wykryć. Przypuszczają tylko [BOHN], że krążący we krwi zarazek drażni ścianki naczyń i wznieca w nich miejscowe zapalenie i ograniczone wysięki.

Rokowanie w tem cierpieniu jest zupełnie pomyślnem; nie zagraża ono nigdy życiu pacjentów, ustępuje szybko i bez żadnych następstw. Słowa te dotyczą naturalnie tylko samoistnego [idyopatycznego] cierpienia; jeżeli bowiem *erythema nodosum* występuje jako powikłanie innej ciężkiej choroby, wówczas rokowanie zależy od cierpienia głównego, na które zresztą *erythema* sama przez się żadnego szczególnego nie wywiera wpływu.

Wobec tego lecznicze zabiegi mogą ograniczyć się do *minimum*. Spokój, pozostawanie w ciepłym pokoju, lekka dyjeta, salicylan sodu do wewnątrz szybko opanowują chorobę, po ustąpieniu której nieraz potrzebną się okazuje kura-

cyja wzmacniająca. Miejscowo dla szybszego wessania się guzowatości właściwem jest, zdaniem mojem, obok leczenia wewnętrznego, zastosować mięsienie za pomocą dwukrotnego, w ciągu doby, wcierania obojętnego tłuszczu, np. wazeliny, do której dla złagodzenia bólów miejscowych możemy dodać którykolwiek ze środków kojących: *extr. Belladonnae*, morfinę, lub chloroform.

III. POCZĄTKI HISTERYI U DZIECKA.

PRÓBA OBJAŚNIENIA PRZYCZYNY OBJAWÓW HISTERYCZNYCH.

Opisał

Stanisław Kamiński.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 31].

Na bliższą uwagę zasługuje natomiast podrzucanie we śnie lub przed snem. RICHER uważa podrzucanie przed snem za jeden z objawów zwiastunnych napadu histero-epileptycznego, nazywając je nawet zarysem (*ébauche*) napadu ¹⁾. Rzeczywiście upadnięcie na ziemię podczas snu było takim zarysem i zwiastunem napadu w następującym przypadku RICHER'a.

Hysterja u czternastoletniego chłopca. (Somnambulizm).

Siostra chorego miała dwa napady histero-epileptyczne, po których pozostała *hemiplegia dextra*. Sam chory przechodził tyfus. Trzy tygodnie temu znaleziono chłopca poza łóżkiem na ziemi. W tydzień później wstał z łóżka w nocy, chodził po pokoju z otwartymi oczami, zażądał pióra i atramentu i pisał wiersze. Gdy się zbliżono do niego, odpędzał wszystkich, mówiąc: „Idźcie, robicie mi przykrość”. Napad somnambulizmu trwał dwie godziny. Następnego dnia chłopiec poszedł do zajęcia. Wieczorem napad histero-epileptyczny z *arc de cercle*. Przed trzema dniami napad somnambulizmu, który powtórzył się dwa razy i t. d. ²⁾.

Mówiłem o przestkach nocnym u X. X., zdając sprawę z pewnych nieprawidłowych objawów w sferze jego ruchów, dlatego, że 1) ważną składową częścią objawów *pavoris nocturni* była hiperkineza [zsuwanie się z poduszki, jęki, krzyki, drgawki, rzucanie się na szyję i t. p.], 2) że napad przestkach nocnego, przynajmniej w naszym przypadku, miał wiele podobieństwa do napadu histero-epileptycznego, będącego przeważnie objawem ruchowym. Czy przestkach nocny jest zawsze oznaką poczynającej się histeryi, jak to twierdzi OLLIVIER ³⁾, czy też zdarza się i u dzieci zdrowych nerwowo, to w każdym razie w naszym przypadku za histerycznem pochodzeniem tego objawu przemawia: 1) wiek dziecka [według HENOCH'a ⁴⁾, *pavor nocturnus* zjawia się u dzieci prawie wyłącznie przed wtórnem ząbkowaniem], 2) istnienie jednoczesne u X. X. innych oznak histeryi. Przestkach nocny jest w samej rzeczy częstym objawem u hi-

1) RICHER. L. c. str. 19.

2) RICHER. L. c. str. 389.

3) OLLIVIER. L. c. str. 202.

4) HENOCH. L. c. str. 228.

steryków. Obserwowali go: PEUGNIEZ¹⁾, RICHER [w przypadku tegoż napady przestrachu nocnego pozostały i wtedy, gdy stan ogólny się polepszył²⁾], wreszcie LEGRAND DU SAULLE w obserwacji, którą później przytoczę³⁾. Ponieważ jednak wypada mi przeprowadzić porównanie między przestrachem nocnym X. X. a prawdziwym napadem histero-epileptycznym, przeto przytaczam tu w skróceniu drugą ze wspomnianych przed chwilą obserwacji PEUGNIEZ'a. W przypadku tym napady histero-epileptyczne pozostawały w ścisłym związku z przestrachem nocnym.

Dziedziczność. Zolży. Przestrachy nocne i napady drgawkowe. Hemianaesthesia dextra. Zones hysterogènes.

Lam. Alfred, 13 lat, wstąpił na oddział dzieci epileptycznych w Bicêtre. Ojciec bardzo nerwowy, gwałtowny i złośliwy, matka mało inteligentna. Jeden z braci kłótlivy, leniwy i kleptomani. Alfred do 10 lat miał *incontinentiam urinae* i zolży w postaci wysypek skórnych. Z tego powodu przepędził 15 miesięcy w schronieniu dzieci skrofolicznych w *Berck sur mer (Calais)*. W tym czasie miał przestrachy nocne z następującego powodu. Zakonnice zakładu, aby przeszkodzić dzieciom w rozmawianiu po nocach, wprowadzały do sypialni człowieka, przystrojonego w białe przelecieradło, jako stracha. A. L. był zawsze bojaźliwym i zasypiał tylko przy świetle. Od czasu do czasu skarży się na bóle w lewym boku, błędnie nagle, lecz nie ma zawrotów głowy. W 1879 r. miał parę napadów nerwowych podobno z halucynacyjami. Nie ma objawów obłędu, ani kleptomanii. Uczuciowość dosyć rozwinięta. Inteligencyja średnia. Obecne objawy choroby są następujące: *hemianaesthesia dextra*; po napadzie rozwinęła się *hemianalgesia sinistra* z punktami anestetycznymi z tej samej strony, prawostronne zaś znieczulenie znikło; w parę dni wróciła znowu *hemianaesthesia dextra* wraz z punktami nadezumi w okolicy kregów, osłabieniem słuchu i dyschromatopiją prawego oka; *zones hysterogènes* w punktach nadezumi i innych, ucisk których mógł wywoływać napady. Opis napadu 1) Zwiastuny i aura. Pierwszych zwykle nie ma, zjawia się tylko aura na parę sekund przed napadem jako silny ból w skroniach i świst w uszach; w parę miesięcy dopiero później zwiastunami napadu były: *globus hystericus*, widzenie czerwonych płomieni. 2) Pierwszy okres Drgawienie całego ciała, szczękocisk, drgawki kloniczne twarzy, drżenie powiek, *nystagmus*. Odrętwiałość tułowia powiększa się, głowa w położeniu wyprostnem, nogi i ręce wyciągnięte, palce zgięte w pięści. Drgawki kloniczne stają się liczniejsze, zjawiają się tetaniczne podrzucania całego ciała, czasami *opisthotonus* dosyć wyraźny. Nie ma ślinotoku, ani oddechu chrapliwego. Cały okres trwa około minuty. 3) Drugi okres (*Clonisme*): zjawiają się wielkie ruchy (*grands mouvements*); ruchy młynkowe rękami, uderzenia pięścią o poduszkę i nogami o krawędź łóżka. *Arc. de cercle*. 4) Trzeci okres (*delire*). Wreszcie chory pada na łóżko, odrętwienie członków zanika. Zaczyna krzyczeć, „nie, nie“, i twarz wyraża ból, przestrach; gałki oczne obracają się w oczodołach, wargi drżą, oddech jest częsty i głośny; dziecko jęczy, krzyczy z wściekłością, woła: „mamo, chcę się zabić“, potem: „widzę, widzę go“ i wskazuje palcem. Na tem kończy się napad; dziecko uspakaja się i oprócz zmęczenia i świstu w uszach nie doznaje innych dolegliwości. Napady bywały bardzo częste, do dwudziestu na dzień; w Styczniu 1880 r. było ich 128, w Lutym 114. Napady znikły skoro tylko zaburzenia w uczuciowości usunięte zostały za pomocą metaloterapii.

Przypadek ten jest ciekawy z następujących względów.

Dowodzi najprzód możliwości zjawienia się prawidłowego napadu histero-epileptycznego u dziecka. To, co PEUGNIEZ nazywa okresem obłędu, jest we-

1) PEUGNIEZ. L. c. str. 131, 142, 142—156.

2) RICHER. L. c. str. 390.

3) LEGRAND DU SAULLE. Les hysteriques. Etat physique et mental. Paryż. 1891. str. 26—29.

dług nomenklatury CHARCOT'a i RICHER'a trzecim okresem t. zw. *attitudes passionelles*. Czwartego okresu (*période de délire*) brak tu było zupełnie, co objaśnić można tem, że dziecko nie przywykło do refleksyi na temat swojego życia dotychczasowego, co stanowi właśnie treść bredzenia okresu czwartego. Dalej ciekawą jest rzeczą, że treść halucynacyj okresu trzeciego napadu i treść marzeń podczas przestachu nocnego nietylko były identycznymi, lecz że pochodzenie swe zawdzięczały jednej i tej samej przyczynie, a mianowicie nierozsądnemu postępowadniu zakonnicy w Berck. Widzimy więc, że nietylko, jak tego dowiodła szkoła francuzka, halucynacje okresu trzeciego są zawsze identyczne dla jednego i tegoż samego osobnika ¹⁾, lecz że są one wynikiem długiego szeregu wyładowań energii nerwowej w jednym kierunku, a mianowicie, że stanowią one treść marzeń sennych na długi czas przedtem, nim się staną treścią halucynacyj napadu. Najbardziej jednak ważnem dla nas w powyższym przypadku PEUGNIEZ'a jest blizkie powinowactwo, jakie zachodzi między przestachem nocnym a napadem histero-epileptycznym. Nietylko halucynacje w jednym i drugim przypadku miały swe źródło w ważnych wydarzeniach w życiu [u X. X. halucynacje na temat złodziei i szczurów], lecz i szereg ruchów obserwowanych u X. X. zarówno formą swoją jak i porządkiem występowania przypominał napad histero-epileptyczny. Zsuwanie się z poduszki, drżenie na całym ciele odpowiada pierwszemu okresowi (*epileptoïde*) napadu; krzyki, podnoszenia się, chęć uciekania — drugiemu i trzeciemu (*grands mouvements* i *attitudes passionelles*). Różnica więc między napadem histero-epileptycznym a przestachem nocnym jest tylko ilościowa.

Wielka ruchliwość, zaznaczona u X. X., jest charakterystyczną cechą histeryków. Wiadomo, że wszelkie wrażenia wewnętrzne znajdują swój wyraz u nich w ruchach. X. X. przy silnych wrażeniach nietylko wymachiwał rękami, robił różne miny, lecz i doznawał, zwłaszcza jeżeli wrażenie było przykrem, ściskania w gardle i dołku podsercowym, duszności i t. p. I te objawy były u niego dosyć częste. Te wszystkie objawy są bardzo zbliżone do t. zw. napadów spazmatycznych histeryków. „Można sobie wyobrazić lekki napad histeryczny“ — mówi BRIQUET — „obserwując kobietę nerwową, którą spotkała przykrość: w dołku podsercowym uczucie ściskania i duszenia, serce bije szybko; gardziel ściska się tak, że powstaje zaduszenie wstrzymujące oddech i polykanie; wreszcie niepokój i potrzeba ruchu dają się uczuć w członkach ²⁾“. Lecz nietylko nadruchliwość podobna z wielu względów przypomina napady spazmatyczne, bywa ona owszem niekiedy początkiem prawdziwego napadu histero-epileptycznego, jak w następującem spostrzeżeniu RICHER'a.

Napad drgawkowy. Początek: płacz i pobudzenie drgawkowe. Grands mouvements rąk i nóg. Arc. de cercle. Halucynacja.

Aniela H..., 9 lat, kulawa. Dziadek obłąkany, babka i ciotka cierpią na migrenę; matka histero-epileptyczka. Charakter chorej nerwowy. Pierwszy napad objawił się gniewem: chora wyrwała grzebień z włosów, rzuciła go na ziemię, jak również robotę, którą trzymała; później za-

1) RICHER. L. c. str. 90.

2) Cyt. u AXENFELD-HUCHARD'a. L. c. str. 950.

częła płakać. W innym napadzie, w ten sam sposób rozpoczętym, zjawily się podrzucania (*sécousses*) rąk i nóg nadzwyczaj szybkie; wkrótce ruchy te stały się ogólnemi; wystąpiło *arc de cercle*, wreszcie zjawily się halucynacje, podczas których chora bije wszystkich, walczy z urojoną przeszkodą i t. p.. Po napadzie zasypia snem spokojnym. Nie ma zaburzeń w czuciowości, ani *zones hysterogènes*; pole widzenia prawidłowe ¹⁾.

Sfera czuciowa nie przedstawiała u X. X. żadnych wybitnych zaburzeń, czemu się dziwić niepodobna wobec tego, że zaburzenia te są dosyć rzadkie w histeryi rozwiniętej u dzieci, a tem bardziej w jej początkach. Tak PAWEŁ RICHER, który zwracał baczną uwagę na zaburzenia czuciowości u histeryków, twierdzi, że zaburzeń tych może wcale nie być nawet u histero-epileptyków. Tak u jednej histero-epileptyczki na ośm dni przed pojawieniem się całkowitego znieczulenia, będącego jednym ze zwiastunnych objawów napadu, stwierdził RICHER zupełny brak wszelkich zaburzeń czuciowych ²⁾. Wśród licznego szeregu spostrzeżeń, tyjących się histeryi dziecięcej, w trzech przypadkach nie znalazł RICHER żadnych zmian w czuciowości ³⁾. To samo stosuje się i do innych autorów. HENOCH na 25 obserwacyj histeryi, przytoczonych w swych „odczytach o chorobach dziecięcych“, nie spostrzegął zaburzeń czuciowości w jedenastu przypadkach, choć w wielu z nich zaburzenia ruchowe były bardzo wybitne ⁴⁾. Wreszcie we wspomnianej wyżej pracy DUVOISIN na 24 przypadki histeryi u dzieci zaledwie w dwunastu znalazł zaburzenia w sferze czucia i zmysłów ⁵⁾.

Nadwrażliwość na światło, jaką zaznaczyłem u X. X., jest objawem, który oftalmologowie stawiają w związku z histeryją ⁶⁾. Dyschromatopsyja, jeśli tak nazwać można nieodróżnianie przez X. X. pewnych kolorów, w tej formie spotyka się dosyć rzadko u histeryków, zwykle zanika u nich przedewszystkiem wrażliwość na barwę fioletową i pochodne jej; w przypadku zaś X. X. należałoby przypuszczać, że osłabioną została wrażliwość na barwę pośrednią między czerwoną i zieloną, a więc żółtą, zielono-żółtą i pomarańczową z jednej strony, a między czerwoną i fioletową, czyli purpurową, z drugiej. Że podobne zaburzenie wzrokowe zdarza się u histeryków, dowodzi tego spostrzeżenie BOURNEVILLE'a nad jedną histero-epileptyczką, nieodróżniającą barwy żółtej ⁷⁾.

Pierwszym objawem, jaki zwraca uwagę w życiu psychicznem X. X., jest ruchliwość jego usposobienia, a także łatwość, z jaką można było zachwiać równowagę jego czynności psychicznych. To, że wogóle podniecony stan umysłu znajdował wyraz przedewszystkiem we wzmożonych ruchach, jest charakterystyczną cechą histeryków, u których wyładowanie się energii nerwowej daleko łatwiej, niż u ludzi prawidłowych, następuje po drogach ruchowych. LEGRAND

¹⁾ RICHER. L. c. str. 372.

²⁾ RICHER. L. c. str. 2.

³⁾ RICHER. L. c. str. 322, 379 i 383.

⁴⁾ HENOCH. L. c. str. 209—219.

⁵⁾ DUVOISIN. L. c. str. 314—321.

⁶⁾ H. SCHMIDT-RIMPLER. Augenheilkunde. Braunschweig. 1885. str. 13.

⁷⁾ CHARCOT. Bolezni nierwnej systemy. Tł. ross. Petersburg. 1876. str. 260.

DU SAULLE przytacza historję choroby dziecka histerycznego, u którego brak było wszelkich zaburzeń somatycznych, a histeryja objawiała się jedynie nad-ruchliwością fizyczną i psychiczną.

12-letnia dziewczynka. Drażliwość. Przestrachy nocne. Popędy. Halucynacje wzrokowe. Kokieterja. Kłamstwo. Udawanie epileptycznych zawrotów głowy.

Ojciec i dziadek alkoholicy, matka cierpi na migrenę; dziadkowie matki skończyli samobójstwem. Sama dziewczynka cierpi często na bóle głowy. Miewa przestrachy nocne, podczas których budzi się, krzyząc: „Mámo, biją mnie“. W jedenastym roku życia podrażnienie manijakalne: zdaje się jej, że jost na barykadach; raz porwała nóż, chcąc zabić swą babkę. W przerwach między napadami rozmawia z sobą i śmieje się. Skutkiem tych napadów oddano ją do Ś-tej Anny. Tam dano jej kąpiel, podczas której rzucała się, twierdząc, że ją chcą utopić. Po wyjściu za szpitala pozostaje w domu, lecz ciągle jest wzburzoną, niespokojną. Na ulicy zaczepia ludzi, zarzucając im, że patrzą na nią i źle o niej mówią, wymyśla i pluje im w twarz; bije babkę i matkę, a także swe rówieńczki. Czasami przegląda się w lustrze, powiada, że jest piękną i mówi, że chętnie ożeniłby się z nią doktor od Ś-tej Anny. Miewa halucynacje słuchowe i wzrokowe.. Chciała raz podłożyć ogień pod łóżko i spaliła kołdrę. Uczy się mało i źle, choć ma zdolności, a to z powodu braku uwagi. Jest kłamliwą, imaginacyjną, komedyjantką w uczuciach względem matki. Raz sprobowała udać epileptyczny zawrót głowy, ukarano ją za to i rzecz się więcej nie powtórzyła ¹⁾.

Wiele cech psychicznych histeryczki LEGRAND DU SAULLE'a spotykamy u X. X.. Kłamliwość, udawanie uczuć, zwracanie na siebie uwagi, wreszcie brak uwagi dowolnej: oto są cechy psychiczne wspólne jednej i drugiemu. Nieprzeparate bodźce i złe obchodzenie się histeryczki z otoczeniem jest to także *moral-insanity*, którą w mniejszym stopniu przedstawiał X. X., jako brak wstydu i ambicji. Różnicę stanowiło tu tylko to, że u histeryczki LEGRAND DU SAULLE'a jednocześnie z *moral-insanity* istniało i pobudzenie manijakalne.

Paradoksalny na pozór fakt zmienności gustów i usposobień z jednej strony a stałego zamiłowania do pewnych gier i zabaw z drugiej starałem się objaśnić trudnością, jakiej doświadczają histerycy dla skupienia uwagi na wykonywane przez się czynności i, co za tem idzie, chodzenie bitą drogą raz nabytych uzdolnień. Fakt podobny zauważył HENOCH u jedenastoletniej histeryczki Maryi S., która, cierpiąc na niestrawność, zaduszanie, ataksję i t. d., „z dziwną wytrwałością przez dzień cały, leżąc na sofie, wycinała lalki z papieru“ ²⁾. Prawdopodobnie w przypadku HENOCH'a, wobec obostrzenia się objawów histeryi, nastąpiło prawie absolutne zniesienie uwagi dowolnej i tem objaśnić można wytrwałość histeryczki w jej monotonnem i mechanicznem zajęciu.

[C. d. n.].

¹⁾ LEGRAND DU SAULLE. L. c. str. 26—27.

²⁾ HENOCH. L. c. str. 212.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

CHOLERA.

Opisał

Jan Pruszyński.

Indyje zachodnie, zwłaszcza brzegi Gangesu i Bramaputry, stanowią ognisko tej w starożytności już znanej choroby, która, wielkiem rozlewając się morzem na setki i tysiące mil, wokoło bojaźń i niezliczone straty ekonomiczne przynosi. Wielkie drogi komunikacyjne, przemarsze wojsk, tłumy pielgrzymów, przenoszą cholere z jej źródła, a kłęski, wywołane przez żywioły atmosferyczne, głód lub wojnę, wobec złych warunków sanitarnych, szerzenie się jej ułatwiają. Od r. 1817, wyszedłszy z Jessory, sieje spustoszenie w Azji, a na ziemi europejskiej po raz pierwszy zatrzymuje się w r. 1823 w Astrachaniu. W 1830 powróciwszy do tegoż miasta przez morze Kaspjskie i Persyję, pierwszą sprowadza epidemię europejską, a lata 1848, 1851, 1865, 1884 są początkiem następnych. W r. 1890 epidemija ogranicza się w Europie na Walencji dzięki przedsięwzięciu energicznych środków, a przed 2½ miesiącami z Persyi przeniesiona do kraju zakaukaskiego przechodzi do Baku, z tamąd zaś szerzy się po wschodniej i południowo-wschodniej Rossyi. Jest to więc szósta epidemija, której wyniku obecnie przewidzieć nie można; faktem jest jednak, że zaczęła się szybko rozszerzać się i daje ogromną odsetkę śmiertelności. Z powodu braku urzędowych danych, przebiegu jej śledzić nie możemy; również nie słyszymy ani o przeprowadzaniu naukowych badań w ognisku zarazy ¹⁾, ani o stosowanych tamże metodach leczenia. To też z tego powodu jak i ze względu na brak w literaturze polskiej zebrania w jedną całość zdobyczy naukowych odnośnie do cholery z ostatnich czasów, sądzę, że na miejscu będzie zestawienie nowych prac, dotyczących etjologii cholery, jej leczenia oraz profilaktyki tak indywidualnej jak i państwowej.

Przyjmując cholere za chorobę zakaźną, o wiele wcześniej przed rozkwitem bakterjologii, uczeni starali się poznać zarazek i jego własności; prace rozpoczęte w r. 1836 odnoszą się tak do badania wypróżnień i krwi, jak i do przenoszenia w rozmaity sposób materji zakażającej na zwierzęta ²⁾. Co do zarazka, to wykrywano najrozmaitsze twory, zupełnie do siebie niepodobne; nawet przejawiają się pewne odbłyski zbliżania się do celu.

W roku 1838 Böhm, tłómacząc objawy cholery sprawami fermentacyjnemi w kiskach, przyczynę tej sprawy upatruje w bryłkach podobnych do drożdży. BRITTAN i SWEYNE wykrywają w ryżowatych ekskrementach podczas epidemii w Bristolu jakieś ciała pierścieniowate, które miał spotykać i BENNET. HAL-LIER istotę cholery upatruje w *Urocystis oryzae*, TOMÉ w t. zw. *Cylindrotaenium cholerae asiaticae*, DAVAINE w gatunku z rodziny *Cercomonas*.

O wiele poważniejsze są badania CARTLEY'a i DOVE'go, POUCHET'a, zwłaszcza PACCINI'ego i KLOB'a; zgadzając się pod względem energicznej ruchliwości pasorzyta, rozchodzą się jednak odnośnie do jego cech morfologicznych.

¹⁾ Komisya naukowa, wydelegowana przez Instytut Medycyny Doświadczalnej, pod przewodnictwem prof. M. NENCKIEGO z powodu niezależnych od siebie, a nieprzewidzianych okoliczności, nie mogła, niestety, zadania swego dokonać.

²⁾ RIEDEL. Die Cholere, Entstehung, Vesen und Verhütung derselben. 1887.

v. CARTLEY i DOVE znajdowali ruchome ziarniste masy w strzępkach śluzu, nawet w znacznym będących rozkładzie, POUCHET odkrywa wibryjoną podobnego do *vibrio Rugula*, PACCINI—t. zw. „*microbio cholericum*“, który przenika do błony śluzowej kiszki, lecz nie przechodzi do krwi, KLOB zaś podczas epidemii w Wiedniu w r. 1866 w wypróżnieniach dostrzega mikroby podobne do *Bacterium termo*, nitkowce (*Leptothrix*) i bakteryje w łańcuszkach zszeregowane.

We krwi, a mianowicie w bezbarwnych ciałkach OSER, oraz LEVIS i CUNNINGAM obserwowali bardzo żywe ruchy molekularne.

Wielokrotnie przeprowadzane doświadczenia nad sztucznym zakażeniem zwierząt krwią lub wypróżnieniami cholerycznymi¹⁾ również nie dały szczególnych wyników. Wprowadzenie skrzepów krwi pod skórę królikom przez NAMIAS'a [1836] oraz wstrzykiwania podskórne krwi chorych na cholere u psów, stosowane przez MAGENDIE'go, miały sprawiać objawy cholery, które jednak ze względu na użytą metodę raczej posocznicy przypisać należy. Wprawdzie J. MEYER, wprowadzając do żołądka lub kiszki znaczniejsze ilości ryżowatych wypróżnień, miał nawet spostrzegać zmiany anatomiczne właściwe cholere, jednak i wypróżnienia żółcią zabarwione chorych dotkniętych biegunką niecholeryczną ten sam skutek sprawiały. THIERSCH, wprowadzając myszom białym wysuszone wypróżnienia choleryczne, wywoływał objawy cholery, gdy jednak wprowadzanie wypróżnień świeżych okazało się w jego doświadczeniach dla zwierząt nieszkodliwym, sądził, że zarazek nie działa bezpośrednio, dostawszy się do ustroju, lecz, że, aby okazać wpływ swej żywotności, dojrzeć musi przedtem poza ustrojem. Doświadczenia te bynajmniej nie dowodzą, aby autorzy widzieli u zwierząt prawdziwą cholere, a dodatnie wyniki, które miał otrzymać LAUDER LINDSAY przy wyłącznym karmieniu psów wypróżnieniami, moczem i bielizną zanieczyszczoną przez wypróżnienia cholerycznych, więcej przypisać należy zagłodzeniu i wycieńczeniu zwierząt niż zakaźności produktów chorego ustroju.

Oczywiście, że badania te z powodu niedokładności metod i zasadniczych błędów nie mogły doprowadzić do praktycznych wyników. Wykrywano najrozmaitsze pasorzyty i w różny sposób objaśniano szerzenie się cholery, być może nawet, że PACCINI, KLOB, VIRCHOW i HALLIER²⁾ widzieli istotny zarazek tej choroby, wszelako żaden z tych autorów nie zwrócił należytej uwagi na stosunek zarazka do cierpienia.

Tymczasem zagrażająca epidemija, która w r. 1883 z Indyi zawleczoną została do Egiptu, skłoniła rządy niemiecki i francuzki do wysłania naukowych ekspedycyj w celu zbadania istoty cholery i warunków jej rozwoju. Badania przeprowadzali z jednej strony: KOCH z GAFFKY'm, FISCHER'em i TRESKOW'em, z drugiej zaś — STRAUSS, ROUX, THUILLIER i NOCARD. Egipt, zwłaszcza Aleksandryja, miały dla obu komisji być miejscem poszukiwań; gdy jednak STRAUSS z towarzyszami przybył zapóźno do Kairu, w sam czas do Aleksandryi, to KOCH zastał w Aleksandryi gasnącą już epidemiję, która jednak pozwoliła mu przeprowadzić studyja przygotowawcze odnośnie do przyczyny choroby.

W raporcie³⁾ podanym do ministra spraw wewnętrznych po przybyciu do Paryża z d. 25. X. 1883 w imieniu komisji uszczuplonej przez śmierć THUILLIER'a, który padł ofiarą badań, STRAUSS zdaje sprawę z poszukiwań istoty zakaźności cholery.

¹⁾ *Infectionskrankheiten von GRIESINGER. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, redagiert von RUD. VIRCHOW. Bd. II. Abth. II. Erlangen. 1857.*

²⁾ HUEPPE. *Ueber die Fortschritte in der Kenntniss der Ursachen der Cholera] asiatica. Berl. klin. Woch. N. 9—12. 1887.*

³⁾ *Raport sur le choléra en Egypte en 1883 par M. le docteur STRAUSS. Arch. gén. de méd. 1883. V. 2.*

Celem było wyszukanie zarazka w tkankach, wywołanie cholery u zwierząt, wyosobnienie zarazka na drodze hodowli, któryby, wprowadzonym będąc do ustroju, sprawiał zmiany chorobowe i obraz kliniczny właściwy cholercze. Na przewód pokarmowy, zwłaszcza na kiszki główną zwrócono uwagę, a badania dotyczące 24 przypadków tem lepsze dawały rokowanie co do wyników, że sekcye dokonywano bezpośrednio po śmierci lub najdalej w 14 godzin. Przy barwieniu skrawków z różnych odcinków kiszek cienkich udało się dostrzedz STRAUSS'owi znaczną ilość drobnoustrojów w przewodach gruczołów łagiewkowych, w tkance łącznej międzygruczołowej i miejscami w błonie podśluzowej; miały to być laseczniki o postaci zmiennej: to cienkie, długości lasecznika wąglkowego, to krótkie a grube, najczęściej jednak napotymano pasorzyty podobne do lasecznika gruzlicy, które, tworząc kolonije lub łańcuszki, przenikały aż do błony podśluzowej, nie naruszając ani naczyń, ani błony mięsnej, w której miejscami porozrzucały były mikrokoki. We krwi miał wykryć twory, które uznał za drobnoustroje, a pomimo nieudatnych usiłowań wyhodowania pasorzytów na płynnych podłożach, niemniej jednak tylko ich obecność we krwi według zdania STRAUSS'a objaśnić może zamartwiczą postać cholery. Również ani wyosobnienie zarazka z kiszek i wypróżnień, ani wywołanie choroby u zwierząt na drodze szczepień i wprowadzania do przewodu pokarmowego, nie było uwieńczone pomyślnymi wynikami.

Nie bardzo również pomyślnie szły wieści od KOCH'a. W pierwszym swem doniesieniu z d. 17. IX. 1883 ¹⁾, przesłałem ministrowi BÖTTICHER'owi z Aleksandryi, KOCH wspomina, że w ściankach kiszek cienkich, zwłaszcza w dolnych odcinkach napotykał stale pewien gatunek bakteryj, podobnych do laseczników nosacizny. Drobnoustroje te przenikają do światła gruczołów błony śluzowej kiszek, do kosmków, do warstw głębszych błony śluzowej, a w cięższych przypadkach nawet i błony mięsnej. Postać tych pasorzytów miała podobną do wykrytych przed rokiem drobnoustrojów w kiszkiach cholerycznych, nadesłanych KOCH'owi z Indyj. Hodowli nie otrzymał. rozmaite zwierzęta [króliki, świnki morskie, koty, myszy, szczury, nawet małpy] opornymi się okazały na działanie zarazka.

Niezrażony bynajmniej pierwszym niepowodzeniem, bada KOCH wpływ opadania i wylewu Nilu na przebieg epidemii, stopień zanieczyszczenia gruntu, zaopatrzenie w wodę, sposób grzebania zmarłych w Egipcie. Udaje się do Suez, aby sprawdzić znaczenie kwarantanny, której ulegali pielgrzymi, powracający z Mekki. Zamiast do Bombaju, jak pierwotnie zamierzał, wybiera drogę na Kalkuttę, gdzie dokonywa szeregu doniosłych badań na znacznym materiale, bo na 28 chorych i 42 zmarłych na cholercę. Wyosabnia zarazek, otrzymuje czyste jego hodowle, obecność jego stwierdza stale w tkankach i zawartości jelit przy świeżych niepowikłanych przypadkach cholery, na bieliznie cholerycznych, raz poza obrębem ustroju ludzkiego w wodzie zanieczyszczonego stawu. Nieudane doświadczenia na zwierzętach objaśnia ich odpornością na zarazek, co wydawało mu się tembardziej prawdopodobnem, że w Bengalii, w której epidemija przez rok cały panuje i ogarnia znaczne przestrzenie, ani razu nie obserwowano pojawienia się cholery wśród zwierząt.

Wyniki swych badań, krótko opisanych w 5-em ²⁾ doniesieniu z Kalkutty, obszerniej wypowiada KOCH na I konferencyi w sprawie cholery, odbytej w Berlinie w państwowym urzędzie zdrowia d. 29. VII. 1884 r. ³⁾ pod przewodnictwem VIRCHOW'a. [D. c. n.].

¹⁾ Choleraberichte aus Egypten und Indien, vom Geh. Regierungsrath D-r¹ ROBERT KOCH Dent. Vierteljahrsch. f. öff. Gesundheitspflege. T. 17. z r. 1884. str. 493.

²⁾ L. c. str. 508.

³⁾ Conferenz zur Erörterung der Cholerafrage. Berl. klin. Woch. 1884. str. 477, 493, 509, i Ref. MAYZLA w Gaz. Lek. 1884. str. 663 i 686.

CZWARTY ZJAZD CHIRURGÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 31].

WEHR mówi: „O przerzutach raka przez zetknięcie“. Sam on spostrzegł przypadek raka tylnej wargi macicy, w którym wystąpił przerzut na tylnej ścianie pochwy, o 2 ctm. odległy od pierwotnego ogniska. Wykład swój uzupełnia prelegent demonstracją preparatów mikroskopowych.

KRYŃSKI mówi „o tworach w komórkach z rozmaitych postaci wola“. Na przecięciu wola znajdujemy zwykle znaczną ilość wakuol, wypełnionych płynem kleistym. Badając takie wole mikroskopowo, znajdujemy pęcherzyki, wysłane nabłonkiem słupkowym i zawierające w sobie masy kleiste z wakuolami. Wakuole te powstają prawdopodobnie wskutek traktowania preparatów płynami stwardniającymi; zawierają one w sobie pewne twory owalne lub kuliste, często mocno się barwiące. Twory te częściej się spotyka w wolach bardziej zwyrodnionych i nigdy ich prelegent nie widział w komórkach, wyścielających pęcherzyki. Często twory te posiadają podwójną konturowość i to je zbliża do tworów, opisanych przez prof. BROWICZA. O etylogii tych tworów prelegent nie może jeszcze nic pewnego powiedzieć.

W dyskusji nad temi trzema odczytami WEHR godzi się na to, że bakteryje, spotykane we wrzodziejących rakach nie mogą być uważane za specyficzne. Trudno jednakże opędzić się myśli o pasorzytniczem pochodzeniu raków, gdy wszystkie fakty kliniczne na korzyść tegoż przemawiają. Nieznajdowanie protozoów w niektórych przypadkach, ich ilość i różnorodność nie przemawiają jeszcze tak bardzo przeciwko teorii pasorzytniczej.

KRYŃSKI podziela pogląd prof. BROWICZA, że opisane przez niego twory nie stanowią przyczyny raka, nie mniej przeto nie może się zgodzić na twierdzenie, by wszystkie one miały być objawami zwyrodnienia komórek. Twory te barwią się bardzo mocno, zawierają przeto więcej chromatyny, niż komórki. K. przypuszcza, że są to saprofity, t. j. niższe protozoa, nie mające znaczenia etylogicznego, a tylko korzystające z dobrej odżywki. Co do samej pasorzytniczej teorii raka, nie jeszcze powiedzieć nie można. W każdym razie trudna przeszczepialność przeciwko tej teorii nie przemawia.

DROBNIK zwraca uwagę na to, że zabierając się do tego rodzaju pracy, trzeba być dobrym zoologiem. Niedokładna znajomość wszystkich niższych gatunków prowadzi tylko do większego zagmatwania sprawy.

Prof. RYDYGIER jest przeciwny uznawaniu znajdujących w rakach tworów za specyficzne dla nich, ponieważ prof. Browicz także same twory znajdował przy zupełnie innych sprawach.

Dyskusyję zakończył prof. Browicz przemówieniem, że twierdzenie swe oparł na bardzo długich i dokładnych poszukiwaniach. Badając krew, znajdował w niej także twory degeneracyjne, zupełnie podobne do pasorzytów.

Z kolei prof. JAKUBOWSKI zabrał głos „o raku nerki u dzieci“, demonstrując jednocześnie preparat ze spostrzeganego przez siebie przypadku. Przypadek ten dotyczył 11-miesięcznego dziecka, które przed 6 miesiącami zaczęło chudnąć. Przy badaniu znajdowano w brzuchu guz, miejscami twardy, miejscami zaś chęłbocący. Dziecko zmarło z wyniszczenia. Prof. J. na kilkanaście tysięcy chorych dzieci spostrzegł zaledwie dwa takie przypadki. Do charakterystycznych objawów raka nerki u dzieci zalicza: krwawy moc, chudnięcie i guz. Ponieważ nowotwór zajmuje zwykle jedną nerkę, przeto wcześniej wykonana operacja powinna dać dobre wyniki.

BOGDANIK mówi „o martwinie fosforowej“, opierając się na kilku swych spostrzeżeniach, dotyczących robotników z fabryki zapalek w Białej. Prelegent rozróżnia dwie postaci cierpienia, z których jedna rozpoczyna się od okostnej,

druga od zębów. Przyczynę cierpienia stanowią wyziewy fosforowe. Cierpienie dotyczy zwykle szczęki dolnej, chociaż i górna niekiedy mu podlega. B. jest przeciwny leczeniu wyczekującemu i silnie zaleca całkowite wyluszczenie szczęki dolnej bez względu na rozległość sprawy. Wniosek ten stawia na mocy własnego doświadczenia, z którego wypada, że sprawa, rozpoczynając się na jednej stronie, szybko przechodzi na drugą, pomimo natychmiastowego wycięcia części chorej. Przytem żucie i mowa bywały lepsze w tych przypadkach, w których szczękę dolną usuwano całkowicie, aniżeli w tych, w których część jej pozostawiano. Prelegent opisuje kilka operowanych przez siebie w ten sposób przypadków [raz obok wyluszczenia szczęki dolnej wykonał resekcję górnej] i demonstrowuje odpowiednie preparaty. W końcu przemówienia prelegent rozpatruje warunki, w jakich fabrykacja zapalek najbardziej usposabia do omawianego cierpienia. Najszkodliwszem tu jest maczanie patyczków w masie fosforowej. Do rozpuszczania tej masy używają często rozgrzanego kleju, co sprzyja parowaniu fosforu, a zatem ułatwia zatrucie. Poza tem robotnicy zwykle ubrania oddzielnego do zajęć swych nie mają, a nawet jedzą i śpią w fabryce. Prelegent żąda od władz sanitarnych odpowiednich przepisów, któreby mogły te warunki zmienić.

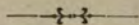
W dyskusyi, którą rozpoczęto posiedzenie popołudniowe, prof. OBALIŃSKI uważa martwinę fosforową za cierpienie dość częste w Galicyi. Sam dawniej w tego rodzaju przypadkach długo zachowywał się wyczekująco, dziś jednakże zgadza się z poglądami BOGDAŃNIKA, dawniej jeszcze wyrażonemi przez profesora RYDYGIERA w specjalnej rozprawie, by operować wcześniej i nie narażać chorych napróżno na niezdolność bóle i gorączkę trwającą. Sprawa nekrotyczna idzie tu prędzej, aniżeli możnaby sądzić z badania powierzchniowego. Po wyluszczeniu szczęki dolnej wytwarza się z okostnej rodzaj stwardnienia; nowopowstała w ten sposób szczęka szybko dochodzi do dobrej funkcji.

SZYMKIEWICZ zwraca uwagę na to, że po resekcjach szczęk wówczas dopiero chirurgowie odsyłają chorych do dentystów, gdy się potworzyły blizny, uniemożliwiające założenie jakiegokolwiek bądź aparatu. Otóż radzi on, by przedstawiać chorych dentystom jeszcze przed operacją, by ci ostatni mogli wcześniej zdjąć sobie odlewy. Protezę należy zakładać zaraz po operacyi.

Prof. OBALIŃSKI nie może się na to zgodzić, ponieważ stosunki tak są zwykle przed operacją zmienione, że żaden odcisk, zdjęty w tym czasie, nie może mieć znaczenia. Toteż radzi tylko posyłać chorych wcześniej po operacyi do modelowania.

SZYMKIEWICZ odpowiada, że bez względu na to, co skłania do resekcyi, lepiej jest zawsze zrobić model wcześniej. Przed operacją łatwiejszy jest dostęp i łatwiej model robić. [D. n.]

Wiadomości terapeutyczne.



23. Salolium camphoratum et camphora salicylica. Salol kamforowy i salicylan kamfory, dwa nowe związki antyseptyczne w terapii.

1) Jeżeli jeden równoważnik kamfory zmoczonej kilku kroplami spirytusu i jeden równoważnik salolu, czyli na wagę jedną część kamfory i jedną i cztery dziesiąte [1,4] części salolu będzie my rozcierali w moździerzu porcelanowym, to w przeciągu kilku minut krystaliczna masa zamieni się na płyn przezroczysty, który jest chemicznem połączeniem salolu z kamforą $[C_{10}H_{14}O.C_{13}H_{10}O_3]$. Płynne to połączenie kamforosalolowe jest, jak tego dowiodły badania kolegów R. JASIŃSKIEGO i A. ELSENBERGA, oraz moje własne, wybornym środkiem przeciwko czyrakom (*furunculosis*) i wrzodom specyficznym (*ulcera molle—durum et phagedaenicum*). Środek ten nie sprawia najmniejszego bólu ani też podrażnienia.

U w a g a. W celu uniknięcia opatrunków, zalecam użycie płynu kamforosalolowego z dodatkiem *collodii*, które się miesza w każdym stosunku z powyższym płynem i po ulotnieniu eteru, pozostawia na ranie cienką warstwę ochronną.

W podobny sposób, jak połączenie kamfory z salolem, otrzymał p. LEGER (*Compt. Rend.* Tom 111, str. 109) połączenie kamfory z kwasem salicylowym, biorąc na dwa równoważniki kamfory jeden równoważnik kwasu salicylowego. Połączenie to jest ciałem stałym, krystalicznym, topiącym się przy 143° C.. Z *collodium* miesza się związek kamforosalicylowy w stosunku dwóch części na jedną część kwasu kamforosalicylowego.

Środek ten działa w podobny sposób jak i związek kamforosalicylowy, jest tylko, zwłaszcza przy użyciu w proszku, nieco drażniący — w tej ostatniej postaci zalecany bywa ze skutkiem przy nagniotkach (*tyloma*).

Leon Nencki.

2) Prawie od lat dwu stosuję salol kamforowy przy różnych zmianach chorobowych skóry. Okazał się on jako środek nieżrący i bólów nie wywołuje, jak sam salol, a działa bardzo energicznie w dwu zwłaszcza stanach chorobowych: 1-o przy czyrakach i wąglkach, 2-o przy owrzodzeniach fagedenicznych.

Co do czyraków i wąglików, to, stosując salol kamforowy przy wielu stanach chorobowych, i przy czyrakach go zastosowałem, nie przypuszczając jednak *a priori*, by wiele mógł wpłynąć na ograniczenie tej sprawy. Tymczasem ku wielkiemu memu zdziwieniu po upływie 24 godzin tak znaczne zmiany ku lepszemu znalazłem, że następnie już wraz z kol. JASIŃSKIM wszystkie czyraki i wągliki tak w szpitalu jak i w praktyce prywatnej tylko salolem kamforowym leczylimy.

Wpływ salolu kamforowego na czyraki ujawnia się już po upływie 12—24 godzin. Gdy czyrak jeszcze nie uległ zropieniu i tylko posiada na swym wierzchołku mały pęcherzyk z mętną, ropną zawartością, pod salolem kamforowym po upływie tego czasu:

1-o przestaje być bolesnym,

2-o wielkość jego się zmniejsza znacznie, nawet i do połowy,

3-o ustępuje czerwonosć, i nasięk skóry czyrak otaczającej, a sam czyrak przybiera barwę jasno-siną.

4-o Przy dalszem stosowaniu tego środka, czyrak najczęściej już nie ulega zropieniu, lecz stopniowo się zmniejsza i ginie.

Szczepiona zawartość pęcherzyka wierzchołkowego na czyraku, lub też cząstka nasięku, po przecięciu czyraka jeszcze niezropiałego daje na agarze czystą hodowlę, bardzo bujną *staphylococcus aureus*. Po podziałaniu zaś dłuższem salolu kamforowego [24 godzin] szczepienia tych samych części czyraka albo wcale hodowli tego pasorzyta nie dają, albo też nieliczne tylko jego kolonije.

Jeżeli czyrak już ropieć zaczyna, tak, że czop zmartwiałej tkanki i trochę ropy wycisnąć się daje, to i wtedy po usunięciu czopa stosowany salol kamforowy wpływa na czyraki w ten sam sposób, jak i powyżej, mianowicie, szybko znosi ból, przekrwienie, ropienie, i czyrak wkrótce ginie, pozostawiając po sobie na czas jakiś ciemno-fioletowe zabarwienie i niewielki, dosyć twardy, lecz elastyczny i niebolesny guziczek.

W podobny sposób działa salol kamforowy i przy wągliku.

Stosujemy go zwykle *per se* w sposób następujący: należy obnażyć wierzchołek czyraka, a przy wągliku, niekiedy dobrze jest zrobić kilka nacięć niegłębokich, by ułatwić przenikanie leku wgłąb nasięków, następnie tamponikiem waty higroskopijnej, zmoczoną obficie w salolu kamforowym, pokrywa się czyraka i jego przekrwiony obwód, na tampon zaś, nieco większy kawałek ce-ratki kauczukowej kładziemy i opaską umocowujemy.

Pomyślnie także wpływa salol kamforowy na oczyszczenie rozpadowych, fagedenicznych owrzodzeń prąca. Sadłowaty nalot dna i brzegów podminowanych, w przeciągu, dni kilku lub kilkunastu oddziela się, a miejsce jego zajmuje zdrowa ziarnina. Takich spostrzeżeń jednak miałem niewiele; owrzodzenia bowiem fagedeniczne na prąciu dziś do rzadkości zaliczyć można. Salol kamforowy stosowałem na nie w ten sam sposób jak i na czyraki; niekiedy jednak sprawiał on lekki ból i palenie, w takim razie salol kamforowy, na wpół z wazeliną zmieszany, stosowałem na owrzodzenia.

A. Elsberg.