



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

BIBLIOTEKA  
UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.  
(Wydanie Redakcyi Gazety Lekarskiej).

---

NAUKA  
O CHOROBACH DZIECI  
(PAEDIATRIA)

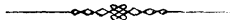
PODŁUG

Dziela Prof. D-ra Alfreda Vogel'a „Lehrbuch der Kinderkrankheiten”

OPRACOWAŁ

Dr Feliks Sommer

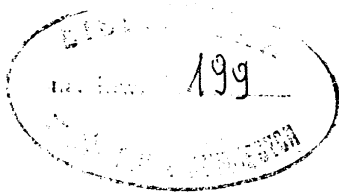
LEKARZ ORDYNUJĄCY W ODDZIALE NIEMOWLĄT W SZPITALU DZIECIĄTKA  
JEZUS W WARSZAWIE.



WARSZAWA.  
W drukarni Gazety Lekarskiej.  
Ulica Śto-Krzyżka Nr. 1343 (nowy 9).

—  
1873.





# SPIS RZECZY.

## I. CZĘŚĆ OGÓLNA.

### ROZDZIAŁ I.

*Strona.*

Fizjologiczno-anatomiczne uwagi nad ustrojem dziecięcym.

#### A. Oddychanie i krążenie.

Przewód żylny Arancyusza . . . . .	1
Przewód tętniczy Botalla. . . . .	2
Otwór owalny . . . . .	—
Tętnice pępkowe . . . . .	4
Grasica. . . . .	—

#### B. Wydzieliny.

Smółka. . . . .	5
Złogi kwasu moczowego w nerkach. . . . .	6
Wydzieliny skórne . . . . .	—

#### C. Wzrastanie.

Ogólne wzrastanie dzieci. . . . .	7
Ciemniaczka . . . . .	8
Zębowanie . . . . .	11

### ROZDZIAŁ II.

Ogólne prawidła przy badaniu dzieci . . . . .	14
Badanie tętna . . . . .	17
Badanie narządów klatki piersiowej. . . . .	18
Badanie narządów jamy brzusznej . . . . .	24
Krzyk i kaszel. . . . .	25

### ROZDZIAŁ III.

Żywienie i pielęgnowanie dzieci . . . . .	29
Wybór mamki. . . . .	31
Własności fizyczne i chemiczne mleka . . . . .	33
Zmiany fizjologiczne mleka kobiecego . . . . .	39
Odlączenie dziecka od piersi . . . . .	49



	<i>Strona.</i>
Sztuczne karmienie . . . . .	50
Oczyszczanie dzieci . . . . .	55
Odziwanie dzieci, mieszkanie . . . . .	56

#### ROZDZIAŁ IV.

Ogólne uwagi nad oznaczeniem rodzaju choroby, o przyczynach, trwaniu i przebiegu chorób, rokowanie w chorobach i leczenie chorych dzieci . . . . .	57
Rozpoznawanie chorób u dzieci . . . . .	—
Przyczyny . . . . .	—
Trwanie i przebieg . . . . .	59
Rokowanie. . . . .	—
Leczenie . . . . .	60

### II. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA.

#### ROZDZIAŁ I.

Choroby noworodków powstające w skutek porodu lub wkrótce po takowym . . . . .	68
1) Pozorna śmierć noworodków . . . . .	69
2) Niedokładne rozszerzenie się płuc. . . . .	76
3) Wybroczyna nagłówna u noworodków . . . . .	79
4) Nagłowie u noworodków . . . . .	85
5) Choroby pępka . . . . .	86
a) Zapalenie tętnic pępkowych . . . . .	87
b) Zapalenie żyły pępkowej . . . . .	88
c) Śluzotok i owrzodzenie pępka . . . . .	90
d) Zgorzel pępka . . . . .	—
e) Wrzodziejąca ziarnina pępka . . . . .	91
f) Krwawienie z pępka . . . . .	92
g) Przepuklina pępkowa . . . . .	93
6) Szczękościsk i tężec noworodków . . . . .	95
7) Stwardnienie powłoki zewnętrznej ( <i>scleroma</i> ). . . . .	99
8) Czernica noworodków . . . . .	193
9) Żółtaczka noworodków . . . . .	107

#### ROZDZIAŁ II.

Choroby układu trawienia.

##### A. Jama ustna.

1) Wargę zajęcza i wilcza paszcza . . . . .	113
2) Zwężenie ustnej szpary . . . . .	116
3) Wady rozwoju języka. . . . .	—
4) Rozrost i wysunięcie języka . . . . .	—
5) Nieprawidłowe przyrośnięcie języka . . . . .	117
6) Żabka . . . . .	118
7) Zapalenie nieżytowe w jamie ustnej . . . . .	119
8) Zapalenie błonicowe jamy ustnej. . . . .	121

9)	Dzięzna . . . . .	125
10)	Zapalenie gnilcowe błony śluzowej jamy ustnej . . . . .	128
11)	Zgorzel policzka . . . . .	120
12)	Pleśniawki ( <i>soor</i> ) . . . . .	131
	Znaczenie obłożenia języka . . . . .	140
	Powikłania podczas ząbkowania . . . . .	—

## B. Gruczoł przyuszny.

1)	Zapalenie gruczołu przyusznego . . . . .	147
	a) Zapalenie samoistne . . . . .	—
	b) Zapalenie następcze . . . . .	668
	c) Zapalenie przerzutowe . . . . .	669
2)	( Rozrost gruczołu przyusznego . . . . .	670

## C. Połyk i przełyk.

1)	Mięsaszowe zapalenie migdałków . . . . .	150
2)	Rozrost migdałków . . . . .	158
3)	Ropień tylnopółkowy . . . . .	154
4)	Zapalenie przełyku . . . . .	159
5)	Wrodzona przetoka szyi . . . . .	—

## D. Żołądek i kiszki.

1)	Najważniejsze objawy przy chorobach żołądka i kiszek . . . . .	159
	a) Niestrawność . . . . .	160
	b) Wilczy apetyt . . . . .	163
	c) Wymioty . . . . .	164
	d) Wietrznica ( <i>flatulentia</i> ) i kolka brzuszna ( <i>colica abdominalis</i> ) . . . . .	166
	e) Biegunka ( <i>diarrhoea</i> ) . . . . .	170
	f) Zatrzymanie wypróżnień stolcowych . . . . .	173
2)	Nieżyt żołądka . . . . .	175
3)	Zapalenie żołądka spowodowane trucznymi . . . . .	176
4)	Wrzód żołądka . . . . .	178
5)	Krwawiące nadżarcie żołądka . . . . .	179
6)	Nieżyt kiszek . . . . .	185
7)	Zapalenie torebkowe kiszek i wiąd kryzkowy . . . . .	193
8)	Czerwonka . . . . .	197
9)	Wpochwienie kiszki . . . . .	200
10)	Przepuklina pachwinowa . . . . .	202
11)	Spekanie odbytu . . . . .	204
12)	Polipy odbytnicy . . . . .	205
13)	Wypadnięcie odbytu . . . . .	—
14)	Wady w rozwoju odbytnicy i odbytu . . . . .	207
	a) Zwężenie odbytnicy . . . . .	—
	b) Brak otworu stolcowego . . . . .	208
15)	Choroby zaraźliwe z przeważnym umiejscowieniem się w przewodzie pokarmowym . . . . .	—
	a) Durzyca trzewowa brzuszna . . . . .	—

	<i>Strona.</i>
b) Cholera azyatycka . . . . .	227
16) Czerwliwość ( <i>helminthiasis</i> ) . . . . .	232
<b>E. Wątroba . . . . .</b>	<b>239</b>
1) Wady rozwoju . . . . .	240
2) Stłuszczenie . . . . .	—
3) Zapalenie przymiotne . . . . .	242
<b>F. Śledziona . . . . .</b>	<b>243</b>
Ziwnica . . . . .	244
<b>G. Otrzewna.</b>	
1) Ostre i przewlekłe zapalenie . . . . .	246
2) Wodostek w jamie brzusznej . . . . .	252
3) Zmiany chorobne gruczołów kryzkowych . . . . .	254

### ROZDZIAŁ III.

#### Choroby narządu oddychania.

<b>A. Jamy nosowe.</b>	
1) Krwawienie z nosa . . . . .	256
2) Nieżyt nosa . . . . .	257
3) Nowotwory w nosie . . . . .	259
4) Ciała obce wnikle do jam nosowych . . . . .	260
<b>B. Krtani i tchawica.</b>	
1) Nieżyt krtani . . . . .	261
2) Dławiec . . . . .	263
3) Nerwowe choroby krtani . . . . .	281
a) Kurcz głośni . . . . .	—
b) Bezwład głośni . . . . .	288
<b>C. Gruczoł tarczowy.</b>	
Wol . . . . .	289
<b>D. Grasica . . . . .</b>	<b>291</b>
<b>E. Płuca.</b>	
1) Nieżyt oskrzeli . . . . .	292
2) Zapalenie płatkowe i płatowe płuc . . . . .	300
3) Zmniejszenie pojemności pęcherzyków płuc nabyte	309
4) Rozedma płuc . . . . .	313
5) Obrzęk płuc . . . . .	315
6) Krwotoki narzędzi oddychania . . . . .	317
7) Zawał krwawy płuc . . . . .	318
8) Zgorzel płuc . . . . .	320
9) Gruźlica płuc i zmiany przy niej zachodzące w gru-	
czołach oskrzelowych; gruźlica tychże . . . . .	322
10) Rak płuc i przedniego śródpiersia . . . . .	332
11) Krtusiec . . . . .	333
12) Perjodyczny kaszel nocny . . . . .	347

**F. Opłucna.**

- |  |     |
|--|-----|
| 1) Zapalenie opłucnej. . . . .                           | 348 |
| 2) Zebranie płynu surowiczego w jamie opłucnej . . . . . | 355 |

**ROZDZIAŁ IV.****Choroby narządu krwi krążenia.****A. Serce i pnie naczyniowe.**

- |  |     |
|--|-----|
| 1) Wrodzone nieprawidłowości . . . . .                       | 358 |
| 2) Zapalenie wsierdzia, osierdzia i ostro gościece . . . . . | 365 |
| 3) Puchlina osierdzia . . . . .                              | 374 |

**B. Tętnice i żyły.**

- |  |     |
|--|-----|
| 1) Guz rozprężny . . . . .                     | 378 |
| 2) Zakrzepy w zatokach opony twardej . . . . . | —   |

**ROZDZIAŁ V.****Choroby układu nerwowego.****Mózg.**

- |  |     |
|--|-----|
| 1) Ostra wewnętrzna wodna puchlina mózgu . . . . . | 380 |
| 2) Zapalenie opon mózgowych i mózgu . . . . .      | 400 |
| 3) Przepalenie głowy od słońca. . . . .            | 403 |
| 4) Hydrocephaloid i podrażnienie mózgu . . . . .   | 404 |
| 5) Przewlekła wodna puchlina mózgu . . . . .       | 206 |
| 6) Przepuklina mózgu wrodzona. . . . .             | 412 |
| 7) Stwardnienie mózgu . . . . .                    | 414 |
| 8) Nowotwory mózgu . . . . .                       | 415 |
| a) Gruźelki . . . . .                              | —   |
| b) Rak . . . . .                                   | 417 |
| c) Pasożyty . . . . .                              | —   |
| 9) Wrodzone wady rozwoju . . . . .                 | 417 |

**B. Rdzeń kręgowy.**

- |   |     |
|---|-----|
| 1) Zapalenie rdzenia i jego opon . . . . .    | 420 |
| 2) Rozszczepianie rdzenia kręgowego . . . . . | 424 |

**C. Zboczenia w przewodnictwie nerwów.**

- |                               |     |
|-------------------------------|-----|
| 1) Drgawki. . . . .           | 428 |
| 2) Porażenie . . . . .        | 436 |
| 3) Płasawica mała. . . . .    | 441 |
| 4) Płasawica wielka . . . . . | 450 |
| 5) Padaczka . . . . .         | 453 |

**Dodatek.**

- |                            |     |
|----------------------------|-----|
| Choroby umysłowe . . . . . | 460 |
|----------------------------|-----|

**D. Wyższe narządy zmysłowe.**

- |  |     |
|--|-----|
| I. Zmysł wzroku . . . . .              | 467 |
| 1) Wrodzona fałda kąta oka . . . . .   | 467 |
| 2) Cyclopia . . . . .                  | 468 |
| 3) Wady rozwojowe wnętrza oka. . . . . | —   |

## II. Zmysł słuchu.

1) Wady rozwojowe narządu słuchowego . . . . .	468
a) Brak muszli usznej . . . . .	471
b) Zarośnięcie przewodu słuchowego ze- wewnętrznego . . . . .	472
2) Proste zapalenie przewodu słuchowego ze- wewnętrznego . . . . .	473
3) Ropnie w przewodzie słuchowym . . . . .	476
4) Zapalenie ucha wewnętrznego . . . . .	478
a) Nieżyt ucha wewnętrznego . . . . .	—
b) Zapalenie okostnej ucha środkowego . . . . .	479
5) Ciała obce w uchu . . . . .	484

## ROZDZIAŁ VI.

## Choroby narządu moczopłciowego.

## A. Nerki.

1) Wady rozwojowe nerek . . . . .	487
2) Zawał moczowy u noworodków . . . . .	—
3) Zapalenie mięszone nerek . . . . .	489
4) Kamienie nerkowe, gruźliki, rak i torbiele w nerkach	494

## B. Pęcherz moczowy.

1) Wady rozwoju . . . . .	496
2) Nieżyt pęcherza moczowego . . . . .	499
3) Mimowolne nocne odpływanie moczu . . . . .	501
4) Zatrzymanie moczu . . . . .	504
5) Kamienie w pęcherzu moczowym . . . . .	505

## C. Choroby narządu płciowego męskiego.

## I. Prącie

1) Wady rozwojowe . . . . .	507
2) Zapalenie napletka . . . . .	510
3) Nabyty załupek . . . . .	511
4) Samogwałt . . . . .	512

## II. Jądra.

1) Niezsunięcie się jąder do moszen . . . . .	514
2) Wodna puchlina jądra . . . . .	516

## D. Części płciowe żeńskie.

1) Wady rozwojowe . . . . .	519
2) Nieżyt części płciowych . . . . .	520
3) Błonica i zgorzel części płciowych żeńskich . . . . .	523
4) Krwotok z pochwy . . . . .	525
5) Obrzmienie i zapalenie gruczołów sutkowych . . . . .	—

## ROZDZIAŁ VII.

## Choroby skóry.

1)	Płonica . . . . .	539
2)	Odra. . . . .	542
3)	Rubeola. . . . .	555
4)	Ospa ( <i>variola vera</i> ) . . . . .	556
	Szczepienie. . . . .	561
5)	Ospa złagodzona i wietrzna ( <i>variolois et varicella</i> ). . . . .	567
6)	Różyca u noworodków . . . . .	572
7)	Wyprzałość. . . . .	573
8)	Róża . . . . .	574
9)	Pokrzywka . . . . .	575
10)	Wyprysk . . . . .	576
11)	Bąblica . . . . .	577
12)	Pryszczyca . . . . .	578
13)	Pierzchnica. . . . .	581
14)	Swędzik . . . . .	—
15)	Toczeń . . . . .	582
16)	Wrzedzionki . . . . .	584
17)	Świerzba . . . . .	585
18)	Parch . . . . .	588
19)	Wrodzone znamie (barwikowe) . . . . .	589
20)	Oparzenie . . . . .	590
21)	Odmrożenie. . . . .	591

## ROZDZIAŁ VIII.

## Zbożenia w ogólném odżywianiu i zakażenia.

1)	Krzywica . . . . .	593
2)	Gruźlica i zołzy . . . . .	609
	A. Zakażenie gruźlicze . . . . .	610
	B. Zakażenie zółzowate. . . . .	615
	a) Skóra . . . . .	617
	b) Błony śluzowe i narządy zmysłów . . . . .	—
	c) Gruczoły chłonicze i tkanka podskórna . . . . .	622
	d) Kości . . . . .	625
	e) Stawy . . . . .	641
	Ogólne wskazówki przy leczeniu gruźlicy i zółzów . . . . .	655
3)	Przymiot dziedziczny . . . . .	659

## SPROSTOWANIE OMYŁEK.

<i>Strona</i>	<i>wiersz</i>	<i>zamiast</i>	<i>powinno być</i>
7	8 od dołu	gruczły	gruczoly
10	9 od góry	zmniejszało	zmniejsza
15	11 od dołu	rzeczowych	rzeczonych
19	19 od góry	ilość	ilości
21	24 —	dziecię	dzieci
22	25 —	znacznej	znacznych
22	26 —	granicy	grasicy
22	28 —	zapomocą	za pomocą
26	24 —	w	u
29	11 —	dy	gdy
39	10 od dołu	śluzów	śluzowych
50	4 od góry	wucza	wyucza
56	8 od dołu	zaniską	za niską
62	11 od góry	oddechania	oddychania
69	12 —	apoplexia,	apoplexia
71	16 —	zawartwicy	zamartwicy
73	10 —	ciśnienie	ciśnienie
75	16 —	wniknąwszy	wniknąwszy
—	6 od dołu	się	się
76	15 od góry	oddechania	oddychania
76	16 —	czyności	czynności
77	3 —	miąszu	miąższu
83	28 —	smugowanie	smugowanie
88	4 —	blada	blado
96	17 —	gnanny	gujany
100	8 —	stwardnie	stwardnienie
—	15 —	przypadowy	przypadkowy
104	5 —	tego i	tego jest
—	6 —	pojedynczym	pojedynczym
108	3 —	pojawiają	pojawiając
—	— —	u	w
126	1 —	przebiegem	przebiegiem
146	27 —	częściach	częściach
—	28 —	te	to
—	33 —	czerwowój	czerwonej
147	16 —	Napotykania bywa	Zdarza się
148	10 —	następuje to	następuje
157	3 —	Zapalenie	4) Zapalenie
172	18 —	narmalnych	normalnych
184	19 —	z doświadczeń on z	on z doświadczeń
189	21 —	zwłaszcza	zwłaszcza
211	14 —	A	a)
214	6 —	przyjąć	przyjąć
—	18 —	w przebiegu	przebiegu
218	5 —	trudno	trudne
219	19 —	znajdowały	znajdowała
227	8 —	15.	b)
238	2 od dołu	dziedzięciu	dziecięciu
238	1 —	biegun	biegunki
240	12 —	pozostającą	pozostającą
241	24 od góry	czerwone	czerwone
247	5 —	narządziej	najrzadziej
249	4 —	wyzdrowienie	wyzdrowienie

<i>Strona</i>	<i>wiersz</i>	<i>zamiast</i>	<i>powinno być</i>
250	12 od góry	si	się
251	20 —	narządów	narządów
257	6 —	krwawiena	krwawienia
261	13 —	Nieżyłt	1) Nieżyt
263	14 —	Dławieć	2) Dławiec
267	8 od dołu	pozostaje	pozostaje
269	16 od góry	przechylają	przechyla
270	28 —	objawy	objawy
295	2 —	objawym	objawem
301	2 od dołu	sto	stwo
315	5 —	stosunkowowo	stosunkowo
321	14 —	—	sześciu
322	4 od góry	Leczenie gdzie	Leczenie. Gdzie
328	13 od dołu	pnami	pniami
329	19 —	oddechanie	oddechanie
—	4 —	ksztuścowych	krztuścowych
330	2 od góry	yośrednie	pośrednie
—	14 —	wyksztuszeniu	wykrztuszeniu
—	3 od dołu	paznokieć	paznogieć
331	2 —	najmniejszem	najmniejszym
332	10 —	rozrasta	rozrasta się
—	2 —	uciśniętychi	uciśniętych i
—	1 —	zężeniami	rżężeniami
333	9 od góry	curcinoma	carcinoma
—	13 —	przesiąki	przesięki
—	2 od dołu	ksztuśca	krztuśca
334	1 od góry	Catarrhale	catarrhale
335	3 —	ksztuścowych	krztuścowych
—	23 —	Bouchut	Bouchut
339	25 —	nakrzykład	naprzykład
340	1 od dołu	przynamniej	przynajmniej
342	2 od góry	porzebne	potrzebne
344	10 od dołu	przynoszą	przynosi
346	1 od góry	pokrywa	pokonywa
347	11 —	alo	jednakże
348	2 —	zatrzymanie się	przyczichnięcie
349	29 —	gorączka	gorączką
350	23 —	nerwów	nerwów
—	4 od dołu	Na tomiast	Natomiast
—	3 —	zupalnej.	zapalnej,
351	8 od góry	wówczas	wówczas
—	17 —	odbrzmiewają.	odbrzmiewają —
—	23 —	drzenie	drzenie
352	10 —	benbenkowy	bębenkowy
353	10 —	powsa tjące	powstające
354	13 —	przeciwf zupalnie	przeciwzapalnie
356	16 —	stwardnie	stwardnienie
—	3 od dołu	jąk	jak
359	4 od góry	Nalepsze	Najlepsze
360	26 —	Botaall'a	Botall'a
361	8 —	i sthums	isthmus
365	22 —	stępują,	,
367	13 —	lekkim	lekkim
370	6 —	zapalenia wsierdzia	zapalenia
376	26 —	rozprężonych	rozprężnych
378	19 —	dobrym	z dobrym
380	3 —	Mózg	A) Mózg
381	12 —	zaś	raz
389	19 —	lekka •	z lekka



<i>Strona</i>	<i>wiersz</i>	<i>zamiast</i>	<i>powinno być</i>
399	6 od góry	do wnikięcia	wnikięcie
407	10 od dołu	powstaje	pozostaje
408	13 —	politycowej	potylicowej
—	20 —	ilość	ilości
410	7 —	te	też
415	6 —	nowotwou	nowotworu
422	9 —	rozszepaniem	rozszczepaniem
—	4 —	zawse	zawsze
424	7 —	wyrpklenia	wypuklenia
427	19 od góry	istnienia	istnieją
428	1 —	rozszepanie	rozszczepanie
435	14 od dołu	rozpuszonego	rozpuszczonego
441	8 od góry	2) Mała	3) Mała
442	8 —	wykrzewienia	wykrzywienia
447	23 —	nacyniowego	naczyniowego
451	2 od dołu	chrroby	choroby
462	15 od góry	lekarkie	lekarskie
467	20 —	1. Wyższe	D. Wyższe
469	6 —	skierowunym	skierowanym
469	6 od dołu	Dieci	Dzieci
497	15 od góry	przyrosek	przyrostek
502	16 —	trousseau	Trousseau
506	23 —	najsilniejszym	najsilniejszym
508	9 —	śludu	śladu
—	10 —	pozostaje	powstaje
510	1 od dołu	utrymaniu	utrzymaniu
523	5 —	błon	takiego pokładu
528	2 —	pomnożone	pomnożoną
531	9 od góry	słabą	słabną
585	20 —	przeciwném	przeciwym
487	16 —	pojedynczyczej	pojedynczej
—	20 —	kryżowej	krzyżowej
489	14 —	pana	przez
486	24 —	upodobtnia	upodobania
487	9 od dołu	pewodu	powodu
599	11 od góry	stnu	stanu
606	8 od dołu	chygieniczno	hygieniczno
607	5 —	niepomyślnych	niepomyślnych
608	16 od góry	zaleca	zalecano
612	11 —	zwykle	zwykle
—	19 —	zostoje	zostaje
—	11 od dołu	dojrzetemi	dojrzałemi
—	8 —	tylo	tylko
—	5 —	pochozi	pochodzi
613	10 od góry	oskzelowych	oskrzelowych
617	7 —	pryszczym	pryszczycza
637	7 od dołu	takanki	tkanki
644	1 od góry	nastąi	nastąpi
645	6 —	zniekształniem	zniekształtnieniem
650	1 od dołu	rdeszczów	dreszczów
651	1 od góry	okrosie	okresie
—	8 od dołu	i	ki
656	5 —	zimniej	zimnej
662	18 —	pieci	dzieci
663	14 —	dosięgną gkość	dosięgnąć kości
664	7 —	owrządzeniu	owrzodzeniu
670	1 od góry	istniącą	istniejącą
671	9 od dołu	pemyślne	pomyślne
—	6 —	przysznym	przyszynym

# NAUKA

## CHOROBACH DZIECI.

(PAEDIATRIA <sup>1)</sup>)

### 1. Część ogólna.

#### ROZDZIAŁ I.

#### Fizyologicznoanatomiczne uwagi nad ustrojem dziecięcym.

**A. Oddychanie i krążenie.** Najpierwszą noworodka czynnością jest wzięcie powietrza. Bezpośrednio po porodzie ściągają się mięśnie do wdychania służące, powietrze atmosferyczne po raz pierwszy do pęcherzyków płucnych wnika. Zwiększona w skutek tego objętość płuc wywołuje zwiększenie objętości klatki, a jednocześnie wywiera ucisk na przyległe płucem narządy, mieszczące się w jamie klatki piersiowej, jak: serce, większe naczynia krwionośne, grasice oraz na narządy jamy brzusznej, skutkiem obniżania się przepony. Nagła zmiana objętości trzewiów, we wnętrzu klatki piersiowej i jamie brzusznej zawartych, zmienia stosunki krążenia w narządach, zamykając bezpośrednio lub wkrótce po porodzie następne drogi krwionośne:

1. Przewód żylny Arancyusza (*ductus venosus Arantii*), F. 1. 4. W łożysku poczyna się żyła pępkowa, (*Vena umbilicalis*) F. 1. 5, która przesunawszy się przez obrączkę pępkową pomiędzy otrzewną i mięśniami poprzecznymi brzucha, dochodzi w przedniej części rowka podłużnego lewego wątroby (*fossa longitudinalis sinistra*) do lewego końca rowka poprzecznego (*fossa transversa*). Tu dzieli się na 2 gałęzie: większa wstępuje w lewą gałąź żyły wrotnej (*vena portae*); mniejsza zaś jako przewód żylny Arancyusza wnika do żyły głównej dolnej. F. 1. 3. Przewód ten łączący żyłę pępkową z żyłą główną, dolną i z rozgałęzieniem żyły bramnej (*vena portae*),

<sup>1)</sup> Według dzieła: „*Lehrbuch der Kinderkrankheiten*“ von Prof. Vogel.

zostaje zamknięty po oddzieleniu się łożyska i wniknięciu powietrza do płuc.

2. Przewód tętniczy Botalla (*ductus arteriosus Botallii*), F. 1. 2. podczas życia płodowego stanowi połączenie tętnicy płucnej z aortą; poczyna się w miejscu rozszczepienia się pnia tej ostatniej na dwie gałęzie, bliżej jednak gałęzi lewej, a wznosząc się ukośnie w górę ku wklęsłości łuku aorty, łączy się z nim pod kątem tępym w miejscu odpowiadającym początkowi tętnicy podobojczykowej lewej na wypukłości łuku. Przeznaczeniem jego jest zmniejszenie przepływu krwi przez płuca, celem przeprowadzenia jej z prawej komórki serca do aorty. W miarę zbliżania się chwili porodu, przewód ten coraz więcej się zwęża, a natomiast grubieją gałęzie tętnicy płucnej.

Im grubszy jest przewód tętniczy Botalla, tym cieńsza jest część aorty, zawarta pomiędzy sercem a punktem połączenia się przewodu z łukiem aorty.

Działaniem mięśni oddechowych rozszerzone płuca, chłoną powietrze od zewnątrz i krew z wielkich naczyń przez rozszerzenie się zaś przewodów powietrznych rozgałęzionych w płucach, powstaje silniejszy i szybszy strumień krwi z płucnej do płuc. Tętnica płucna przestaje komunikować za pomocą przewodu tętniczego Botalla z aortą, gdyż takowy tak szybko ulega zwężeniu po porodzie, iż po upływie 24 do 26 godzin zaledwie zgłębnik przezeń przesunąć się daje.

3. Otwór owalny (*foramen ovale*). Przez utworzenie się zastawki owalnej (*valvula foraminis ovalis*), w miejscu istnienia u dorosłych dołka owalnego (*fovea ovalis*), przegroda przedsionkowa podczas życia płodowego jest przedziurawiona. Posiada on u płodu błoniastą półksiężycowatą zasłonkę, wklęsłym wolnym brzegiem ku górze skierowaną. Zasłania w części otwór owalny tak, że część krwi bezpośrednio wpływa z prawego do lewego przedsionka, a pomijając płuca zmieniają się naraz w przyrząd ssący; krew w znacznej ilości przypływa do płuc, komórka prawa rozszerza się. Strumień krwi zmienia kierunek pomijając dziurę owalną. Jakkolwiek wolny brzeg zastawki półksiężycowatej jeszcze się utrzymuje przez kilka miesięcy, jest ona o tyle rozwinięta, iż otwór owalny dostatecznie zamyka. U dzieci 8—10 miesięcznych, zwykle brzeg zastawki zupełnie się zrasta z odpowiednim brzegiem dziury owalnej.

4. Tętnice pępkowe (*art. umbilicales*) F. I. 8. są dalszym ciągiem odpowiednich tętnic podbrzusnych (*art. hypogastricae*). Grubością przewyższają one resztę gałęzi tętnicy podbrzusnej; przy pęche-

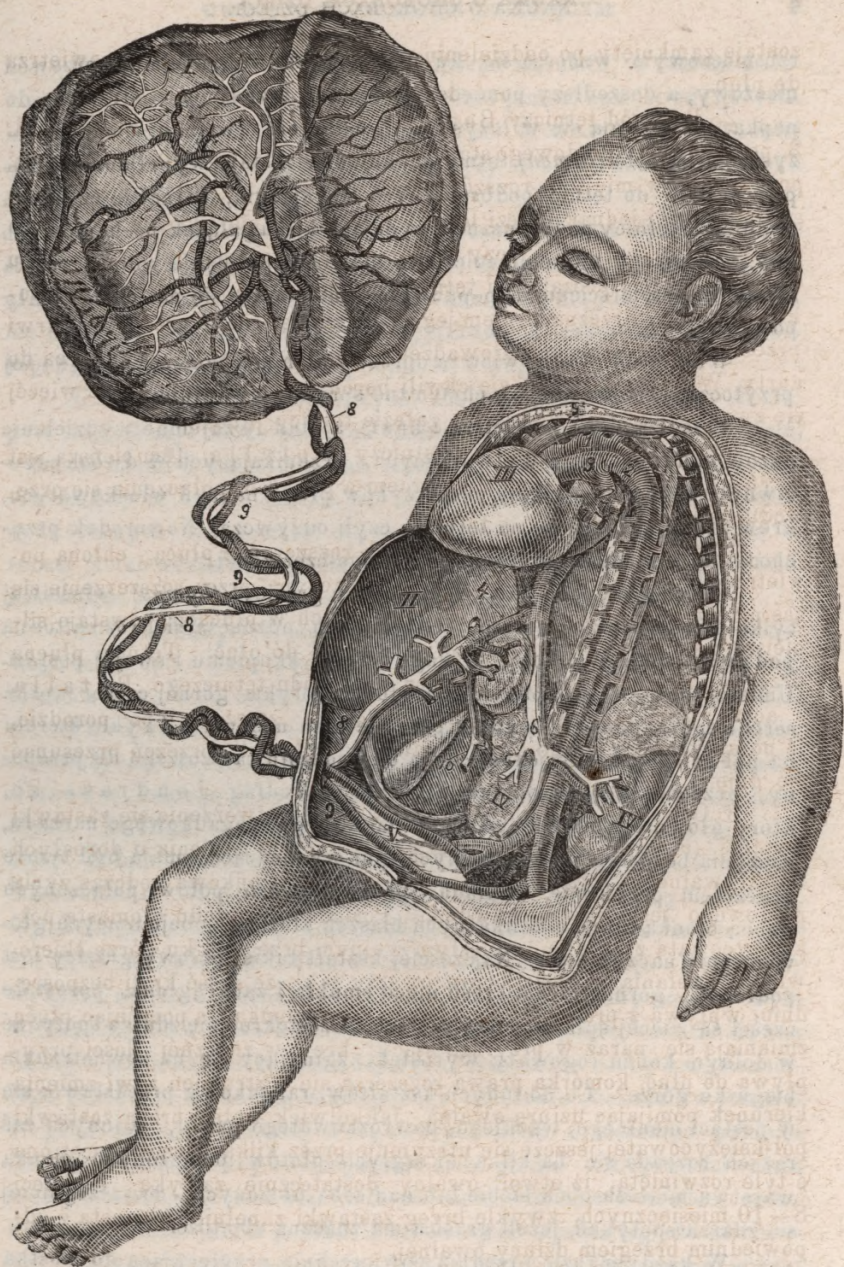


Fig. 1. Płód z łożyskiem. I. Łożysko, 2. Przewód tętniczy Botalla. 3. Tętnica płucna, 4. Przewód żylny Arancyusza, 5. Żyła główna zstępująca, 6. Żyła główna wstępująca, 7. Żyły płucne, Żyła pępkowa, 9. Tętnica pępkowa, II. Wątroba, III. Serce, IV. Nerki, V. Pęcherz moczowy.

rzez moczowym wznoszą się ku okolicy pępkowej, obejmują przewod moczowy, a doszedłszy pomiędzy mięśniami brzuszniemi i otrzewną do pępka, przesuwiają się w łożysku. Z ustaniem związku macicy z łożyskiem światło (*lumen*) tętnic pępkowych zostaje wypełnione skrzepem prawie do tętnic podbrzusnych sięgającym, jednakże część ich najbliższa tętnicy podbrzusznój, wydająca kilka gałązek pęcherzowych (*art. vesicales*), i tętnicę maciczną u niewiast, pozostaje wolną, reszta zlewa się z pierścieniem pępkowym zmieniając się na cienki biały po wrózek.

Wnikłe do płuc powietrze oprócz zmian mechanicznych powyżej przytoczonych, ważniejsze chemiczne sprawy wywołuje.

Przez zamianę powietrza i krwi, a ztąd wzajemne wydzielanie gazów skutkiem tego wytworzonych, przenikających w dwóch przeciwnych kierunkach ściany pęcherzyków płuc i naczyń włoskowatych, krew żylna zmienia się na tętniczą czyli odżywczą. Noworodek przychodzi do krwi jasno czerwonej i ciemno-czerwonej.

Obecnie wypado nam wspomnieć o grasicy (*thymus*) właściwej tylko ustrojowi dziecięcemu. Gruczoł ten odznacza się rozmaitością pod względem wielkości i wagi, stanu skupieniu i swojej postaci. Umieszczony w śródpiersiu przedniem dotyka górnej części worka sercowego w miejscu wyjścia pni wielkich naczyń. Zwykle szeroki na pół cala, niekiedy jednak sięga od gruczołu tarczowego do przepony, przechodząc szerokością 2 $\frac{1}{2}$  cale. Według J e n d r a s s i k'a, który głównie podał wyjaśnienia co do tego zagadkowego narządu, naczynia bezpośrednio z głównych pni wychodzące, mają być tymże gruczołem przykryte. Składa się on z dwóch połów połączonych z sobą błoną z kilku delikatnych blaszek złożoną obejmujących główne pnie naczyniowe. Najczęściej kształt takiój połowy grasicy jest podłużny, górna trzecia część nieco smukła i zaokrąglona, pozostałe części są więcej spłaszczone i szersze. Częstość się zdarza spotykać w dolnym końcu rogowaty wyrostek, zginający się na zewnątrznym biegu ku górze. Co do innych kształtów, raz takowy przedstawia się w postaci cienkiego, wąskiego, powrózkowatego pasku, w innych zaś razach rozpada się na kilka okrągłych płatów połączonych cienką warstwą miąższu obok siebie lub nad sobą ułożonych, co szczególnie się zdarza spotykać, jeżeli grasicca ma znaczną objętość.

W każdym razie przednia powierzchnia przylegająca do mostka jest wypukła, tylna spoczywająca na worku sercowym lekko wklęsła. Brzeg zewnętrzny i dolny cienkie, nieco tasiemkowato spłaszczone, wewnętrzny zaś tępszy, głęboko rowkowany, w które to rowki jakby we wnękę zapuszczają się krwionośne naczynia.

Grasica z początku dość stała i mocno ziarnista, z czasem zmienia się na masę miękką, zawierającą wiele jamek; sok jój oddziaływa kwaśno. Zmiękczenie to postępuje od osi środkowej ku obwodowi z miejsca gdzie przebiegającą główne żyły w obszerném podścielisku tkanki łącznej.

Z postępem czasu gruczoł coraz więcej płaskim się staje, coraz liczniejsze powstają w nich jamy, tak że właściwy miąższ zanika, a w czasie poczynającego się dojrzewania zwykle już zupełny zanik ma miejsce. Jednakże w razach wyjątkowych napotyka się i u starszych, czasami nawet znacznej objętości i wagi.

U dzieci gruźlicą dotkniętych zasiany jest gruzełkami. Z niegogo najczęściej bierze początek zdarzający się stosunkowo częściej u dzieci niżeli u dorosłych rak śródsierdzia przedniego. Jendrasik sądzi, że często dające się słyszeć mniemanie, jakoby u dzieci syfilitycznych znajdowały się ropnie grasicy, jest błędny: są to raczej jamki właściwie na fizyologicznej wstecznej drodze powstałe, zdarzające się i u wielu dzieci niedotkniętych przymiotem.

**B. Wydzieliny** Wszystkie błony śluzowe podczas życia płodowego małą tylko ilość wydzielin wyrabiające, po porodzie zaczynają właściwą sekrecyę wydzielać. Jama nosowa i ustna stają się śliskimi. Pierwsza częstokroć niedostatecznie rozwinięta, wymaga pomocy sztucznej celem oddalenia obeschłego na ścianach śluzu. Gruczoły ślinowe wydzielają płyn, ale ten różni się chemicznie od śliny dorosłych. Ze śliną dziecięcą mączka bardzo powoli zamienia się w cukier. Żołądek zaczyna wydzielać sok rozpuszczający sernik (*casein*) mleka matki. Wątroba zapełniająca większą część jamy brzusznej, wydziela jasno-brunatną żółć nadającą massom stolcowym pomarańczową barwę, po wypróżnieniu smołki ciemno brunatnej. Foerster wykazał mylność rozpowszechnionego zdania, jakoby smołka była mieszaniną żółci, śluzu kiszkowego i nabłonka tychże; składa się ona raczej z płaskich łusek, posiadających wszystkie cechy zrogowiałego płaskiego naskórka, niemogącego właściwie pochodzić z przewodu pokarmowego, a raczej z rogowatych łusk serowatego pokładu (*vernix caseosa*) pokrywającego całe ciało płodu. Za prawdziwością tego mniemania przemawia stała obecność włosków w smołce, w takiej samej ilości jak w pokładzie serowatym; oprócz tego kulki tłuszczu różnej wielkości wyraźnie jako wydzielina tłuszczowa skóry; kryształki cholestearyny w części z żółci, w części jako produkt wsteczny pokładu serowatego a niekiedy zdarza się spotkać żółte i brunatne grudki i łuski, nadające ciemną barwę smołce, będące bez wątpienia barwikiem żółciowym. Smołka przeto składa się z pier-

wiastków od żółci biorących początek, głównie jednakże z pokładu serowatego, z czego wnosić można, że płód od czasu do czasu łyka dość znaczną ilość wody płodowej, z którą razem pływające cząstki serowatego pokładu wnikają do przewodu pokarmowego. Części płynne w żołądku zostają wessane, włosy zaś i rogowate łuski jako części niemogące być strawionemi, przesuwają się przez cały przewód pokarmowy. Po porodzie błona śluzowa kiszek wydziela pewną ilość śluzu, którego zwiększenie lub zmniejszenie powoduje biegunkę lub wstrzymanie oddawania kału — najczęstsze i najpierwsze zaburzenia u ssawców.

Nerkom za obszerne nadano zadanie w ustroju noworodka. W pierwszych dniach dzieci mało piją, krew mało wody wydzielać może, a ztąd w kanalikach prostych nagromadzające się moczany w skutek szybkiej zmiany materji nie tylko zostają nierozpuszczone, ale nawet osadzają się z zabardzo stężonego roztworu, tworząc tak zwane „infarkta“ kwasu moczowego noworodków. Przedstawiają się one w postaci żółto lub mocno czerwonych prążków, przenikających piramidy szczególniej przy ich brodawkach. Zwykle spostrzegać się dają dopiero drugiego dnia po porodzie, znajdowane jednak bywały u dzieci jednomiesięcznych.

Pod względem sądowo-lekarskim nie możemy z tego żadnego wniosku wyprowadzić, bo jakkolwiek tylko wyjątkowo u dzieci nieżywo urodzonych można te nagromadzenia spotkać; to jednak u znacznej liczby zmarłych między 2—14 dniem życia nie znajdowano ich wcale. Często spostrzega się ten osad na pieluchach w postaci proszku karminowo-czerwonego; na co baczne akuszerki już zwróciły uwagę. Badanie drobnowidzowe proszku wykazało słupki cylindryczne, złożone z bezkształtnego moczanu ammonowego i komórek nabłonka, pomieszanych z rombami kryształami kwasu moczowego. W takichto właśnie dniach, w których proszek zbiera się na pieluchach, dzieci są niespokojne, przy oddawaniu moczu krzyczą, a ujście cewki moczowej czerwieni się. Powstanie i wydzielanie się wspomnianych osadów moczowych, jakkolwiek może być za fizjologiczne poczytane, jednakże tak często występujący piasek moczowy małych dzieci zostaje w związku z powstawaniem kamieni w późniejszym wieku dziecięcym.

Z chwilą porodu płód dostaje się pod wpływ innego czynnika zewnętrznego; skóra jego będąc podczas życia płodowego utrzymywana w ciepłocie krwi macierzyńskiej, po przyjściu na świat ulega wpływowi powietrza zimniejszego od ciepłoty matki, dalej światła,



zmian temperatury i wszystkie narządy ustroju dziecięcego zaczynają odbywać swoje czynności. Skóra z początku jednostajnie czerwona, po 2 lub 6 dniach przyjmuje żółtawy odcień, często mylnie za żółtaczkę uważany, ustępujący znów zwykłej różowo-czerwonej barwie.

Noworodki prawie na całym ciele z wyjątkiem dłoni i podeszew pokryte są miękkim puchem (*lanugo*), często w postaci dość długich włosków, wypadających w pierwszym tygodniu życia. Podobnie dzieje się z włosami pokrywającymi głowę wielu noworodków, w których miejsce przychodzą inne cienkie, zwykle jaśniejsze, powoli wyrastające. Dzieci słabowite, powoli rozwijające się, pozbawione grubiej warstwy tłuszczowej, daleko później utracają pierwsze włosy od szybko i należycie rozwijających się. Gruczoły potowe w pierwszym tygodniu życia mało funkcjonują, albowiem nie zdarzyło się dotychczas widzieć dziecko potniejące przed upływem 4 tygodni życia do tego stopnia, aby pot w kroplach wystąpił.

Natomiast prawie u wszystkich dzieci zwiększa się wydzielina gruczołów tłuszczowych pokrywających skórę głowy, owa tak zwana *seborrhoea capilliti*, która od początku 2 miesiąca do końca 1go roku jeszcze jest fizyologiczną; łuski zwolna rozwijają się, skóra przedstawia się z początku niby tłuszczem pomazana. Przez osiadanie brudu i pyłu zasychającego wspólnie z tłuszczem skórnym, powstają białoszare, żółte, później brunatne, a nawet czarne łuski, które pomiędzy palcami łatwo rozkruszają się; odłupane nie wywołują najmniejszych zaburzeń, jak np. swędzenia, wilgoci, nasiąknięcia skóry i t. p. Łuski tym sposobem powstałe bardzo łatwo dadzą się usunąć przez smarowanie głowy oliwą i obmywanie wodą mydlaną. Zdaniem akuszerki, usuwanie powyższych łusek jest bardzo dla dziecka szkodliwe; matki przeto przed upływem roku nie robią dla ich oddalenia, skutkiem czego takowe coraz więcej narastają, a unosząc się nad skórą, usychają i wykruszają się. Po pierwszym roku gruczoły tłuszczowe skóry głowy odbywają swą czynność prawidłowo.

**C. Rozwijanie się dzieci w ogóle i rozwijanie się części pojedynczych.**—Dziecię wzrasta najspieszniej w pierwszym roku życia. W 1m roku 7 cali, w drugim  $3\frac{1}{2}$ , w trzecim prawie 3, w czwartym  $2\frac{1}{2}$  cala. Od 4—5 roku życia aż do 16 wzrost odbywa się dosyć prawidłowo; rocznie przybywa dziecięcia do 2 cali na wysokość. Od 16—17 roku  $1\frac{1}{2}$ ", w następnych dwóch latach tylko 1": Najwięcej osób rośnie do 20 roku; lecz u niektórych dopiero w 25 roku wzrost się kończy. Złe odżywianie, za ciepły lub za zimny klimat wstrzymują wzrost. Ostre gorączkowe choroby nie wpływają szkodliwie na wzrost, przeciwnie



sprzyjają mu, szczególnie ostre wysypki. W ostrój chorobie gorączkowej dzieci w kilka tygodni o  $\frac{1}{2}$  cała wzrastają, gdy przy zwykłym stanie, potrzebowałyby na to  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  roku. (Wydają się przez to wyższemi, albowiem pokład tłuszczowy przy chorobach tego rodzaju znacznie zanika). Krzywica (*rachitis*), zołzy (*scruphulosis*) z zajęciem kości, wstrzymują wzrost. Jeżeli dziecię szybko rośnie, chudnie, siły wątłeją, leniwieje i blednie. Po  $1\frac{1}{2}$ —2 miesiącach dziecię zaczyna prosto trzymać głowę, i dowolnie szczególnie ku światłu zwracać. Dopiero od 7—8 miesiąca życia dzieci uczą się siedzieć. W 9—10 rozwijają się ruchy kończyn dolnych, dzieci poczynają stawać, po kilku zaś tygodniach chodzić.

Nie zawsze wszystkie części ciała jednostajnie rosną; częstokroć głowa rośnie spieszniej od reszty, w innych razach kończyny więcej od karku i głowy, najczęściej jednak klatka piersiowa wstrzymana jest w rozwoju z powodu nieodpowiedniego fizycznego wychowania.

Ważnym jest ściśle oznaczenie wymiarów kości czaszki; pod tym względem możemy przyjąć następujące miernicze punkta:

1) Największy obwód głowy, przechodzący przez guz kości potylicowej i największe wypuklenia kości czołowej. Przy znacznieszem przewlekłym nagromadzeniu się wody w głowie (*hydrocephalus*), potylicy przyjmuje położenie poziome, przez co największy obwód przesuwają się powyżej guza potylicowego.

2) Wymiar międzyuszny jest przestrzenią zawartą pomiędzy szczytami nasady muszli uszów przeprowadzonej nad wielkim ciemiączkiem.

3) Wymiar prosty objęty potylicą i nasadą nosa, od guza potylicowego nad sklepieniem czaszki aż do gładyszki (*glabella*).

Trzy te wymiary dadzą się skutecznie miarką papierową lub też tasiemką skórzaną calami poznaczona. Średnica oznacza się za pomocą cyrkla. Średnia poprzeczna opiera punkta końcowe na obu guzach ciemieniowych, podłużna zaś na obu ciemiączkach i na największem wypukleniu w środku czoła.

Niemniej zajmującym jest dla lekarza dokładna znajomość ciemiączka wielkiego i jego fizyologiczne rozrastanie się. Ciemiączka powstają przez rozrastanie się czaszki. Sprawa kostnienia czaszki na wielu punktach ma miejsce. Punkta te rozszerzają jednostajnie swoje promienie, natomiast krańce kości czaszkowych są najpóźniejszym utworem. Że zaś kości czaszki początku mają okrągły zarys, zatem przez samo zetknięcie się kilku takich płatów, musi pomiędzy nimi utworzyć się przestrzeń o tylu krawędziach, ile ją płatów otacza. Miejsce to przykryte skórą nazywa się ciemiączkiem. Tym

więc sposobem kości boczne podczas życia płodowego przylegając do siebie górnymi brzegami, tworzą ciemiączka w kątach przednich i tylnych w górnej części czaszki. Ciemiączko przednie większe, tylne mniejsze; dolne czyli boczne kąty kości ciemieniowych stykają się z przyległymi częściami czaszki, jak kością czołową i potylicową, przy współudziale kości skroniowych tworzą z każdej strony dwa ciemiączka. Zatem u płodu rozwiniętego spotykamy w ogóle 6 ciemiączek: wielkie i małe nieparzyste, boczne przednie i boczne tylne parzyste.

Taki stosunek istnieje podczas życia płodowego i u noworodków. U dzieci odchowanych pozostaje tylko ciemie wielkie czworoboczne, v. czołowe w kształcie równoległoboku o brzegach nierównie długich z płaszczyzną nieco zakłętą. Powstaje ono z zetknięcia się kości czołowych i kości ściany bocznej; kąt zetknięcia się kości czołowych jest ostrzejszy od kąta połączenia kości ciemieniowych. Zupełne zamknięcie wielkiego ciemienia rzadko następuje przed 2-m rokiem.

Elsässer pierwszy zauważył jego szczególne zachowanie się, mianowicie po skończeniu 9go miesiąca życia. Dokonał on swego spostrzeżenia mierząc oddalenie dwóch równolegle leżących boków w środku ich długości. To samo czyni z drugimi równoległymi bokami. Wynikłe ztąd dwie cyfry dodaje, a połowa oznaczać ma średnicę ciemienia. Ta metoda ma być wiele dokładniejszą od zasadzającej się na mierzeniu przeciwległych kątów, przyczem wypadek bywa niedokładny, albowiem kąty często w same szwy dość głęboko zapuszczają się w postaci wązkich pasów, a z ich końców miara powinna być brana. Oto są zmiany stosunków wielkości ciemion w odstępach kwartalnych:

Kwartał	Ilość dzieci	Przeięciowa średnica ciemiączka w liniach paryzkich.
od 1— 3 miesięcy	10	9,60
— 4— 6 —	15	11,93
— 7- 9 —	7	13,90
— 10—12 —	13	11,88
<u>1—12 —</u>	<u>45</u>	<u>11,60</u>

w okresie tym ciemiączko jest nieskostniałe;

od 13—15 miesięcy 9 dzieci, 7,77

Pomiędzy temi 9 ma dziećmi ciemiączko było u 3 zamknięte, u jednego na 5, u reszty na 10—15 linii szerokie.

od 16—18 miesięcy 8 dzieci, u 4 zamknięte, u reszty 2, 3, 9, 10 linii

— 19—21 — 5 — u 2 — — 12,12 —

— 22—24 — 7 — u 5 — — 9—15 —

Z téj tabelki można wyprowadzić następujące wnioski:

1) Przednie ciemiączko jest mniejsze w pierwszym kwartale życia noworodka.

2) Do 3go kwartału zwiększa się.

3) W 4-m kwartale znów zmniejsza się. Słowem ciemiączko wielkie od 1—3go kwartału zwiększa się, w pierwszym zaś zmniejszało się. Otóż Elsässer objaśnia mechanicznym sposobem zwiększanie się ciemiączka wielkiego. Wiadomo, że tworzy ono czworokąt końcami ku przodowi, tyłowi i na boki skierowany. Przez kąty przebiegają dwie szpary pomiędzy kośćmi czaszki zostające. Szpara poprzeczna odpowiada późniejszemu szwowi koronowemu, szpara podłużna odpowiada szwowi czołowemu i strzałkowemu. Wyobrażając sobie, że przyrastanie powierzchni kości czaszkowych ma miejsce przez osadzanie się nowych warstw na brzegach tych kości, to na każdym dwóch brzegach szpary podłużnej odłożone pokłady rozsuwają same kości. Wziąwszy pod uwagę szparę wnikającą w ciemiączko, takowe na wszystkie strony staje się większym, chociażby brzegi nie jednocześnie rosły. Brzegi ciemiączka wzrastają jednakże w stosunku do brzegów szpary i to nam wyjaśnia na drodze mechanicznej powiększanie się ciemiączka.

Przyjawszy zatem, że brzegi kości przyczyniających się do utworzenia szpar, a ścięte ich kąty do utworzenia ciemiączka w pewnej jednostce czasu narastają np. na 1<sup>'''</sup>, to pomiędzy brzegami kości przybędzie na 2 linie szeroki pasek, gdy każdy z brzegów ciemiączka tylko na 1<sup>'''</sup> narosnie. Tym sposobem ciemiączko musi się powiększyć, a zostałoby w poprzednim rozmiarze w razie, gdyby każdy brzeg kąta na 2<sup>'''</sup> narosł.

Taki zachodzi stosunek dopóki szpary pomiędzy kośćmi czaszki nie zamieniają się na szwy. W 9-m miesiącu życia dziecięcia brzegi szpary poprzecznej i podłużnej zaczynają kostnieć, tworzą się szwy właściwe powolnie rozrastające się, celem powiększenia okrywy kostnej mózgu czyli skieletu głowy. Ciemiączko wówczas jeszcze jest nieskostniałe, brzegi jego w dalszym ciągu masą kostną narastają. Wypełnianie się zupełne dopiero po 6-m kwartale następuje, czyli w pół roku po zamienieniu się szpary poprzecznej i podłużnej na szew czołowy i strzałkowy. Z tego widzimy, że powiększanie się ciemiączka wielkiego w pierwszych 9 miesiącach życia dziecięcia do fizyologicznych czynności należy. Polega ono na niestosunkowym narastaniu brzegów szpar i brzegów ciemiączka, które potrzebowałyby stosunkowo szybciej na brzegach narastać, aby jednocześnie ze szpa-

rami zmniejszało się. Powtórne zmniejszanie się zaś poczyna się z chwilą, gdy złączone brzegi szpar pozostawiają czynność narastania brzegów masą kostną, brzegom samego ciemiączka.

Co się tyczy znalezienia semiotycznego, ciemiączko tylko w pierwszym roku daje pewne wskazówki, w którym mózg prędko rośnie i do napływów krwi więcej aniżeli w późniejszym czasie jest skłonny. Wypuklanie lub zapadanie się jego świadczy o zwiększonym przyplywie do głowy i nagromadzeniu się płynu wewnątrz czaszki, lub też o zmniejszonym przyplywie krwi i zaniku mózgu.

Najszybciej rośnie mózgowie w pierwszym miesiącu życia dziecięcia. U noworodka bezpośrednio po porodzie nie dochodzi funta, w drugim roku już  $1\frac{1}{2}$  funta waży. Co do substancji mózgu, ta jest miękka, prawie jednolita z niewydatnym odgraniczeniem części szarój od białej.

W pierwszym roku życia opona mózgu twarda bywa zwykle wolną, w drugim często zrasta się ze sklepieniem czaszki, z którym przy otwieraniu jamy czaszkowej jednocześnie odejmowaną być musi, co za znak chorobny nie powinno być poczytanem.

## Zębowanie.

Zęby zaczynają wytwarzać się w pierwszym kwartale życia zębowego (*Hyrtl*), kostnienie ich dopiero w 5-m miesiącu ma miejsce. U noworodka w szczękach już znajdują się gotowe torebki zębowe dla zębów mlecznych i trwałych. Zęby mleczne wysuwają się na jaw przez wzrost ich korzeni. Chrzątka dziąsłowa (*cartilago gingivalis*) mięknie, cienieje, spłaszcza się, aż nareszcie w szczycie wzniesionego miejsca na dziąsłach ukazuje się przez otworek korona zębów siecznych; gdy zaś zęby trzonowe przebijają się przez kilka otworków z sobą złączonych i zlewających się z czasem na jeden ściśle otaczający nasadę korony zęba.

Przypadłości towarzyszące zębowaniu, raz są nie znaczące i zęby bez uwagi matki lub dozoruujących okazać się mogą; w innych zaś przyłączają się najrozmaitsze powikłania chorobne, nie zawsze od zębowania, ale raczej od innych przyczyn zależne. Szczegółowe i sumienne badanie w takich razach jest niezbędnym dla właściwego ocenie zachodzącej sprawy i wyprowadzenia ztąd rzetelnych wniosków.

Częstemi przypadkościami podczas zębowania zdarzającymi się są:

a) napływ krwi do ośrodków nerwowych i narządu trawienia, który raczej szybkiemu rozrostowi całego ciała wypada przypisać nie zaś zębowaniu;

b) nieżyt jamy ustnej objawiający się obrzmieniem, rozpulchnieniem, zaczerwienieniem i podwyższeniem ciepłoty dziąseł i całej jamy ustnej, przez co dzieci biorąc brodawkę sutkową i naciskając dziąsłami doznają bólu, wypuszczają brodawkę z ust i nagle zaczynają płakać. Wydzielanie śliny wzmagają się, a niekiedy błona śluzowa wrzodzieje.

- c) przewlekły i ostry nieżyt kiszek;
- d) zapalenie opon mózgowych;
- e) nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli;
- f) zrazikowe zapalenie płuc;
- g) zapalenie łącznicy, przez przeniesienie się zapalenia z jamy ustnej i nosa za pomocą kanału noso-łzowego;
- h) zapalenie jam nosowych;
- i) „ skóry policzków (*erythema*);
- k) niespokojność, drgawki i rozmaite przypadki nerwowe;
- l) pokrzywka (*urticaria*), liszaj ostry (*scrophulus*);
- m) gorączka towarzysząca zębowaniu, połączona z napływem krwi do mózgu i niekiedy przepuszczająca; a nadto zaliczono tu
- n) wiele innych chorób nie mających żadnego związku z zębowaniem.

Z przytoczonych tu form chorobnych, jedynie przypadłości miejscowe i ze strony układu nerwowego za ściśle z zębowaniem związek mające uważać należy. Reszta zaś nie będąc z takowym w ścisłym związku, nie może być stanowczo do zębowania odniesiona; częstokroć inną tych chorób przyczynę odkryć nie daje. I tak, biegunka pochodzi od niezytu kiszek wywołanego niewłaściwą dyetą lub przeziębieniem, bywa i przy zębowaniu, ale mu nie zawsze towarzyszy. Według niektórych, pochodzić ma od zwiększonej ilości soli ze śliną połykaną. Jest ona niejako dobroczynną zapobiegając zbyt niemu napływowi krwi do głowy i drgawkom. Po odbyciu pierwszego zębowania dzieci czują się zdrowe, są rozkoszne i miłe.

Zęby mleczne wysuwają się w następnym porządku:

- 1) Pomiedzy 4— 7 miesiąc. ukazują się 2 sieczne w szczęce dolnej, a po 3—9 tygodniowym przestanku, występują
- 2) „ 8 - 10 „ 2 zęby górne sieczne, środkowe i boczne w przestankach kilkotygodniowych. Przystanek 6—9 tygodni.
- 3) „ 12—15 „ wyklują się na raz 6 zębów, pierwsze 4 trzonowe i dwa sieczne boczne dolne; ten okres poczynają zęby trzonowe gór-

ne, poczem występują 2 sieczne boczne  
szczęki dolnej, w końcu 2 trzonowe dolne,  
Przystanek do 18 miesiąca.

- 4) Pomiedzy 18 i 24 miesiac. ukazują się kły. Przystanek do 3-go  
miesiaca; nakoniec:  
b) „ 30 i 36 miesiac. czyli w 3-m roku życia 4 drugie trzo-  
nowe.

Wspomniona normalna kolej zębowania podlega zmianom w porządku i czasie wykluwania się zębów, nieprawidłowego ich kształtu i kierunku wyrastania. Zdarza się, że zęby sieczne środkowe poprzedzają dolne; kły poprzedzają trzonowe. W innych razach wcześniej występują, tak że dziecko z zębami na świat przybywa; w innych przeciwnie zębowanie opóźnia się.

Na tém kończy się czynność wykluwania się mlecznych zębów  
Drugie zaś zębowanie poczyna się zwykle pomiedzy 5—6 rokiem wykłuciem się trzecich zębów trzonowych.

Pomiedzy 7— 8 występują środkowe sieczne;

„	8— 9	„	skrajne „
„	9—10	„	pierwsze trzonowe;
„	10—11	„	kły;
„	11—12	„	drugie trzonowe;
„	12—14	„	czwarte „
„	16—24	„	ostatnie trzonowe czyli tak zwane

zęby mądrości, których korona już w 10 roku zaczyna kostnieć.

Według Rilliet'a i Bart z'a wykluwanie zębów trwałych częstokroć ma wywoływać:

- a) zapalenie zrazowe płuc;
- b) gościec;
- c) zapalenie opłucnej;
- d) „ osierdzia;
- e) „ kiszek;
- f) „ ostre opon mózgu;
- g) płasawicę;
- h) gorączkę tyfusową.

Sądzić jednak należy, że wymienione rodzaje chorób, przez autorów francuzkich zauważane podczas drugiego zębowania, są raczej przypadkowemi powikłaniami, nie mającemi żadnego związku z tą fizyologiczną czynnością.



## ROZDZIAŁ II.

### Ogólne prawidła przy badaniu dzieci.

Bardzo małe, parę tygodni mające dzieci, przy badaniu zachowują się najczęściej bardzo obojętnie, śpią wiele, a skoro się je na krótki czas z cisnących powijkaków i poduszek uwolni, tak im to błogo, że rzadko się niepokoją. Jednakże gdy dzieci złączną rozpoznawać i rozróżniać swe otoczenie, co częstokroć w 3-m miesiącu zauważyć można, trwożą się ukazaniem każdej obcej twarzy, a tém samém i wezwanego lekarza.

U niektórych dzieci bojaźliwość ta z czasem wzrastając lub zmniejszając się, przechodzi po upływie 18—24 miesięcy, u innych pozostaje do 4—6 roku. Zależy to wiele od okoliczności, w jakich dziecko podrasta —im mniej ludzi widuje, tém jest bojaźliwszém. Z tego powodu dzieci w miastach, mniej tego doświadczają od wiejskich.

Lekarz zajmujący się leczeniem dzieci, głównie napotyka 3 przeszkody: brak mowy, wiele kręcenia się wywołanego badaniem, oraz krzyk towarzyszący temuż. Pierwszej przeszkody usunąć nie można, dlatego należy ściśle wypytać otaczających o stan poprzedni i obecny dziecięcia; dwie ostatnie wypada pokonać.

Dziecię skoro zostanie umyte, później napojone i nakarmione zasypia, (czynności te w rodzinie dbałej dopełniają się codziennie o jednym czasie), ułatwiając przez to badanie lekarzowi. Dziecię chore mające być przez lekarza badane, należy ubrać w takie odzienie, aby bez uprzykrzenia się dziecku, z łatwością mogło być zdjęte. Badania, potrzebujące dokładnego ocenienia spokojności zupełnej, dokonać należy we śnie; inne którym nie przeszkadza kręcenie się i krzyk, dopełnia się w czasie czuwania. Badanie słabych dzieci dokonywać należy w dwóch różnych peryodach czasu, t. j. podczas snu, czuwania i niespokojnego zachowania się. Podczas snu badać należy: rysy twarzy, pozycye, mimowolne ruchy kądłuba i kończyn, tętno, rodzaj i ilość oddychań; wtedy téż należy opukiwać. Podczas kręcenia się można badać skórę, jój barwę, ciepłotę, chorobliwe zmiany, jamę ustną, brzuch, organa płciowe, otwór stolcowy, kończyny, sposób ssania, przede wszystkim zaś krzyk.

Wyraz twarzy zdradza dosyć wyraźnie uczucia, nawet u najmniejszych dzieci; dla wprawnego postrzegacza może to nadzwyczaj

wiele przyczynić się do rozpoznania choroby i rokowań. Nader słusznie zauważył Euzebiusz de Salle, że niemowlęta zdrowe mają rysy zupełnie bez wyrazu; każdy się na to zgodzi, z wyjątkiem chyba uprzedzonej matki. Ważniejszym jest fakt ten, że dzieci słabe mają pewien wyraz, pochodzący głównie ze zniknięcia tłuszczu w tkaninie podskórnej, po cześci zaś z właściwych skurczeń poprzednio zwolnionych mięśni twarzy.

Silna biegunka, a bardziej jeszcze azyatycka cholera rysy dziecięcia tak śpiesznie zmieniają, że w 24 godzin często zaledwie poznać je można. Gałki oczne zapadają w głąb oczodołów o tyle, że powieki zaledwie ich dotykają, przez co tworzy się na dolnej powiece fałda odpowiadająca dolnemu brzegowi gałki: rysy nosa zaostrzają się, brzegi warg tracą okrągłość zarysy.

Przewlekłemu zanikowi ogólnemu towarzyszy zniknięcie reszty tłuszczu z twarzy, skóra staje się luźną i marszczy się: w skutek drażnienia mózgu dołączają się rozmaite skurczenia, szczególnie mięśni czoła, później mięśnia marszczącego brew (*m. corrugator supercilii*), m. podnoszącego skrzydła nosa (*m. levator alae nasi*) i m. podnoszącego wargę górną (*m. levator labii superioris*); twarz przyjmuje pozór starości, nazywany przez francuzkich pediatrów twarzą Wolterowską.

Ja delot podaje 3 rodzaje rysów twarzy, występujące przy wewnętrznych chorobach. Pierwszy rys zaczyna się w wewnętrznym kącie oka i ginie w okolicy jagodowej (*regio zygomatica*). Nazywa to rysem oczno-policzkowym (*le trait oculo-zygomatique*). Drugi rozpoczyna się na górnej części skrzydła nosowego, a obejmuje półkolem zewnętrzną linię mięśnia okrążającego usta (*m. orbicularis oris*). Ten dzieli się na rys nosowy (*le trait nasal*) i na rys policzkowy (*le trait géral*). Rys trzeci rozpoczyna się w kącie ust i ginie ku podbródkowi. Z rzeczonych rysów pierwszy ma wskazywać cierpienia mózgu, drugi brzucha, trzeci jamy piersiowej.

Myślący czytelnik zrozumie, że to czcze marzenia. Niestety, niepodobna jest lekarzowi z rysów twarzy wykryć rzetelnie każdą chorobę. Jedyнным cechującym znakiem rodzaju choroby, który na twarzy dopatry, jest podnoszenie się skrzydeł nosa przy każdym odetchnieniu; tym sposobem rozpoznać można zapalną sprawę z całą ścisłością.

Co się tyczy położenia i ruchów dziecięcia, należy dziecko tak ująć, jakie ma położenie w macicy. Grzbiet powinien być obrócony na zewnątrz, głowa przychyłona ku piersiom, a nóżki przytknięte do tułowia. Spokojne zachowanie się dziecka i mocny sen, poruszenia



podczas czuwania dosyć silne i wesołe, pozwalają wnosić o dobrym stanie zdrowia; od tego odróżnić można brak sił i otępienie. Wówczas dziecko leży apatycznie, a przy otępieniu, oczy są wytrzeszczone, nie śledzą za matką lub mamką; co czynią dzieci zdrowe już w 4-tym tygodniu życia. Powieki prawie połowicznie przykrywają rogówkę, niezwierając się podczas snu.

Jeżeli dziecko jest niespokojne, to w żadnym położeniu nie potrwia długo; zwykle towarzyszy temu stanowi podwyższenie ciepłoty ciała i przyspieszenie pulsu, które przy uspokojeniu się dziecięcia bez zmniejszenia się gorączki, jest następstwem powiększonego osłabienia i za niepomyślny znak poczytać może.

Przy sprawach wysiękowych w mózgu, skutkiem ogólnego wyniszczenia dzieci trą ciągle potylicą o poduszkę, na której spoczywają głowa, w nią się kryją, lub też skubią rączkami włosy i uszy. Zdrowe dziecię po utrudzeniu śpi spokojnie w każdym położeniu; przy zapaleniu płuc przyjmuje położenie na grzbiecie lub na stronie cierpiącej, przekręcając się na takową jeśli się położyło na zdrowej. Dzieci dotknięte żółtawym zapaleniem oczu z bólem głowy położonym, układają się twarzą na poduszcze.

Ssawcy położone na lewym boku podczas ssania lub wkrótce po tymże, stają się niespokojnymi, a nawet womitują; zdaje się to pochodzić od znacznych rozmiarów wątroby cisnącej na żołądek przy położeniu dziecięcia na lewym boku—co nam tłumaczy dla czego ssawcom najdogodniejszą jest ssać z lewej piersi, dlatego chętniej się do tej skłaniają, a ztąd więcej w tej piersi znajduje się mleka.

Za prawdopodobieństwem tego przypuszczenia przemawia i to, że ssawcy, które uparczywie opierają się ssać pierś prawą, przyjmują takową bez oporu, skoro ich kończyny dolne i część tułowia pod prawe ramię matki zostaną wsunięte, a zbliżywszy główkę do sutki prawej, mogą ssać leżąc na boku prawym. Dzieci często same okazują siedlisko bólu przez wskazywanie tegoż rączkami. Podczas zębowania grzebią sobie w ustach, przy puchlinie mózgu i jego podrażnieniu skubią sobie włosy, a niekiedy i części płciowe. Przy krupie naciskają i trą sobie szyję, przy kolce brzusznej (*colica*) większe dzieci cisną sobie brzuch, przy bólu w pęcherzu moczowym, cisną na okolice pęcherza; przy obecności robaków w przewodzie pokarmowym, wiercą sobie w nosie i w otwórze stolcowym. Dzieci zawiedłe ściskają dłonie w dość mocną pięść. Przy wzdęciu brzucha gazami, gwałtownie kurczą i prostują kończyny dolne, krzyczą dopóki gazy nie zostaną usunięte.

Badanie tętna tylko u dzieci śpiących może doprowadzić do pewnych wniosków, jeśli się je nagle obudzi, lub ponawianem omacywaniem zaniepokoi, rodzaj tętna niewiele daje wskazówek. Przywrócenie dzieci w takim razie do spokoju niepokonane nastęrcza trudności.

Dzieci usiłują zawsze być wolnemi, każde silniejsze ujęcie ramienia wywołuje silniejsze napięcie mięśni, przezco tętno niewyznaczalném się staje.

Podawano rozmaite środki oznaczenia tętna u dzieci w stanie czuwania będących, jak: przykładanie ich do piersi, wkładanie im płotka czyli tak zwanego smoczka lub palca do ssania; wszystko to nieprowadzi do żadnego celu, albowiem ruchy przy ssaniu przyspieszają oddychanie i skurczenia serca. Najwłaściwiej badać tętno w czasie snu, dotykając łagodnie końcem wskazownika w przebiegu tętnicy promieniowej nad stawem śródrečnym. Jednakże zdarza się często że podczas dotykania dziecię śpiące przebudza się i znów usypia skoro naciskający palec nie tamuje ruchów kończyny. Niezawsze jednak przy zachowaniu téj ostrożności dzieci zasypiają powtórnie, poruszają ciągle ramieniem, coraz więcej rozbudzają się i krzyczą, wówczas śledzący palec należy odsunąć ponawiając za chwilę badanie tętna. Zaniedbania wspomnianych ostrożności należy przypisać za wielką liczbę pulsacyi (130—140 na minutę), podawanych przez niektórych autorów, którzy ze swoich spostrzeżeń doszli do najrozmaitszych wniosków, jak to widzicie się daje w następującej tabeli.

Tabela liczb tętna w rozmaitym wieku dzieci.

W i e k	Najw.	Najm.	Sredn.	Nazwisko Autora
W chwili porodu	94	72	83	Lediherder
4 min. po porodzie	208	140	140	Id.
1-go dnia po porodzie	156	9	126	Jacquemier.
„ „	160	100	123	Gorham.
4—20 godzin po porodzie	112	88	101	Farge.
1—8 dni po porodzie	160	96	128	Gorham.
„ „	140	76	106	Farge.
8—15 dni po porodzie	120	104	112	Id.
3—21 „ „	104	76	87	Valleix.
15—30 „ „	164	120	137	Trousseau.
„ „	140	120	127	Farge.
1—2 miesięcy po porodzie	150	60	—	Billard.
„ „	158	96	136	Trousseau.
2—3 „ „	100	70	—	Billard.
2—6 „ „	262	100	128	Trousseau.
6—12 „ „	140	100	113	Id.
5 mies.—2 lat po porodzie	158	100	130	Gorham.
7 mies.—3 „ „	140	106	126	Valleix.
1 rok—22 mies. po porodzie	140	96	118	Trousseau.
3—5 lat „ „	110	72	98	Rilliet i Barthez.
6—10 „ „	104	64	80	Id.
11—15 lat „ „	80	60	70	Id.

Vogel u 24 zdrowych śpiących ssawców znalazł najwyżej 136, najniżej 92; średnio 109.

Według naszych spostrzeżeń liczba tętna jest bardzo zmienna u dzieci będących w normalnym stanie i jednym wieku, 72—140.

Zwykle częstsze jest do 6 miesiąca, po którym to czasie rzadszém się staje. Trawienie, pobudzenie dziecka do gniewu, bóle, ruch, niepokój przyspieszają go, u dziewcząt starszych nad 3 miesiące puls jest częstszy niż u chłopców; podczas snu liczba tętna zmniejsza się, podobnie przy chorobach mózgu. Niekiedy, na kilka dni przed śmiercią dziecięcia pulsu wcale domagać nie można.

Przy oznaczaniu częstości tętna zwracać należy uwagę na rodzaj oddychania zostającego w pewnym związku z krążeniem krwi. Jeżeli u śpiącego dziecka puls uderza 120 na minutę, ciało jest rozpalone i oddech przyspieszony, o gorączce nie ma wątpliwości.

Przy chorobach mózgowia tętno wolniej i rzadszém się staje.

Jeszcze trudniejszém jest oznaczenie innych własności tętna, z których regularność zasługuje na szczególną uwagę, przesadzając jednakże nie należy rzeczywistej wartości tego znaku, bowiem w wielu razach wśród dobrego stanu zdrowia tętno nieregularne chwilowo napotykać się daje.

Badanie narządu oddechowego. Skutkiem małej objętości płuc i niespokojności dzieci, znaczne napotyka trudności.

Znaki fizyczne czerpane ze strony tego narządu dotyczą:

Oglądu (*Inspectio*).

Wysłuchania szmerów płucnych i rżężeń (*Auscultatio*).

Opukiwania (*Percussio*) i nareszcie

Omacywania (*Palpatio*).

Pierwsze dwie czynności należy dokonywać przy zupełnym spokoju, opukiwanie zaś i omacywanie i podczas krzyku dziecka dopełnić można.

Co się tyczy oglądu narządu oddychania, takowe głównie odnosi się do jakości i ilości oddechnień w danej jednostce czasu. Ruchy oddechowe bywają u dzieci zdrowych niejednakowe podczas snu i czuwania. Tylko podczas pierwszego są zupełnie jednostajne; 18—35 razy na minutę jeszcze jest w granicy fizyologicznej.

Vogel na zasadzie własnych obserwacji czynionych u 22 dzieci śpiących, 3—4 tygodniowych, podaje średnią ilość oddechnień 26, a 4 na minutę, Valleix zaś znalazł u dzieci od 7 miesięcy do 2 lat mających 24—36, średnio 30—32.

Rilliet i Bartz u dzieci od dwóch lat, podają 20—32, gdy u 6—10 letnich, 12—28 oddechnień na minutę.

Wspomniane wyżej stosunki odetchnień zmieniają się w miarę czy dziecie śpi lub czuwa; każde niemal dotknięcie, niezwykle ton mowy, natężenie światła w pokoju czynią oddechanie nierównym; zatrzymuje się ono, częstszém i powierzchowném się staje lub głębokiem i powolném. Podczas krzyku oddechanie jest częstsze.

Tak wielkie fizyologiczne wachauia, ilości i jakości odetchnień u niemowląt czynią niemożebném wyprowadzenie wniosków ze zбочeń mało wydatnych. Dopiero po pierwszym roku życia ruchy oddechowe podczas czuwania już są jednostajniejsze.

Często zdarzające się choroby płuc, a szczególnież zrazikowe zapalenie (*pneumonia lobularis*), zmieśnienie mięszu płucnego (*carnicatio*) i t. p. pomnażają 2—4 krotnie liczbę odetchnień, niekiedy 50—80 razy na minutę dochodząca, bez wydatnych fizycznych znaków mechanicznej przeszkody, zatkania części płuca wysiękiem.

W późniejszych latach dziecięcego wieku, aż do ukończenia się drugiego zębowania, pewne tylko choroby wpływają na zmianę jednostajności i ilość odetchnień, głównie zaś wszystkie choroby mózgowia wywierające znaczniejsze ciśnienie na jego tkaninę, jak: ostra wodna puchlina mózgu (*hydrocephalus acutus*), większe guzy gruzlicze w mózgu (*tuberculosis cerebri*), rak (*carcinoma cerebri*), a niekiedy zapalenie opon mózgu ostre i przewlekłe (*meningitis acuta et chronica*), niekiedy połączone z krwotokiem z naczyń oponowych (*meningitis haemorrhagica*), lecz w takim razie, jeżeli utworzony skutkiem zapalenia ropnego wypłód lub warstwy wynaczynionój krwi wywierają znaczniejszy nacisk na tkaninę mózgowia. W podobnych wypadkach ruchy oddechowe są powolne, to znów przyspieszone, głębokie, spokojne lub z pewnym rodzajem westchnienia połączone, co na pierwszy rzut oka łatwo spostrzegać się daje. Dzieci młodsze od roku przeważnie mają oddechanie brzuszne skutkiem większego ściągania się przepony (*diaphragma*) od reszty mięśni klatki piersiowój przy oddechaniu biorących udział. W takim razie brzuch więcej niż klatka piersiowa wypukła się ku przodowi.

Baczne oględziny klatki piersiowój są wielkiój wagi, przyczyniają się one do uczynienia wniosków, zanim jeszcze właściwe fizyczne badanie dokonaniem zostanie, które u dzieci niespokojnych bywa niemożebném.

O różnych odmianach oddechu przy chorobach piersiowych za-stanowimy się bliżej w części szczegółówój.

O słu-chi-wa-nie (*Auscultatio*) klatki piersiowój u dzieci wyko-nywać należy przed opukiwaniem, którém częstokroć zrażone dzieci

podczas czuwania lub przebudzone ze snu zaniepakują się i osłuchiwanie czynią niemożliwym. Metoda ta stanowiąca u dorosłych główną część fizykalnego badania, u dzieci mniejszą świadczy przysługę. Przyczyna tkwi we wrodzonej wiekowi dziecięcemu niespokojności, niejednakowem oddychaniu, szczupłości klatki, giętkości jej ścian ułatwiającej przewodnictwo dźwięku, nareszcie w niemożliwości dowolnego natężania głosu niezbędnego dla dokładnego badania lekarskiego. Do tego przybywa jeszcze niedogodność należytego przyłożenia końca stetoskopu u dzieci wyniszczonych z zapadłemi przestrzeniami międzyżebrowemi, zwłaszcza do bocznych ścian klatki, gdzie dzieci najmniej znoszą przyłożenie bezpośrednie ucha badającego. W takich razach jedynie tylna część klatki jest przystępną dla osłuchiwania.

Pomiędzy prawidłowemi stosunkami osłuchiwania klatki u dzieci i dorosłych ważne zachodzą różnice. U zdrowych dzieci bowiem na całej tylnej przestrzeni, a nawet na powierzchni całej klatki piersiowej słyszeć się dają głośne wytechnienia i oskrzelowe wetchnienie. Objaw ten u dorosłych niewątpliwie świadczy o obszernem zgęszczeniu mięszu płuc, gdy zaś u dzieci mieści się jeszcze w granicach fizyologicznych. Niema tu podczas osłuchiwania ściśle oznaczonego szmeru pęcherzykowego lub oskrzelowego oddechu, natomiast w wielu miejscach klatki występuje oddech do oskrzelowego zbliżony, a nawet niedający się częstokroć od tego odróżnić. Z tego powodu przy osłuchiowaniu klatki piersiowej u dzieci należy zwrócić baczną uwagę na towarzyszące okoliczności a zgęszczenie mięszu wówczas przypuszczać, gdy objawy ze stanu poprzedniego (*anamnesis*) i obecnego (*status praesens*), odpowiadają znakom fizycznego badania wykonanego porównawczo na obydwóch połowach klatki piersiowej.

Opukiwanie klatki u dziecka wspartego na ramieniu matki lub osoby nad nim czuwającej, najlepiej wykonywać palcem o palec. Głównie zwrócić należy uwagę na tylną część, raz dla dogodności, powtóre dzieci wsparte twarzą i przednią ścianą klatki, na matce, łatwiej niżeli w innej pozycji pozwalają się badać. Dzieci powinięte należy opukiwać w położeniu leżacem na bok. Ręce lekarza zanim na obnażono ciało dziecięcia przyłożone zostaną, powinny być ogrzane; warunek konieczny, bowiem dzieci tém trudniej znoszą dotknięcie wszelkiem zimnem ciałem. W tej okoliczności tkwi przyczyną, że lekarze mający ciągle zimne i wilgotne ręce lub niezachowujący wspomnianej dopiero ostrożności nie mogą się cieszyć w praktyce pediatrycznej świetnością powodzenia.

Opukiwać należy lekko, powoli i dotąd na jednym miejscu, dopóki nie przeminęła chwila najgłębszego wetchnienia i zupełnego wydechu, ku czemu nieraz 10 a nawet więcej uderzeń koniecznymi się okazują.

Silniejsze opukiwania zrażają dzieci, przez lekkie zaś opukiwanie zyskujemy na czasie potrzebnym do należytego oznaczenia wywołanego opukiwaniem odgłosu, szczególnie przy małych odcieniach.

Na jednym i tym samym miejscu należy opukiwać podczas wzdychania i wydechu, gdyż tylko przez porównanie i należyte ocenienie obydwóch przez to powstających, zawsze różnych odgłosów, możliwym jest prawdziwe zbadanie części opukiwanej. Noworodek od chwili porodu i później do 2go a nawet do 3go roku życia, opukiwany podczas spokojnego zachowania się i przy spokojnym oddechaniu, wydaje odgłos dźwięczny, bębnowy, mniej lub więcej natężony; lecz skoro tylko zostaje zaniepokojonem, opiera się badaniu i krzyczy, nagle rodzi się inny obraz. Zamiast jednakowego z obydwóch stron dźwięczno bębnowego odgłosu, występuje w okolicy lewego płuca odgłos miernie stępiony a powierzchnia grzbietowa prawej strony do grzebienia łopatki próżny odgłos przedstawia. Opukując tę samą okolicę po upływie kilku minut a nawet sekund dopóki nieprzypadnie głębokie wetchnięcie, znowu wystąpi odgłos normalny trwający chwilę, poczem przez zupełnie próżny zostaje zastąpiony.

Dzieci opukiwaniem zniechęcone i zrażone, szczególnie niemające jeszcze roku życia nie przestaje krzyczeć, skutkiem tego naprężona tłoczna brzuszna wpływa na zmianę normalnych stosunków w granicach trzewiów klatki piersiowej. Główna przyczyna stłumienia dźwięcznego odgłosu na całej powierzchni tylnej ściany klatki zależy od podsunięcia się zawartości jamy brzusznej w górę ku jamie klatki piersiowej.

Stępienie zaś odgłosu na tylnej ścianie z prawej strony, zdaje się pochodzić od znaczniejszego podniesienia się wątroby, której wymiary przewyższają prawidłowy stosunek reszty organów brzusznych.

Podobne zmiany prawidłowych granic wywołanych podniesieniem się trzewiów brzucha ku górze, zachodzą i z przodu klatki piersiowej, jednakże w mniejszym stopniu.

Przy rozpoznawaniu chorób piersiowych u dzieci, baczna należy zwrócić uwagę na powyższą okoliczność, celem uniknięcia pomyłki poczytują np. tępość ze strony prawej z tyłu i u dołu wywołaną podniesieniem się wątroby, za nasiąknięcie mięszu wysiękiem zapalnym, lub wytworzenie się tegoż w jamie opłucnej. Słusznem przeto będzie, że tylko fizyczne objawy za prawdziwe poczytywać, które zebrano

w chwili spokojnego zachowania się dziecięcia i bez pobudzenia tętna brzusznej. Gdzie jednorazowe badanie nie wystarcza, tam kilkakrotnie powtórzone należyście rzecz wyjaśnić jest w stanie.

Zdarza się niekiedy u dzieci usłyszeć przy opukiwaniu klatki piersiowej krzyczącego dziecka dźwięk metaliczny, pomimo braku zmian chorobnych wewnątrz klatki piersiowej. Odgłos ten można wywołać u zdrowego, opukując pełną pięścią okolice mostka podczas wydawania tonów.

Nie należy go jednakże pożytywać za jedno z odgłosem metalicznym jam płucnych, lub odgłosem pękniętego garnka (*bruit de pôt fêlé*) napotykanymi u dorosłych. Wydobyć je można tylko podczas krzyku lub mówienia, gdy tymczasem przy obecności jam w płucach występuje podczas opukiwania nawet wtenczas, gdy chory nie wydaje żadnego tonu.

U dzieci oddychających spokojnie, dźwięk metaliczny nie pojawia się, albowiem przed trzecim rokiem jamy w płucach należą do rzadkości. W razie zaś ich obecności rzadko kiedy dają się wysledzić, ztąd i odgłos metaliczny na ścianach klatki piersiowej dzieci, nie może być poczytany jako objaw chorobny do rozpoznawania chorób.

Opukiwaniem oceniamy także wielkości grasicy (*thymus*).

Opukując lekko i uważnie rękojeść mostka (*menubrium sterni*) można wysledzić stłumienie odgłosu zmniejszające swe granice z każdym życia miesiącem. Za pomocą tego sposobu badania, można się częstokroć dokładnie przekonać, że wiele dzieci, pomimo stosunkowo znacznej rozmiarów granicy, nie ulegają kurczowi głośni (*spasmus glottidis v. asthma thymicum*), który przeciwnie u innych dzieci spotykany bywa, u których za pomocą opukiwania granic grasicy nie można oznaczyć.

Co się tyczy odbrzmiwania głosu, takowe w całej klatce piersiowej brzmi jednakowo, jednakże w miejscach odpowiadających zgęszczonej tkaninie płuc, odbrzmiwanie tonów jest tak głośne, że badający doznaje wrażenia jak gdyby ucho swoje zbliżył do ust dziecka. Znak ten tém jest ważniejszy od innych fizycznych, że niespokojność dzieci sprzyja jego ocenieniu uwalniając przez to lekarza od zachowania szczególnych ostrożności i straty czasu, jak to ma miejsce przy innym rodzaju fizykalnego badania.

Odbrzmiwanie (*resonantio*) głosu najbardziej uwydatnia się w miejscu powstawania, t. j. w krtani i tchawicy; wyraźne jest w okolicy międzyłopatkowej, z boków klatki, także nad i podobojczykami i w okolicy mostkowej. Na osłabienie tego znaku wpływa znacznie-

sza grubość warstwy tłuszczowej, a zupełnie znika w miejscu przylegania serca i wątroby do ścian klatki piersiowej.

Odrzmiewanie głosu wzmacnia się szczególnie wówczas, jeżeli grubsze oskrzela przenikające przestrzeń zgęszczoną mięszu płucnego przepuszczają powietrze; przeciwnie zaś zmniejsza się, skoro wysięk zapalny znajdujący się w jamie opłucnej, oddziela płuca od ścian klatki piersiowej i znów wzmacnia się tam gdzie uciśnięte wysiękiem płuco dotyka. Znak ten niknie, skoro większe oskrzela przenikające zgęszczoną część mięszu płucnego zostaje zatkaném.

Nie mniejszego znaczenia jest omacywanie (*palpatio*) klatki piersiowej, za pomocą którego oznaczamy siopień drżenia ścian klatki (*fremitus pectoralis*). Metoda ta badania jest w możności zastąpić w części opukiwanie, osłuchiwanie i zastosowanie ciepłomierza w razie niemożności uspokojenia krzyczącego dziecięcia. Wprawna bowiem ręka lekarza przyłożona do zgorączkowanego ciała, oznaczy z możliwą ścisłością podwyższenie ciepłoty, najważniejszego objawu gorączki wymagającej odpowiedniego lekarskiego postępowania. Oprócz tego omacywaniem można uczuć rżenia, mniejszy lub większy stopień odrzmiewania głosu, wraz z tymże powstającego i niknącego oraz elastyczność czyli odporność (*resistentia*) ścian klatki.

Powyżej przytoczone znaki fizykalnego badania, mogą dostarczyć rzeczywistych wskazówek do wprowadzenia wniosków o gęstości płucnego mięszu. Napotykamy je u każdego dziecka w prawidłowym stanie zdrowia, zmieniają się skoro część tkanki płuc skutkiem chorobnej sprawy ulegnie zgęszczeniu.

Rżenia (*Rhonchi*) jak wiadomo powstają przez wachadłowe poruszenia przylegającego do ścian oskrzeli śluzu, krwi, ropy i t. p. prądem wdychanego i wydechanego powietrza.

Im wyżej tkwi drżąca warstwa w tchawicy lub grubszych oskrzelach, tym bardziej w całej klatce rozlega się powstające ztąd rżenie, którego natężenie jest w stosunku prostym do średnicy oskrzela, w którym zalegające ciało przylega do ściany. Im cieńszą jest zajęta gałąź, tém przestrzeń na której dają się słyszeć rżenia, będzie bardziej ograniczoną i ku powierzchni płuca zbliżoną.

Wspomnianych dopiero metod badania nie należy nigdy pomijać zwłaszcza u dzieci niespokojnych, gdyż nad osłuchiowaniem uważają tę wyższość, że podczas niespokojnego zachowania się dziecięcia zastosowaniami być mogą.

Badanie brzucha również ważne jeżeli nawet nie ważniejsze zajmuje miejsce, gdyż choroby przewodu pokarmowego u dzieci są



częstszymi od chorób narządu oddechania. Badanie to nastęrcza także wiele trudności, jeżeli odbywa się podczas czuwania.

Valleix pragnąc takowe usunąć, radzi nagle zwracać dziecię ku mocnemu światłu, którym zajęte częstokroć zaspakaja się i ucicha, z chwili takiej należy skorzystać; ciśnie się przednią ścianę brzucha zwolna stopniowo, coraz więcej na brzuch; dziecko zachowuje się spokojnie w razie jeżeli ciśnienie nie sprawia rzeczy wistego bólu. Przy zachowaniu tej ostrożności można brzuch dziecka często tak silnie naciskać, że się aż kręgosłupa dotknie. Jeżeli naciśnięcie rzeczywiście jest bolesnym, dziecię nie zwraca uwagi na światło, wydaje za każdym razem bolesny głośny krzyk, towarzyszony wykrzywianiem twarzy, znikający natychmiast po ustaniu nacisku.

Omacywaniem i opukiwaniem oznaczyć można obecność w jamie otrzewnej płynu ograniczonego na pewnej przestrzeni lub wolno rozlanego. Wzdęcie brzucha gazami rozpoznajemy na pierwszy rzut oka wspomagając się opukiwaniem, które wydaje odgłos bębnowy w przedniej i bocznych ścianach.

Badając okolice brzuszna należy dokładnie obejrzyć u każdego dziecka i otwór stolcowy; czerwieni się on przy każdej bieguncie, świadcząc zarazem o stopniu jej gwałtowności i trwania; również wykazuje zwykle pierwsze oznaki wrodzonego przymiotu (*syphilis*)

Śledzenie kiszki prostej uskutecznia się łatwo wprowadzając mały palec nasmarowany obojętnym tłuszczem. Śledzenie to sprawia ból i tylko w razie rzeczywistych wskazówek dopełnianem być powinno.

Organa płciowe również zasługują na ścisłe obejrzenie; podczas istnienia biegunki zaczerwieniają się częstokroć, worek jądrowy wkrótce obnażony zostaje z nabłonka, u dziewcząt zaś wydziela się z pochwy więcej śluzu, cewkę moczową najłatwiej zbadać srebrnym zgłębnikiem odpowiedniej grubości. Wyśledzenie to w wielu razach zatrzymania moczu może zarazem służyć za najskuteczniejsze leczenie.

Nie należy nigdy pomijać badania jamy ustnej, a chcąc takowe dopełnić, naciska się lekko podbródek, lub też przesuwają się palec wzdłuż wewnętrznej ściany policzków, aż do gałęzi wstępującej szczęki dolnej, co daje możaość dostania się z łatwością pomiędzy obie szczęki. Zręczny i wprawny lekarz, z łatwością omaca wskazownikiem tylną ścianę gardzieli, tylne ujście jam nosowych, nagłośni a nawet szparę głosową, zyskując częstokroć ważne wskazówki dla oznaczenia zachodzących zmian.

Z badanie języka częstokroć nastęrcza wiele trudności, szczególnie u niemowląt, i dzieci źle wychowanych; a jakkolwiek

stan jego niezawsze jest nieomylném odbiciem chorobnych spraw w reszcie przewodu pokarmowego zachodzących, przy badaniu chorych dzieci nie powinno być pomijaném. Wiadomo bowiem że dzieci mające silne przypadłości ze strony kiszek, zachowują częstokroć język normalnie czerwony, wilgotny, i odwrotnie, dzieci zdrowe z dobrym apetytem i normalnie trawiące, mają częstokroć język zupełnie biały lub téż białemi wysypkami pokryty.

Wzwyczajanie dzieci od pierwszej młodości do wysuwania języka na rozkaz; ma swoją korzyść chociaż ze szkndą lekarza. Malcy wyuczone wysuwać język na każde żądanie, później czynią to częstokroć na ulicy, poznawszy zdaleka swojego lekarza, na ogólne rozśmieszenie przechodniów. Dzieci zębujące z zaczerwiecionemi dziąsłami, niechętnie zezwalają na badanie jamy ustnej. Należy się przyzwyczaić jedném posunięciem palca omacać oba rzędy zębów, aby dzieci zbytecznie nie niepokoić.

Nareszcie pozostaje wspomnieć o krzyku i kaszlu u dzieci, dwóch bardzo ważnych znakach w symptomatologii chorób dziecięcego wieku. Dzieci do 4 miesięcy wieku liczące krzyczą tylko w chwili wydychania; krzyk ten zwykle jest przerywany, nie powinien być pochytywany za jedno z głośném pojedynczém wetchnieniem powietrza w chwili wdechania go, jak to przy skurczu głośni spotykamy. Ton krzyku u każdego prawie dziecka ma swoją właściwość, którą zarówno trudno określić, jak i różnaitość głośów u dorosłych. Dziecię po głębokiém wetchnieniu powietrza uprzedza krzyk otwierając szeroko usta, przyczém niekiedy język uwytadnia się na brzegu lekko drgający; nozdrza rozszerzają się, powieki silnie zwierają, a skóra na policzkach i czole układa się w liczne marszczki. Z nadejściem chwili krzyku twarz mocno się rumieni, niekiedy nawet sinieje, żyły zaś szyi i głowy obficiej krwią napełnione, uwytadniają się na powierzchni.

Dopóki nowe wetchnięcie do płuc powietrza, nie ułatwi odpływu krwi z rozgałęzień żyły głównej górnej (*vena cava superior*), wspomniane objawy towarzyszące zwykle krzykowi u dzieci ustępują z chwilą uspokojenia się i uregulowania oddychania, poczém dziecię znużone najczęściej zasypia.

Niekiedy przy jedném wytchnięciu słyszeć można trzy do czterech pojedynczych krzyknień śpiesznie po sobie następujących, potem zaś przeciągły krzyk kończący się drzeniem głosu w przestawkach. Przypomina to beczenie kozy, zdarzające się u dzieci osłabionych przy wysypkach skórnych.

Z rodzaju krzyku możemy wyprowadzić następujące wnioski ułatwiające oznaczenie rodzaju choroby. Dzieci cierpiące na zapale-

nie opłucnej (*pleuritis*) lub atalektazę (*atelectasis pulmonum*) nigdy nie krzyczą głośno; jedynie są one w stanie wydać ciche żalosne westchnienie. Lekki niezbyt gardła krtań nie tłumuje krzyku, lecz powoduje chrypkę; mocniejszy zaś lub przy zapaleniu błonicowym i dyfterytycznym wcale nie wydają krzyku, podobnie podczas gorączki, chociażby gwałtowne bóle towarzyszyły; wówczas bowiem chore dzieci wydają cichy głos i krótkotrwały. Dzieci dotknięte wodną puchliną mózgu (*hydrocephalus*) wydają pojedyncze kwilące tony, wpadając po każdym wykrzyknięciu w towarzyszącą zwykle temu stanowi bezprzytomność (*sopor*). Przy zapaleniach ucha (*otitis*), głębokich ropniach (*abscessus*) i po skaleczeniach, dzieci mocno i długo krzyczą.

Co się tyczy kaszlu, rodzaj jego dostarcza bardzo ważnych wskazówek do oceny stanu narządu oddechania. Kaszel głośny, przerywany i bez bólu, świadczy o zwyczajnym katarze oskrzeli (*bronchitis*); zapalny stan płuc cechuje się wykrzywianiem twarzy przy każdym kaszlnięciu: kaszel jest suchy, powolny, dzieci usiłują ile możności go stłumić. Zapalenie krupowe w górnej części przewodu oddechowego poczyna się kaszlem suchym, krótkim, gdy w kokluszu (*tussis convulsiva*) wykastywanie jest przeciągłe, kurczowe, przerywane wetchnięciami podobnymi do piania koguciego. Dzieci, u których płuca są dotknięte gruźlicą lub zapaleniem serowatym, najczęściej kaszlą sucho, w krótkich przestankach dniem i nocą. U dotkniętych durzycą (*typhus*), kaszel jest lekki, nie męczący, chociaż zachodzące w płucach zmiany są nieraz wysoko posunięto.

Przed ukończeniem ogólnych uwag o badaniu dzieci wypada nam nadmienić kilka wyrazów o gorączce u ssawców, przedstawiającej pod względem objawów pewne właściwości. Cechuje się ona jak u dorosłych pobudzeniem układu nerwowego i podwyższeniem ciepłoty ciała, lecz co się tyczy przyspieszonego krążenia krwi, takowe jako zawarte w dość obszernych fizjologicznych granicach, mniejsze ma znaczenie przy gorączce u ssawców, niżeli u dorosłych. Częstość tętna jest w stosunku do mniej lub więcej spokojnego zachowania się dziecięcia.

Ssawiec dotknięty gorączką nie doznaje dreszczów nawet przy zimnicy. W okresie tym spotykamy u dzieci bladeść twarzy i ust, zasinienie palców pod paznociami. Poty nie pojawiają się u małych dzieci, w późniejszych zaś miesiącach są skąpe, tak że bielizna a tém bardziej pościel na której spoczywają nigdy nie przemakają, jak to częstokroć u dorosłych spostrzegać się daje, przy pewnych sprawach chorobnych występujących z gorączką.

Małe dziecię gorączkujące przedstawia się smutne, niespokojne, skłonne do płaczu i chwilami sennie, usypiają częstokroć przygryza sobie podpsychające i zaczerwienione wargi, głową często kręci, od czasu do czasu rzuca kończynami. Najmniejszy szmer budzi go z lekkiego snu, pragnie często ssać pierś, którą po chwili wypuszcza lub wargami porusza, oznaczając tém chęć do przyjęcia napoju. Język nigdy nie pokrywa się grubą zeschniętą warstwą, owszem jest zwykle wilgotny; ciepłota skóry podwyższa się niekiedy o 3°C., głowa mniej lub więcej rozgrzewa się, twarz zaczerwieniona nieco obrzmiewa. Oczy niekiedy nabiegają krwią; powierzchnia gałek skłni, powieki częstokroć zupełnie lub w części zwarte.

W gorączce towarzyszącej ostrym chorobom rzadko dopatrzeć można stałą typowość w jej wzmaganiach się, owszem występują pogorszenia nieregularnie w różnej porze dnia. Wówczas ciepłota bardzo podwyższa się, skóra sucha, w dotknięciu paląca, szczególnie po rozwinięciu się zapalenia rozmaitych narządów ustroju. Taki sposób powtarzania się pogorszeń gorączkowych objaw, odznaczający się nieregularnością i brakiem typowości, chyba tylko z objawami wyniszczającej gorączki (*febris hectica*) u dorosłych, porównać można.

Przy badaniu dzieci należy jeszcze zwrócić uwagę na stopień odżywienia ustroju i w tym celu wewnętrzne strony ud niejako za miarę służyć mogą. Kilka godzin osłabienia a szczególnie silna biegunka zmieniają jędrną i napiętą skórę na luźną i wiotką. Po upływie doby powstają już marszczki, a jeżeli choroba się przeciąga, zanika dość gruba warstwa tłuszczu, skóra wraz z pozostałym pokładem tłuszczowym układa się w wałkowate luźne fałdy; po ustąpieniu jednakże choroby, wkrótce wraca do poprzedniego kształtu i jędrności.

Oto są metody, których nie należy pomijać przy ścisłym badaniu dzieci. Ścisłe ich przeprowadzenie częstokroć wymaga wielkiej cierpliwości ze strony lekarza, z tego też powodu cierpliwość i łagodność szczególnie powinny cechować pediatrę. I tu przytoczyć pozwolimy sobie kilka praktycznych uwag: Najtrudniejsze jest obejście się z dziećmi jedno i trzech-letniemi; ssawcy i dzieci młodsze od roku, rzadko bywają bardzo trwożliwe, i łatwo dają się uspokoić błachemi środkami. Dzieci starsze od roku częstokroć mają niepokonany wstręt do obcej twarzy. Przybywszy do takiego dziecka z początku obrócić się do niego plecami, nie zwracać na nie uwagi i rozmawiać spokojnie głosem łagodnym z osobami otaczającymi chore dziecko; nareszcie zwolna zbliżyć się do dziecka, z przedmiotem połyskującym, lub ulubionym przez dziecko. Usiadłszy przy łóżku nie zaraz odkrywać ugniatać

brzuch, lub rozpoczynać badanie fizykalne; raczej zadać należy pytanie odpowiednie wiekowi, aby wymódl chociaż prostą odpowiedź: tak lub nie, lub też podziwiać zabawki, które ma przy łóżku lub obiecane na przyszłości t. p.: słowem należy się wprzód zaprzyjaźnić z dziećciem, wprzewód zanim się rozpocznie systematyczne, gruntowne badanie. W ten sposób można sobie prawie zawsze i po niedługich usiłowaniach zjednać przyjaźń dziećcia a skoro się je potóm cokolwiek na seryo traktuje, zyskało się już na raz tyle przewagi, że zostaje spokojuem i woli naszej czyni zadosyć; pozwala spokojnie badać się, przyjmuje pozycyę według naszej potrzeby, używa bez wstrętu lekarstwa, choćby najbardziej gorzkie i wspiera badanie lekarza we wszelki możliwy sposób. Jedynie w razach gdy otaczający byli tylé nierozważni że straszylí dzieci oczekiwanyím lekarzem, dłuższego potrzeba czasu do zatarcia niedorzeczności. Nigdy i pod żadnym warunkiem nie należy uparte dziecko zmuszać do uległości przez traktowanie go seryo, wstrzymanie siłą, lub co gorzej lekkim uderzeniem. Takie postępowanie sprowadza większą obawę i gwałtowniejszy krzyk, a oprócz tego wywołać można surowem obejściem wstręt, nawet i nienawiść rodziców nieoświeconych, u których prawie wyłącznie podobnego rodzaju dzieci napotykać się zdarza. Zachowując w podobnych razach łagodność i spokojną mowę, wywołujemy w rodzicach uczucie częstokroć głębokiego wstydu że zaniedbali i skrzywili wychowanie dzieci. Tém przejęci rodzice karzą nieraz dzieci tak, że lekarz ze swego stanowiska jest zuiwolony wmięszać się, zyskując tym sposobem uległość małego pacyenta. Za ogólną zasadę przyjąć można, że dziećcio o tyle łatwiej daje się badać, o ile jest słabszém.

Rzeczony uwagi mogą się wydawać początkującemu lekarzowi i niedoświadczonemu w praktyce dziećcioj za drobiazgowy i mały wagi; jednakże wkrótce potóm będzie mógł przekonnć się, że bez nich niepodobna się obejść i zastosować cały zasób swój wiedzy do danego wypadku.

## ROZDZIAŁ III.

### Żywienie i pielęgnowanie dzieci.

Najlepszym i najwłaściwszym pokarmem dla noworodka jest mleko własnej jego matki, w braku tegoż mamki, a gdy i takowe jest niemożliwem, odpowiednio przyrządzone mleko zwierzęcia domowego.

Co się tyczy karmienia piersią własnej matki, u naszych kobiet tak skwapliwie spełnianego, wbrew przeciwnie zwyczajowi niektórych wielkich stolic europejskich; zachodzą dwa pytania: 1) w jakich razach matka karmić nie może? 2) w jakich nie powinna karmić?

W braku mleka, lub gdy go za mało sutki wydzielają, przy braku brodawek, lub gdy takowe źle są wykształcone, przy chorobach sutek, owrzodzeniach, lub obecności guzów rakowych, matka karmić niepowinna.

Z wielkości i twardości sutek przed porodem nie można stanowczo orzec, szczególnie u pierwiastek, czy po porodzie dostateczną ilość mleka będą wydzielać. Częstokroć u zdrowych i młodych kobiet z dobrze wykształconemi na pozór sstkami, mniej znajduje się mleka niż u słabszych, mających sutki płaskie i nieobiecujące obfitego wyrabiania się mlecznej wydzieliny. Wydzielanie się dosyć znacznej ilości siary podczas ciąży; wnioskować pozwala, że po porodzie prawdopodobnie wytwarzać się będzie dostateczna ilość mleka dla wyżywienia dziecięcia. Pod tym względem *Donné* rozróżnia trzy kategorie kobiet. Do pierwszej zalicza wydzielające tak mało siary, że przy końcu ciąży prawie ani kropli nie można wycisnąć; taka siara posiada mało kulek mlecznych i nieco ciałek siarowatych. W takich razach wnosić można, że po porodzie mała tylko ilość mleka wydzielać się będzie.

Do drugiej kategorii *Donné* zalicza kobiety, u których gruczoły sutkowe wydzielają dużo siary, lecz takowa posiada własności wydzieliny sutek u kobiet zaliczonych do pierwszej kategorii. U ta-

kich spodziewać się można po porodzie obfitęj wydzieliny, ale ta będąc ubogą w kulki mleczne i ciała siarowe jest rzadką i mało pożywną.

Nareszcie do trzeciej kategorii zalicza kobiety wydzielające w końcu ciąży siarę mleczno białą, dość obficie, żółtawo-prążkowaną, ze strzępkami, obfitującą w kulki mleczne i ciała siarowate. W takich razach można z pewnością orzec, że ciężarna będzie zdolną dostarczyć dziecięciu mleko pożywe i w ilości dostatecznej

Jednym z momentów utrudniających ssanie, pomimo dostatecznej ilości wyrabiającego się mleka, jest brak zupełny brodawek, który nie często napotkać się daje; jednakże, skutkiem upowszechnionego zwyczaju ściskania klatki piersiowej sznurówkami, brodawki zostają wciskane i za płaskie do objęcia ustami dziecięcia; z wykle zapózu jest poprawić ten stan po porodzie, a zanim się uda uczynić je zdolnymi do uchwycenia ustami dziecięcia, to naprózu ssaniem trudzi się aż w końcu znużone ssać przestaje. Stan ten jednakże znacznie można poprawić w ostatnich miesiącach ciąży przez odziewanie się luźno, nakładanie kauczukowej pompki, celem sztucznego odciągania brodawki.

Co się tyczy obecności twardych nie bolesnych guzów, dość często napotykanych w sutkach młodych kobiet i dziewcząt, takowe nie należy zamienić z guzami rakowymi, są one bowiem nieszkodliwe, a po uregulowaniu karmienia w drugim tygodniu połogu zupełnie znikają.

Co się tyczy odpowiedzi na drugie pytanie, t. j. w jakich razach bezwarunkowo matka nie powinna karmić?—Orzeczenie jest trudniejsze. Kobiety wątłej budowy i na pozór słabe znoszą dobrze karmienie, skoro sprzyjają warunki ku temu potrzebne. W innych razach kobiety silne z atletyczną budową, leez podległe częstym wstrząśnieniom moralnym, nadzwyczaj prędko chudną podczas karmienia dziecięcia, będąc częstokroć zmuszone zaniechać spełniania tak miłego dla nich obowiązku. Kobiety uległe przymiotowi (*sypylis*), przewlekłym wysypkom skórnym, gruźlicy (*tuberculosis*) lub innym dziedzicznym usposobieniom chorobnym, dnie (*arthritis*) lub padaczce (*epilepsia*) bezwarunkowo karmienia powinny zaniechać. U kobiet dotkniętych macinnicą (*hysteayasis*) karmienie podkopuje ustrój przez utratę soków, przez wpływ układu nerwowego na wydzielinę mleczną, a także i na same dziecko.

Matki w późnych latach rodzące, a szczególnie pierwiastki, powinny zaniechać karmienia własną piersią, z powodu niedostatecznej ilości wyrabiającego się mleka ze znniejszą ilością części stałych, a szczególnie tłuszczu. Podobnie zalecić wypada przy ostrych cho-

robach, a przy wysypkach, tyfusie, gorączce połogowej, jeżeli braknie mleka, lecz dopóki się wydziela, dziecko wypada karmić.

Mleko bezpośrednio nie działa szkodliwie na dziecko, odsunięcie go jest w takich razach dla matki dobroczynnym. Matka ciesząca się dobrym stanem zdrowia, wolna od powyższych wspomnianych chorób lub usposobień do choroby, najlepiej gdy dziecko własną karmi piersią, a nawet przy dość wątłej budowie. Mleko bowiem własnej matki jest najodpowiedniejszym karmem dla jej dziecka, a jak doświadczenie okazało dzieci wątłych matek częstokroć chętniej biorą ich pierś, gdy do innej okazują pewną niechęć.

Matki nie mogące same karmić, powierzają czynność tę mamkom, której wybór z powodu rozmaitych względów napotyka wiele trudności.

Dobrze jest jeżeli mamka na trzy lub cztery tygodnie wcześniej porodziła, aniżeli kobieta, której dziecko ma być do karmienia oddane; w pierwszych bowiem trzech tygodniach prawie każda położnica wydziela dosyć znaczną ilość mleka; później jednakże u wielu wydzielanie mleka z każdym dniem zmniejsza się, tak że jeżeli zachodzi potrzeba przyjąć mamkę która przed kilku dniami rodziła, po kilku tygodniach częstokroć dla braku mleka, mamkę zmienić wypada. Mamki które już kilka tygodni karmiły, unzwyczajają swoją brodawkę do tej czynności bez narażenia się na owrzodzenie brodawki.

Karmienie dziecięcą piersią własnej matki, jeszcze i z tego względu zalecanym być powinno, że skład chemiczny mleka u jednej i tej samej matki jest zmienny i chyba przypadkowo zdarzy się że pokarm matki posiada ten sam skład chemiczny co i mleko matki dziecięcą.

Z postępem czasu mleko traci swe własności lekko czyszczące, siara znika, staje się trudno strawnym i niepożywnym pokarmem.

Mamki do karmienia użyte powinny mieć 20—30 lat; dobrze jest gdy poprzednio odbyły parę porodów i same karmiły.

Mamki niżej 20 lat mające są najczęściej pierwiastki i mniej do karmienia odpowiednie od kobiet, które już parę porodów odbyły.

Po 30 latach życia zmiana materii leniwiej się odbywa, ztąd też wydzielanie mleka zmniejsza się. Według autorów francuzkich mleko brunetek ma być posilniejsze od tegoż blondynek, co jednakże ulega wątpliwości i potrzebuje dokładniejszego zbadania.

Przy wyborze mamki zwrócić jeszcze należy uwagę na jej stan ogólny, istniejące choroby narządów i na budowę sutek. Ostatnie



zbyt wielkie, na pozór wiele obiecujące właściwie tłuszczem przerosłe, zwykle mniej wydzielają mleka, od sutek mierniej wielkości, w których sam gruczoł stosunkowo jest większy, od tegoż w sutkach na pozór wielkich. Sutki mamki, której karmieniu powierzono dziecię powinny być mierniej wielkości, pokryte zdrową skórą, z brodawkami na 2—3 linii długiemi, a uciskane między palcami powinnyby wydawać mleko cienkimi strumieniami z wieln przewodów mleczych. Kobiety blade, z wątlami i sinawemi dziąslami, które krwawia i cuchnącą woń wydają, nie kwalifikują się do karmienia; przeciwnie z prawidłową cerą twarzy, z dobrą budową, łagodnego charakteru i możliwie przyzwoitej opinii, powinny otrzymywać pierwszeństwo. Z tego powodu pożądanem jest starać się na mamkę o kobietę wiejską, nad które Vogel wyżej stawia kobiety miejskie, raz że moralność na wsi mniejszą jest aniżeli w miastach, powtore że mamki wiejskie tęsknią za domem, nie znoszą miejskiego sposobu życia, a pożywienie i trudność zaaklimatyzowania się tym sposobem, pomimo dość silnej budowy, dobrego wyglądu, oraz należycie rozwiniętych sutek mniej użytecznemi są od mieszczauek, lub miejskiej służącej.

Przyjmując mamkę należy obejrzeć ję dziecko, które powinno być dobrze odżywione, posiadać odpowiedniej grubości warstwę tłuszczowej tkanki i być wolnem od wszelkich obrażeń skóry. Mamka zaś winna posiadać sntki w dostatecznej ilości mlekiem wypełnione i odpowiednich własności do wieku dziecięcia. Narządy ję ustroju powinny być zdrowe, nie należy pominąć obejrzenia dziąseł. Szczególniejszą należy zwrócić uwagę na odbyt, na części płciowe, jamę ust, czy nie są zajęte np. przymiotem.

Bischoff daje pierwszeństwo mamkom 25—30 lat liczącym, które przed 6—8 miesiącami odbyły poród; starsze usuwa, alhowiem mleko nie ma posiadać należytych własności. Brunetki przekłada nad blondyny i rude, które mają dużo mleka, lecz według rozbiuru Vernois i Becquerel'a mniej pożywnych części mające.

Przy wyborze mamki należy uwzględnić i stronę ję umysłową. Kobiety łagodnego charakteru z dość dobrze rozwiniętymi władzami umysłowemi są zdolniejsze ochronić dzieci od szkodliwych wpływów, aniżeli kobiety charakteru, porywczego, nagłego i z upośledzonymi władzami umysłowemi; ich miłość i pewne przywiązanie ku dziecięciu wpływa na wyrobienie się w niem dncha i serca, przez ciągłe z nią obcowanie, a będąc wyrozumiałą i cierpliwą zada sobie więcej starania nad dziecięciem ję powierzonym, szczególniejiéj podczas choroby.

Powyżej wspomniane okoliczności, które należy uwzględnić przy wyborze mamek, należy tylko wtenczas zastosować, jeżeli mamy ich kilka do wyboru. Częstokroć dzieje się przeciwnie; w małych miasteczkach, a szczególnie na wsi, pomimo najusilniejszych starań częstokroć niepodobna jest wynaleźć kobiety, któraby posiadała wyżej wspomniane warunki dobrej mamki.

W takim razie każda kobieta wyrabiająca dostateczną ilość mleka w zdrowych sutkach, opatrzonych brodawkami należytej długości, wolna od chorób gorączkowych, przymiotu, gruźlicy lub innych sprowadzających głębokie zaburzenie w ustroju, na mamkę użytą być może.

Obecnie wypada zastanowić się nad własnościami mleka w ogólności, a szczególnie nad mlekiem kobiecym.

#### Własności fizyczne i chemiczne mleka.

Mleko posiada wszystkie pierwiastki, konieczne do odżywienia ustroju i podtrzymania życia. Według *Prout'a* jest ono typem pożywienia. Określenie to stosuje się głównie do pierwiastków, które same przez się zdolne są utrzymać zdrowie i życie dziecięcia, zatem do rozmaitych soli mogących się utleniać i przynajmniej dwóch zwierzęcych ciał z rzędu białkowatych. Zastępować one powinny ubytek pierwiastków w rozmaitych tkaninach ustroju, jakoto: mięśniach, tkance tłuszczowej, kościach, tkance nerwowej i t. p., a zarazem dostarczyć materji do wyrobienia się ciepłika, rozmaitych kwasów zwierzęcych i alkalicznych pływów.

Mleko służyć mające za pokarm ssawcowi, winno posiadać trzy główne części składowe: 1) ciało białkowane, tém jest sernik (*casein*), 2) dwa pierwiastki zdolne do utleniania, mianowicie: tłuszcz (masło) i cukier (*lactin*), oraz 3) sole mineralne rozpuszczone w wodzie, głównie sól kuchenna, fosforany ziemne i alkaliczne i tlenek żelaza. To są główne części składowe mleka, a dla należytego ich ocenienia, wiedzieć potrzeba w jakiej formie rzeczony ciała znajdują się w mleku.

Drobnowidz i chemiczny rozbiór, oto są środki pomocnicze, za pomocą których poznajemy skład mleka.

Dla dokładnego pojęcia i obeznania się z tym głównym, a częstokroć jedynym pokarmem dzieci, należy zastanowić się nad składem

chemicznym mleka kobiet i zwierząt, które to ostatnie w braku mleka ludzkiego zastępują nam takowe. Poznawszy dokładnie stan mleka zwierzęcego, będziemy w możności w razie potrzeby przyrządzić niemowlęciu pokarm, składem swoim najwięcej zbliżony do mleka kobiet i odpowiedni do wieku dziecięcia, które sztucznie karmić wypadnie.

Mleko składa się z części stałych (kulki mleczne, sernik, cukier mleczny i sole).

Kulki mleczne są okrągłe, ogoniaste lub w kształcie biszkoptu, niektóre z nich zawierają małe ciało jak gdyby jąderko; zwykle są gładkie odosobnione i przezroczyste, a otoczenie ich, jakby czarnym krążkiem zdaje się pochodzić od załamania światła. Blisko siebie leżące tworzą białe gromadki, od stosunku których zależy mniej lub więcej ciemna barwa mleka. Wielkość ich bywa rozmaita w różnych gatunkach mleka, zwykle drobnowidzowa  $0,012''$  —  $0,020''$ , zwiększa się jednakże po wstrząsaniu mleka i odstawieniu go na kilka godzin; wówczas powierzchowne warstwy obok zwykłych mlecznych kulek, posiadają znacznie większe kulki tłuszczowe, mające średnicy  $0''$ , $03$  —  $0,04''$ .

Kulki tłuszczowe utrzymują się w gromadkach, zlepione śluzową masą wydzielaną w przewodach mlecznych, oprócz tego bywają napotymane komórki nabłonka, oddzielane z powierzchni błony śluzowej przewodów mlecznych i ciała śluzowe; są to jednak części przypadkowo napotymane, nieobecność ich dla odżywiania jest obojętną. Mleko zatem właściwe jest emulsją, czyli zwyczajnem zawieszeniem tłustej materji w wodzie zgęstnionej sernikiem, a składem swoim jest bardzo zbliżone do krwi. Jednakże pomiędzy temi dwoma płynami zachodzi ważna różnica tak co do jakości, jak i stosunku części składowych stałych do części płynnych.

Zupełnie świeże mleko, oddziaływa alkalicznie, kwaśno zaś dopiero wówczas, gdy część cukru zamieni się przez sprawę robienia w kwas mleczny; tenże wytworzony w pewnej ilości, powoduje oddzielenie się sernika w postaci skrzepu, gdy tłuszcz połączony z pewną ilością sernika, spływa na powierzchnię pod formą śmietanki oddzielającej się zanim mleko skrzepnie. Zawarte w niej kulki tłuszczowe zostają od siebie w pewnym oddaleniu, skupiają się zaś przez wstrząsanie, tworząc tym sposobem masło.

Powyzżej przytoczone uwagi dotyczą mleka zwierząt ssących w ogólności; stosownie jednakże do rodzaju zwierzęcia, osobnikowych (indywidualnych) warunków, a nawet u jednego i tegoż samego osobnika, przy różnych okolicznościach pewne zmiany własności mleka

nastąpić mogą. Rozmaitość ta głównie polega na stosunku części składowych (sernika, kulek tłuszczowych, cukru mlecznego i soli); i tak: mleko krowie jest obfitsze w sernik od mleka kobiety, to jest bogatsze w tłuszcz i cukier od mleka kobiecego.

Różnice odmiany w szczegółowych własnościach zwierzęcych części składowych mleka wpływają na jego skład.

Od natury lotnych kwasów tłuszczowych po części wolnych, po części będących w połączeniu, zależy rodzaj masła odznaczającego się właściwą wonią; u krów przeważa kwas masłowy. Inne części składowe przedstawiają także pewne różnice; sernik mleka kobiecego inaczej zachowuje się od tegoż mleka krowiego.

W niniejszym opisie przyjmijmy za typ mleko kobiece, jako przez naturę nadane do żywienia dziecięcia.

Ciężar gatunkowy mleka kobiet wynosi przecięciowo 1,033, bywa jednakże różnej gęstości, względnie do większego lub mniejszego stosunku wody. W prawidłowym stanie kobiet w pierwszych dniach po porodzie mleko świeże jest żółtawe, później niebieskawo-białe, albo czyste białe, smaku z lekka słodkawego, oddziaływa alkalicznie.

Mleko kobiet pod drobnowidzem przedstawia się w postaci czystego płynu, w którym zarówno jak w emulsi, kulki tłuszczowe tak

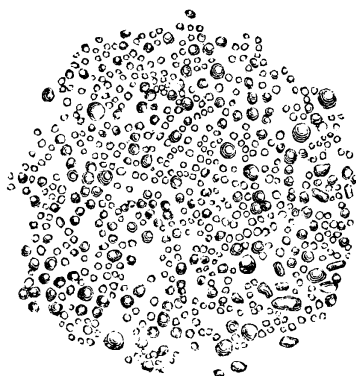


Fig. 2. Kulki mleczne.

zwane mleczne (Fig. 2), mniej lub więcej zapełniają pole drobnowidza. Francuzcy autorowie nie przyznają im osobnej błonki; Vogel jednakże zasadzając się na użyciu rozcieńczonego kwasu octowego do traktowania według metody Henlego kropli mleka, mającej być

pod drobnowidzem badanej, przyznaje im własną otoczkę. Tym sposobem traktowane mleko wykazuje kulki mleczone w postaci owalnej, okrągławej, to znów ogoniastej, lub pod formą biszkoptu; wiele z nich posiadają małą kropkę na podobieństwo jądra komórki, w innych zaś takowe układają się w szeregi.

Kulki mleczone traktowane wzmocnionym kwasem octowym, zlewają się w duże krople.

Mitscherlich w inny sposób przekonywa się o istnieniu błonki na kulkach mlecznych. Wstrząsa on świeże mleko z eterem, który tylko małą ilość tłuszczu zawiera. Gdyby mleko było tylko zawieszeniem tłuszczu w wodzie, traktowane powyższym płynem, powinno by pozbawić się tłuszczu, stać się przezroczystym, a przynajmniej przeświecającym; dopiero rozpuściwszy błonki w węglanie potażu, lub potażu gryzącym, eter zabiera wszystkie tłuszcz, a pozostaje prawie czysta serwatka.

Oprócz kulek mlecznych, mleko posiada i ciała siarowe (*Colostrum-körperchen, corps granuleux*) (Fig. 3). Normalnie spotykamy je

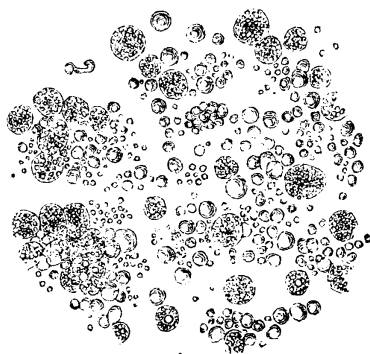


Fig. 3. Ciała siarowe.

tylko w pierwszym tygodniu po porodzie, poczem szybko ustępuje, i znów się pojawia, skoro w okresie połogowym przyłączy się jakiegokolwiek powikłanie, lub też karmiąca ulegnie ostrej gorączkowej chorobie. Ciała siarowe są częścią składową tak zwaną siary, posiadającej gromadki małych pęcherzyków tłuszczowych, zlepionych masą bezkształtną, drobno ziarnowaną. Ciała siarowe mają

0,006<sup>m</sup> — 0,023<sup>m</sup> średnicy; eter łatwiej je rozpuszcza niż ciała mleczne, kwas octowy i potaż rozpuszczają substancję ziarnistą, międzykomórkową i pęcherzyki tłuszczowe, a roztwór wodny jodu, mocno je żółci; z tego wnosić należy, że ciała siarowe są kroplami tłuszczu objętemi białkową materyą, a nie posiadające jądra ani własnej otoczki.

Oprócz wyżej wspomnianych ukształtowanych elementów, natykamy niekiedy w mleku kobiecym komórki nabłonka i ciała śluzowe, jakieśmy już wyżej wspomnieli. Te utwory nie często w normalnym mleku zdarzające się, występują w dość znacznej ilości przy zajęciu gruczołów sutkowych zapalnymi sprawami.

**Chemiczne własności.** Według Donné mleko kobiet w chwili występowania z gruczołu oddziałuje alkalicznie, i dość żywo przywraca barwę zecerwienionemu papierowi lachmusowemu. Własność ta mleka jest niezbyt dawno chemikom znaną, badano bowiem mleko, które już przez pewien przeciąg czasu zostawało w przystępie powietrza i przez wytworzenie się kwasu mlecznego, zmieniło oddziaływania alkaliczne na kwaśne. Niekiedy jednakże najpierw odpływająca część posiada własność czerwienia papieru lachmusowego, co w takich razach tylko ma miejsce, gdy przez pewien przeciąg czasu zostawało w przystępie powietrza i przez wytworzenie się kwasu mlecznego, zmieniło oddziaływania alkaliczne na kwaśne. Niekiedy jednakże najpierw odpływająca część posiada własność czerwienia papieru lachmusowego, co w takich razach tylko ma miejsce, gdy przez pewien dłuższy przeciąg czasu pozostawało w przewodach gruczołu sutkowego. Wówczas bowiem warstwa zalegająca w przewodach najbliższych ich zewnętrznym otworków na brodawce częstokroć oślinionej przez dziecko w przystępie powietrza zaczyna ulegać rozkładowi i skutkiem tego oddziaływała kwaśno nawet w chwili występowania z sutki. Na tę okoliczność należy zwrócić uwagę przy wyborze mamki, a pokarm jej przypadkowo kwaśno oddziaływający nie poczytać za chorobnie zmieniony.

**Chemiczne części składowe** są następujące:

a) Cukier mleczny 3,2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> — 6,2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> w siarze 7<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, z każdym miesiącem ilość jego się zmniejsza, jednakże rzadko niżej 4<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

b) Tłuszcz inaczej masłem zwany, stanowi treść mlecznych kulek, może być odosobniony przez zniszczenie ich otoczek, szybko gorzknie przez utworzenie się lotnych kwasów tłuszczowych. Stosunek według różnych autorów jest różny: Clemm i Scherer

czwartego dnia po porodzie 4,3% podają, dziewiątego 3,5%, dwunastego dnia 3,3%. Chevallier i Henry znalazł 3,5%, Simon znalazł 2,53% — 3,88%; w siarce stosunek tłuszczu się zwiększa, a według Simona do 5% dochodzi.

Dla oznaczenia stosunku tłuszczu najlepiej użyć bardzo prostej próby przez Donné podanej, za pomocą której w przeciągu 2 — 3 minut można oznaczyć procent tłuszczu nawet z bardzo małej ilości mleka.

Szczegółowy opis tego przyrządu zasadzającego się na przejrzystości mleka i sposób użycia jego znajdują się w oddzielnej broszurze pod tytułem: „Eine neue Milchprobs. E. Enke 1862“.

Dotąd oznaczano procentowość tłuszczu mlekomiernem (*Galactometr*) złożonym z rurki szklanej, opatrzonej podziałką 100 stopniową, która do zera napełnia się mlekiem, odstawia na 24 godzin w spoczynku i zlewa zwierchnią warstwę. Ta w dobrém kobiecem mleku nie powinna niżej trzech podziałek zajmować. Sposób ten wymaga 24 godzin czasu i większej ilości mleka, którego odciąganie sprawia karmiącym ból i pewne napotyka trudności. Powyższe niedogodności usuwa mlekomiern *Donnég*o, zwany lactoskopem, za pomocą którego ilość śmietanki ściśle i w krótkim przeciągu czasu oznaczoną być może.

c) *Sernik (casein)* jest w stanie rozpuszczenia, dopóki mleko oddziaływa alkalicznie lub obojętnie; przy obecności kwasu mlecznego, zaczyna się wydzielać w postaci płatków.

Dobre mleko kobiece zawiera 3 — 3,3% sernika, w siarce do 4%; ilościowe znaczenie jego jest trudne i zmusne.

d) Z rozpuszczalnych soli w mleku kobiecém znajdują się: chlorek sodu, chlorek potassu, fosforany alkaliczne, a oprócz tego soda i potaż chemicznie połączone z sernikiem. Z nierozpuszczalnych: fosforan wapna i gliniki, ślady tlenku żelaza i fluor. W ogóle w mleku kobiecém znajduje się 0,16% — 0,20% soli, z których 0,04 — 0,09 są rozpuszczalne; w siarce znajduje się większy stosunek soli. *Beccuere* i *Vernois* zajmowali się szczegółowemi rozbiorami mleka kobiecego, w różnym okresie karmienia i przy różnych okolicznościach wpływających na zmianę jego składu. Wszystkie téż poniżej przytoczone rozbiory chemiczne są wspomnianych badaczy. Z 89 rozbiorów chemicznych mleka w normalnych warunkach wydzielanego, otrzymane wypadki dają następujący średni stosunek:

C. G. średnio 1032,67.

W 1000 częściach znajduje się:

	Najmniej	Najwięcej	Średnio.
Wody	832,30	999,98	888,08
Cukru mlecznego	35,22	59,55	43,64
Tłuszczu	6,66	56,42	26,66
Sernika	19,22	70,92	39,24
Soli	0,55	3,38	1,38
Stałych części składowych	83,33	147,70	110,92

### Zmiany fizyologiczne mleka kobiecego.

Czynność narządów wydzielających, zależna od wielu okoliczności pobocznych, najrozmaitszym ulega zmianom, uwydatniając zarazem obszerność fizyologicznych granic, w których mieszczą się czynności naszego ustroju. Wiadomo że budowa gruczołu mlecznego zostaje zawsze ta sama, chociaż jego wydzielina zmienia swoje własności pod wpływem najrozmaitszych przyczyn. Napróżno usiłowanoby znaleźć chociaż dwie zupełnie zdrowe kobiety, któreby wydzielały mleko zupełnie jednakowego składu, co więcej, u jednej i tej samej osoby skład mleka z każdą minutą zmieniać się może bez występowania z fizyologicznych granic. Przyczyny wpływające na zmianę składu mleka, dadzą się objąć w 5 działach:

1. Konstytucyi karmiącej kobiety i jój wieku.
2. Stanie układu nerwowego.
3. Sposobie żywienia się karmiącej.
4. Przeciągu czasu od chwili porodu.
5. Czynnościach płciowych.

Nad każdym z tych działów wypada nam szczegółowo zastanowić się, raz dla przekonania się o rzeczywistém znaczeniu i udziale ich na zmianę składu mleka, powtóre aby w razie danym umieć ocenić szkodliwość rozmaitych wpływów na skład mleka. I tak:

#### Wpływ konstytucyi i wieku.

Bez wątpienia kobiety zdrowe i silne wydają lepsze mleko od kobiet osłabionych, u których sprawy fizyologiczne odbywają się leniwo, słabo oddziałują na zewnętrzne wpływy i wewnętrzne wzruszenia, gdy są delikatne, częstokroć z jakąś wadą w rozwoju, wątłe i blade, z włosami cienkimi i jasnymi, skłonne do częstych nieżyttów błon śluzów połączonych z obfitszą wydzielina, a nieraz skłonne do chorób skórnych i t. p. Zdarza się jednakże, że kobiety tego rodzaju czę-



stokroć więcej wydzielają mleka od kobiet odznaczających się żywym i twórczym umysłem, u których przyrząd krążenia krwi i oddychania żywo funkcjonują, mających skórę delikatną, pokrytą na twarzy rumieńcem, z rozwiniętą muskularną siłą, u których nareszcie wszystkie czynności ustroju, pomysły, popędy i uczucia odbywają się energicznie.

Następujący rozbiór chemiczny wykazuje wydatną różnicę w składzie mleka, pochodzącą z wpływu konstytucyi kobiet karmiących.

	Z silną konstytucyą.	Ze słabą konstytucyą
C. G.	1032,97	1032,90
Wody	901,19	887,59
Cukru	32,55	42,88
Tłuszczu	25,96	28,78
Sernika	28,78	39,21
Soli	1,32	1,54
Części stałych	88,81	112,49

Z téj tablicy przekonać się można, że kobiety ze słabą konstytucyą wydzielają pożywniejsze mleko.

Co się tyczy wieku mamki, ten jest najważniejszy od 25 — 30 lat, jak liczby przytoczonego poniżej chemicznego rozbioru dostatecznie przekonują.

C. G.	Wiek kobiety wydzielającej mleko.				
	15—20	20—25	25—30	30—35	35—40
C. G.	1032,24	1032,08	1032,20	1032,42	1032,74
Wody	869,85	886,91	892,96	888,06	894,94
Cukru	35,23	44,72	45,77	39,53	39,60
Tłuszczu	37,38	28,81	23,48	28,64	23,33
Sernika	55,74	38,73	36,53	42,33	42,07
Soli	1,80	1,43	1,26	1,44	1,06
Stał. części	130,15	113,09	107,04	111,94	105,06

Z powyższych rozbiorów w średnich liczbach podanych wypada cośmy wyżej powiedzieli, że mleko w normalnym stanie swego składu ulega w różnym wieku rozmaitym zmianom, nieodstępując jednakże wiele od średnich normalnych stosunków. Zastanawiając się nad rozbiorami porównawczemi, spostrzegamy, że przybytek stałych części składowych mleka, zależy od pomnożenia się tłuszczu i sernika. Pomniejszenie zaś ilości stałych części składowych zależy głównie na ubytku soli i tłuszczu. Przybytek lub ubywanie tłuszczu i wody wpływa na podnoszenie się lub opadanie ciężaru gatunkowego. Wzmoczenie ilości sernika zwiększa ciężar. W ogóle rzec można, że znaczny przybytek części składowych sta-

łych w stosunku do pozostałych, powoduje wzmożenie się ciężaru gatunkowego. W miarę przybytku cukru i sernika ciężar gatunkowy się zwiększa i przeciwnie.

Wpływ inercyjności na zmianę właściwości mleka.

U pewnych osób istnieją osobnikowe (indywidualne) właściwości, prawdopodobnie od układu nerwowego zależne, u których rozmaite czynniki wywołują zaburzenia w ich ustroju, gdy dla innych obojętne zostają. Niektórzy autorowie odnoszą to do stanu patologicznego, a raczej do zaburzeń w układzie nerwowym. Przy dzisiejszym stanie nauki, fizjologia ani patologia nie rozstrzygają nam tej niejasnej kwestyi, która może przez długi przeciąg czasu pokrytą będzie ciemną pomroką. Przytaczamy ją jedynie dlatego, że zdarzają się karmiące, które na pozór przedstawiają warunki, sprzyjające wydzielaniu prawidłowego mleka, jednakże z niewytłumaczonych przyczyn wydzielają go małą ilość, a co gorsza niezdrowe i trudne do trawienia. Takie to właśnie wypadki tym działem objąć pragniemy.

Chemiczne rozbiory mleka kobiet podobnymi stanami dotkniętych, nie doprowadziły do żadnych stałych wniosków o zmianie mleka, mogącej w podobnych stanach zachodzić. Tyle jest pewnym, że gniew, przestraszanie, ból i rozmaite moralne wstrząśnienia jak również przypadki nerwowe, wpływają szkodliwie na mleko, a tém samém na ssawca. Pod tym względem gruczoły sutkowe mają pewne podobieństwo z łzowymi, które ulegają pobudzeniu przy każdym prawie wzruszeniu moralnym. Vogel przytacza wypadek u kobiety po napadzie macinnicy (*hysteria*), u której odciągnięte mleko było pozbawione słodczy i barwą do serwatki zbliżone. Dziecko odstawiono od piersi, a po upływie doby gruczoły zaczęły wyrabiać właściwą sekrecyę gęstą, żółto-białą i w tłuszcz obfitującą.

Dzieci karmione mlekiem wyrobioném w podobnych warunkach, ulegają zaburzeniom w układzie trawienia, dostają bólów w brzuchu, biegunki, krzyczą a nawet wpadają w drgawki. To są przekonujące dowody, że wpływy psychiczne zostają w pewnym stosunku do jakości wyrabianego mleka.

Przy wyborze mamki, na tę okoliczność należy zwrócić uwagę; zupełnie zdrowe i dobrze rozwinięte kobiety powinny o ile możności unikać moralnych wpływów, jeżeli chcą cieszyć się zdrowiem dziecięcia karmionego własną piersią.

Wpływ sposobu żywienia się karmiącej, na wydzielinę mleczną.

Przy niedostatecznej ilości pokarmów, stosunek części składowych stałych i ilość mleka zmniejszają się; najwięcej ubywa tłuszczu

i sernika, procent wody się wzmacza, o czém przekonywają nas poniżej przytoczone rozbiory chemiczne.

U karmiących	u dobrze żywionych	u miernie żywionych.
C. g.	1034,68	1031,91
Wody	888,86	891,90
Cukru	42,97	43,88
Tłuszczu	26,88	25,92
Sernika	39,95	36,88
Soli	1,33	1,52
Stał. części	111,14	108,20

Powszechnie istnieje mniemanie, że niektóre pokarmy i napoje sprzyjają wydzielaniu się mleka; nie możemy jednakże w tym względzie żadnych ustanowić prawideł, ponieważ wchłonięcie różnych pokarmów zależy od osobnikowych warunków.

Pewnym jest, że jakość i ilość mleka nie zostaje w prostym stosunku do pokarmów azotowych.

Mamka wiejska n. p. przy pokarmach mlecznych i mącznych zwykle więcej wydziela mleka niżeli przy pożywieniu mięsnym; napoje wyskokowe nadają mu własności stłumiające czynności układu nerwowego. W krajach, gdzie kobiety używają piwa za zwykły napój i przyzwyczajone były wychylać przed ciążą od 2 — 4 kufelków, wyrabiają mleko dobre nie wpływające szkodliwie na dziecko; przyzwyczajające się zaś do użycia piwa dopiero podczas karmienia i używające go w większej ilości, wyrabiają mleko, które powoduje u dzieci napływ krwi do mózgu i zaburzenia w trawieniu, pociągające dla ssawca szkodliwe następstwa.

Używane przez mamki lekarstwa, dostają się i do wydzieliny mlecznej; większą część soli rozpuszczalnych w wodzie, w razie jeżeli nie wywołały obfitej biegunki wysledzić można w pokarmie. Jodek potassu, różne barwiki, n. p. marzanna (*rubia tinctorum*), sparceta pastewna (*hedysarum onobrychis*) z łatwością dają się wykryć jużto chemicznymi odczynnikami, lub przez właściwe zabarwienie mleka; piołun (*artemisia absinthium*) przez smak gorzki, oleje eteryczne wonią, środki drastyczne własnościami powodującymi biegunkę i t. p. Skutkiem przeto dostawania się rozmaitych pierwiastków do mleka, chciano stosować ssawcom niektóre środki przez podawanie ich karmiącej; metoda ta jednakże nie zasługuje na naśladowanie. Lepiej jest przy istnjącém wskazaniu do pewnego środka lekarskiego podać go wprost dziecieniu w odpowiedniej ilości, bowiem tym sposobem dawka może być dokładniej umiarkowaną, nie męcząc bezpotrzebnie karmiącej.

Wpływ przeciągu czasu od chwili porodu na skład chemiczny mleka.

Siara wydzielona w pierwszych dniach po porodzie, posiada jeszcze białko, śluz i duże ziarnowane ciała siarowe.

Wielkość kulek mlecznych jest b. różnaita, posiada większy stosunek cukru i soli, od czego zależą czyszczące własności siary. Z każdym miesiącem ilość cukru mlecznego się zmniejsza, a jak już wyżej przytoczyliśmy do 4% opaść może. Niżej przytoczone tablice rozbiiorów, wykonane przez Becquerel'a i Vernois uwydatniają nam dokładnie zachodzące różnice w stosunku składowych części mleka w różnaitym okresie od chwili porodu.

Od 1—15 dnia.

Czas ubiegły od porodu	3-go dnia	4-go dnia	5-go dnia	8-go dnia	9-go dnia	10-go dnia	11-go dnia	15-go dnia	15-go dnia	5—15 dnia
Ilość rozbiiorów chemicznych	dwa wy-padki	dwa wy-padki	dwa wy-padki	jeden wy-padek	dwa wy-padki	jeden wy-padek	jeden wy-padek	dwa wy-padki	sześć wy-padków	siedm wy-padków
C. g.	1032,23	1032,86	1032,68	1031,15	1031,26	1032,20	1025,61	1032,20	1032,69	1030,33
Wody	874,47	869,34	882,45	872,89	882,97	852,30	871,68	870,11	877,20	869,39
Cukru	43,18	39,75	38,31	42,32	42,27	48,46	35,54	41,13	40,06	41,69
Tłuszczu	33,71	44,44	33,02	38,11	28,29	54,93	56,42	38,50	35,78	41,34
Sernika	47,10	44,18	44,77	44,57	44,47	43,08	32,98	48,66	45,35	45,41
Soli	1,59	1,79	1,45	2,41	2,00	1,23	2,28	1,60	1,61	2,17
Części stałych	125,53	180,16	117,55	127,11	117,03	147,70	128,32	129,89	122,80	130,61

## Wykazanie zmian stosunku części składowych mleka

zachodzących z postępowaniem czasu od 1 dnia do 24 miesiąca po porodzie.

Czas od porodu ubiegły	od 1 dn. do 1 m	1—2 mies.	2—3 mies.	3—4 mies.	4—5 mies.	5—6 mies.	6—7 mies.	7—8 mies.	8—9 mies.	9—10 mies.	10—11 mies.	11—12 mies.	12—18 mies.	18—24 mies.
	13 wy- padk.	2 wy- padki	4 wy- padki	7 wy- padk.	7 wy- padk.	9 wy- padk.	9 wy- padk.	5 wy- padk	4 wy- padki	3 wy- padki	7 wy- padk.	7 wy- padk.	12 wy- padk.	1 wy- padek
C. g.	1031,69	1031,11	1031,70	1032,90	1032,10	1034,35	1034,97	1031,37	1032,88	1031,44	1031,61	1030,68	1032,50	1030,81
Wody	872,84	872,99	872,16	889,76	888,25	901,51	891,35	889,49	891,65	889,28	900,83	889,04	891,34	876,55
Cukru	40,40	43,13	43,37	44,47	44,66	42,00	44,18	41,52	45,31	45,84	47,62	43,91	43,92	41,33
Tłuszczu	39,55	34,05	31,22	27,79	27,31	16,57	24,35	22,79	23,06	25,03	19,47	24,61	24,44	43,47
Sernika	45,38	48,26	37,92	36,96	38,28	38,63	38,86	45,02	38,79	38,57	31,06	41,06	36,98	37,32
Soli	1,83	1,57	1,33	1,11	1,50	1,29	1,26	1,18	1,18	1,28	1,22	1,38	1,32	1,33
Części stałych	127,16	127,01	113,84	110,33	111,75	98,49	108,65	110,51	108,35	110,72	99,37	110,96	108,66	123,43

Z powyższego przekonywamy się, że w mleku kobiety wydzielaném w pierwszych dniach po porodzie t. j. w siarze znajduje się stosunkowo więcej tłuszczu i soli, co powoduje czyszczące własności mleka wyrabianego w tym okresie karmienia.

Wpływ czynności płciowych na wydzielinę mleczną.

Czynność narządu płciowego niezaprzeczony wywiera wpływ na wydzielanie się mleka.

W razie okazania się czyszczeń miesięcznych u karmiącej, ilość mleka zmniejsza się, to staje się gęstszym skutkiem powiększenia stosunkowej ilości tłuszczu, sernika, cukru mlecznego i soli. Dzieci tego rodzaju wydzieliną mleczną karmione, trudno trawią i stają się niespokojne. Po ukończeniu czyszczenia miesięcznego, wracają zwykle pierwotne własności i ilość mleka; z tego powodu nie należy uwalniać mamkę miewającą upływy miesięczne, należy raczej wyzekać powtórnego okazania się ich i mamkę dopiero w takim razie uwolnić, jeśliby dziecko przez dłuższy przeciąg czasu było niespokojne.

Becquerel i Vernois podają rozbiory chemiczne mleka wydzielanego podczas braku czyszczeń, przy powtarzaniu się ich podczas czyszczenia miesięcznego.

	Podczas braku czyszczeń	Przy powtarzaniu czyszczeń	Podczas czyszczenia
C. g.	1032,24	1031,94	1031,98
Wody	889,51	886,84	881,42
Cukru	43,88	41,68	40,49
Tłuszczu	26,54	26,98	29,55
Sernika	38,69	43,58	47,49
Soli	0,30	1,32	1,45
Części stałych	110,49	113,56	118,58

Przy ponowném zająciu w ciążę, ilość mleka naraz znakomicie się zmniejsza i przybiera własności siary; w wyjątkowych tylko razach żadna nie następuje zmiana tak w jakości, jak i w ilości. Najwłaściwiej w takim razie zaprzestać karmienia, albowiem dalsze podawanie piersi wpływa szkodliwie na rozwój płodu. Poprzednie odbycie kilku ciąży nie zostaje bez wpływu na jakość mleka; kobiety które już poprzednio raz lub więcej rodziły, wydzielają mleko ob-

fitsze w pożywne części składowe, niżeli pierwiastki; za częste jednak cięże zubożają mleko.

Poniżej przytoczone rozbiory wykazują wpływ odbytych ciąży na skład mleka.

	U pierwiastek	U kobiet które już rodziły.
C. g.	1031,84	1032,30
Wody	889,35	885,53
Cukru	44,14	46,82
Tłuszczu	25,66	27,01
Sernika	39,46	39,27
Soli	1,39	1,37
Części stałych	110,65	114,47

Z powyższej tabeli przekonywamy się, że poprzednie odbycie ciąży przyjaźnie wpływa na skład wydzieliny gruczołów sutkowych.

Wedle dzisiejszego stanowiska nauki, nie jest jeszcze należyście rozstrzygnięte, czyli spółkowanie, po którym nie nastąpiło zapłodnienie, wywiera wpływ na wydzielinę mleczną? Zdaje się że umiarkowane zadawalnianie popędu płciowego nie wpływa szkodliwie na mleko, jeżeli nie nastąpiło zapłodnienie.

Przy ciążach następujących po sobie w krótkich odstępach czasu, wyradza się zubożenie krwi i ogólne podrażnienie strony czuciowej układu nerwowego (*hyperaesthesia universalis*), a wówczas mleko wydziela się skąpo i ubogie w pożywne części. Jednakże najszkodliwszy wpływ wywierają choroby tak przewlekłe, jak i ostre gorączkowe. Kobiety gorączkujące tracą mleko zupełnie, lub też ilość jego się zmniejsza, gdy zaś kulki siary pomnażają się. Ilość wody prędzej niknie niż części stałych, tak że w początku gorączkowego cierpienia zwiększony ich stosunek jest powodem zaburzeń w przewodzie pokarmowym u ssawców; pomimo tego Vogel radzi dotąd karmić dziecię piersią chorój matki lub mamki, dopóki gruczoły sutkowe są czynne, lub ssawiec nie uległ ważniejszym zaburzeniom w narządzie trawienia. Bezwarunkowo i bezzwłocznie należy odstawić ssawca od piersi, jeżeli karmiąca uległa chorobie zaraźliwej, ostrym wysypkom, tyfusowi plamistemu, przymiotowi i t. p.

Rozebrawszy tym sposobem własności mleka przy rozmaitych okolicznościach towarzyszących karmiącej, a wpływających na zmianę jego składu, zapytajmy się jakie mleko jest najwłaściwsze dla ssawca?

Posiada odpowiednie własności, jeżeli:

1) napełniony niém mlekomierz, ze stustopniową podziałką i pozostawiony pod przykryciem przez przeciąg jednej doby, oddziela warstwę zwierchnią na wysokości trzech podziałek.

2) papier lakmusowy nie czerwieni, a kurkumowy z lekka brunatni.

3) posiada słodkawy smak i

4) po ośmiu dniach od chwili porodu dziecięcia, badane pod drobnowidzem, nie wykazuje ciałek siary i nabłonka, a kulki tłuszczu wielkością swoją przedstawiać powinny wielką rozmaitość i nie skupiać się w gromadki.

Przy wyborze jednakże mamki należy głównie zwrócić uwagę na stan jój zdrowia, oddychanie, na powłokę ogólną, trawienie i na stan narządu płciowego. Te bowiem względy są ważniejsze od składu chemicznego i własności fizycznych mleka, gdyż odpowiadająca na nie, dobre mleko wydzielać będzie.

Ilość mleka zasługuje jeszcze na większą uwagę od jego jakości.

Chcąc oznaczyć jego ilość z pewną ścisłością, należy zważyć dziecę przed i po ssaniu, waga powinna się zwiększyć przecięciowo od 3 — 5 uncyi. Sposób ten jednakże oznaczenia ilości nie zawsze mile jest widzianym w prywatnej praktyce, wówczas wprawny lekarz w przybliżeniu ocenić ją może, zwracając uwagę na czas i jakość ssania. Ilość mleka dla dziecka wówczas będzie wystarczającą, jeżeli przy ssaniu nie wysila się i wypuszcza go w części kątami ust, a po półgodzinném ssaniu zadowolnione puszcza pierś spokojnie.

Wynalazłszy mamkę pod każdym względem zadość czyniącą wymaganiom, należy przyjąć następujące środki ostrożności celem zachowania nadal jój zdrowia, przez to i dziecka powierzonego jój karmieniu. Dla osób niższego stanu, szczególnież wiejskich, kąpiele ciepłe są rzeczą nigdy nie praktykowaną, lub tak niezwykłą, że trudno jest przekonać niedbałą o czystość mamkę, aby brała całą kąpiel; lepiej przeto będzie w podobnych razach, dać jój parę razy w tygodniu waniankę ciepłej wody i kawałek mydła, a przy dobrej chęci utrzyma dostateczną czystość. Mamka przyzwyczajona oddawna do ciepłej kąpeli i w okresie karmienia powinna jój używać dla utrzymania czystości; to samo powiedzieć można o kąpielach zimnych, rzecznych i morskich, słowem nie należy zmieniać nawyknień poprzedniego sposobu życia karmiącej.



Sposób żywienia się jęj nie powinien być wyszukany, owszem, moze jeść wszystko co jęj smakuje, z wyjątkiem potraw bardzo korzennych, słonych, lub napojów wysokowych. Najlepięj jest aby tryb życia mamki nie różnił się od przyjętego w rodzinie do której ją przyjęto, dodając jeszcze parę razy dniem odpowiednie potrawy do brze ugotowane i przyrządzone stosownie do jęj smaku.

Sypialnia ma być należycie przewietrzana, a bezwzględnie na stan pogody, mamka powinna codziennie odbyć przechadzkę na świeżem powietrzu, bacząc aby w razie nie znania jęj dokładnego, sama nigdy nie wychodziła, celem uchronienia dziecięcia od następstw, mogących być wywołanemi przez nadużycia popełnione przez mamkę.

Powszechnie panuje przesąd przeciw mamkom, które miewają czyszczenia miesięczne: kilka kropel krwi na jęj bieliznie, zwykle przeraża rodziców ssawca. Niebezpieczeństwo jednakże nie jest w takim stopniu jak sobie wyobrażają, albowiem większa część mamiek miewają czyszczenia słabe i niejednostajne, wydzielając wówczas nieco mniej mleka. Wprawdzie dzieci dostają potem boleści w brzuchu, lecz po jednym do trzech dni takowe mijają, mamka zaś i ssawiec wracają do normalnego stanu zdrowia.

Na dwie ostrożności należy zwracać baczną uwagę:

1) Pierś nie powinna być środkiem uspakajania dziecka, podawać ją należy jednostajnie co dwie do trzech godzin. Niespokojność wydarzająca się w przestankach, nie ozuacza głodu, ale najczęściej jest wywołana przesadnym krępowaniem dzieci w powijkach, lub przemoczeniem pieluch.

W porze nocuęj przestanek moze być czterogodzinny, np. od 9 wieczór do 1 po północy; niepodawanie dziecięciu piersi od wieczora do następnego ranka, zalecanego przez niektórych pediatrów, rzadko kiedy jest możliwem.

2) Mamka nie powinna nigdy wspólnie z dzieckiem sypiać. Wiele zagadkowych wypadków nagłej śmierci ssawców, przypisać można przypadkowemu zaduszeniu w łóżku przez matkę lub mamkę.

Mamki zostające w łóżku i karmiące podczas zasypiania, mogą dziecko przygnięść swęm ciałem, lub przydusić pierzyną, którą bezwiednie podczas snu nasuwają. Z tego powodu troskliwa matka powinna w nocy kilka razy zajrzeć do dziecka, a w razie przestąpienia dopiero wspomnianej ostrożności naganić mamkę z całą surowością.

Również dbać należy, ażeby wszystkie czynności fizyologiczne, a szczególnięj układ trawienia odbywały się normalnie. Wiadomo bo-

wiem że wiele kobiet ulega uporczywemu zaleganiu kału w kiszkiach, i jeżeli takowe nie zostanie usunięte z początku lekkim środkiem, jak np. powidełkami senesowemi lub gotowanemi śliwkami, z czasem wykształcić się może większe zaburzenie.

Mamka powinna być traktowana z współczuciem i uprzejmością, albowiem istoty te zmuszone koniecznością pozbycia się własnego dziecka, zasługują na pożałowanie, chociaż to z własnej winy. Każda matka powinna mieć na uwadze, że karmienie cudzego dziecka własną piersią, ściśle rzeczy biorąc, mamce nie da się wynagrodzić pieniędzmi.

W końcu zastanówmy się nad pytaniem: kiedy i w jaki sposób odstawić należy dziecko od piersi? Odpowiedź na nie rzadko kiedy zależy od uznania lekarza. Zwykle na oznaczenie czasu odstawienia wpływa wiele pobocznych zewnętrznych okoliczności, oprócz innych względów ze stanu zdrowia mamki i dziecka. Tu, podobnie jak w wielu razach praktyki lekarskiej, z kilku cyfer niepodobna wyprowadzić wniosków. Raczej należy wziąć na uwagę wiele towarzyszących okoliczności i takowe ściśle rozważyć.

Najwłaściwszém będzie dziecięciu pozwalać ssać pierś dopóki mu to służy i chętnie ją przyjmuje.

Karmiąca nie powinna na zdrowiu szwankować, utrzymywać się przy siłach, odpowiedniej tuszy, ze zdrową cerą, być wolną od wszelkich nieprawidłowych objawów ze strony układu nerwowego.

Stosunek ten pomiędzy zdrową mamką i silnym dzieckiem trwa w naszym klimacie 4—8 miesięcy, później ilość mleka nie wzrasta się w stosunku do podwyższonego apetytu ssawca; czyli że temuż nie starczy pokarmu. Wówczas potrzeba dawać dziecku oprócz piersi jeszcze i inne pokarmy.

I tu nie można naprzód orzec, która potrawa jest właściwą lub szkodliwą, bo nie wszystkie dzieci mają jeden gust, a stan ich żołądka bywa także rozmaitym; niektóre z nich przyjmując raz jeden dziennie pokarm z piersi, gardzą mlekiem krowiém lub jakkolwiek z témże przyprawą, natomiast chętnie spożywają różne rosołki,—inne znów nie chcą papki mącznej, przekładając papkę z sucharka lub bułki,—inne nareszcie nie chcą rosołu, a chętnie przyjmują zupełną mleczną i t. p. Z téj przyczyny Vogel zaczyna od podawania rzadkiej papki z bułki, skoro jednak przez tydzień dziecię okazuje niechęć do tego rodzaju pokarmu, zmienia go na papkę mączną, a w razie nowego oporu, radzi podawać rosołek gotowany z bułką.

Jeżeli przed 8 miesiącem pokarm mamki niedosyć nasycy, podawać należy dziecieniu jedną z powyższych trzech potraw. W pierwszym miesiącu zadaje się papkę jeden raz, przez drugi miesiąc po dwa razy, przez trzeci miesiąc po trzy razy dziennie. Tymczasem dziecko wucza się żuć skórkę bułki i pić wodę, przyjmując parę razy nocą pierś i nie wiele o nią dba, jeżeli ostatecznie dostawać będzie w nocy w miejsce pokarmu, odpowiednio przyrządzone ciepłe mleko krowie.

Takie są najpewniejsze środki dla odstawienia dziecka od piersi bez szkody. Dosyć często zdarza się, że w bardzo krótkim przeciągu czasu lub na raz traci mamkę. W takim razie nader ważnem jest baczyć na okres zębowania, po którym łatwo przenieść może bez niebezpieczeństwa nagłe odstawienie go od piersi; o czem z większą pewnością wnosić można, jeżeli nie będzie w następnych tygodniach nawiedzone nowymi dolegliwościami, zostającymi w związku z zębowaniem. W przeciwnym razie przyłącza się częstokroć obfita biegunka, opierająca się wszelkiemu lekarskiemu działaniu, której skutki spostrzegać się dają u dziecka niekiedy przez kilka miesięcy. Skoro dziecko wystąpiły przednie dolne i górne zęby sieczne bez żadnych złych następstw, podawać mu można pokarm ściślejszy i zbitszy od mleka. Zwyczajnie szkodliwem jest dla matki karmić dziecię dłużej nad jeden rok; wówczas bowiem ilość wydzielającego się w sutkach mleka maleje, — a dziecię ssące otrzymując za mało naraz płynu w usta, same odmawiają się od przyjęcia piersi. Niekiedy jednakże inaczej się dzieje; zdarza się spotkać matki, które przez zbyt wygórowaną miłość i przywiązanie do własnego dziecka więcej niż dwa lata karmią, dopóki znużone tém dziecko przekładając inny pokarm, nie porzuci samo karmiącej piersi.

Jeżeli matka sama karmić nie może a nie jest dosyć zamożną przyjąć mamkę lub w braku takowej pozostaje uciec się do sztucznego karmienia, którego głównymi warunkami będzie staranny wybór przygotowanie odpowiednich pokarmów, cierpliwość, wytrwałość, punktualność i zręczność w podawaniu tychże, nareszcie zupełna czystość naczyń w których pokarmy są przyrządzane i podawane. Mleko krowie najdogodniej zastępuje pokarm matki, nie tak dla podobieństwa w składzie, jak raczej dla niskiej ceny i łatwości dostania go. Kilka odsetek więcej twarogu i masła i kilka odsetek mniej cukru mlecznego, nie mogą stanowić wielkiej różnicy w odżywności, zachodzącej w istocie pomiędzy mlekiem krowim i ludzkim, o czem powyżej przytoczone rozbiory Becquerel'a i Vernois dostatecznie nas przekonują.

Ważniejszą różnicę pomiędzy pokarmem a mlekiem krowim w tém upatrywać należy, że sernik z mleka kobyiego ścina się w żołądku

dziecięcia w drobne lekkie kłaczki, oblegające się lekką warstwą śluzową, gdy sernik z mleka krowiego zbija się w kulki duże i zbite. Można się o tém przekonać z łatwością, jeżeli za pomocą tarcia w okolicy żołądka usposobi się ssawca do womitowania, po upływie kilkunastu minut lub godziny od chwili użycia mleka krowiego lub kobiecego.

W wyrzuconych massach po użyciu mleka kobiecego, wiotkie płatki ściętego sernika zostały przetrawione, kiedy po użyciu mleka krowiego sok młodościanego żołądka, nie zdołał rozpuścić ciężkich bryłek twarogu. Takowe zostawszy przez pewien przeciąg czasu w żołądku i przesuając się przez cały przewód trawienia pod formą masy zbitęj i kwaśnej, po większej części niestrawionęj, wywołują ciągle drażnienie. Jeżeli przeto zachodzi konieczność zadania mleka krowiego w braku mamki, szkodliwą tę własność twarogu można zubożętnić przez dodanie alkaliu. W tym celu Vogel używa roztworu pojedynczego węglanu sody z drachmy na 6 uncyi wody, dolewając po jednęj łyżeczce od kawy do każdęj porcyi zimnego mleka, z któregó mamy zamiar przyrządzić papkę.

W lecie cała doza mleka na 12 godzin obliczona, zaraz po przyniesieniu do mieszkania zaprawia się alkalicznie w stosunku jednéj łyżki roztworu sody na 5 uncyi mleka.

Małym dzieciom do trzech miesięcy najwłaściwsza jest mieszana za pokarm służyć mająca, złożona z dwóch części mleka krowiego przegotowanego i jednéj części wody osłodzonéj cukrem mlecznym w stosunku dwa łuty na funt. Mieszaninę za każdém podaniem świeżo przyrządzać należy.

Dzieci starsze od trzech miesięcy dostają już i znoszą dobrze mleko naturalne ustałe, zbierane z dodatkiem soli. W pierwszych trzech miesiącach życia unikać wszelkich dodatkowych pokarmów, jakoto: papki, zupy itd. odkładając to dopiero do miesiąca czwartego.

Papkę przyrządza się najlepiej mocząc przez kwadrans w zimnéj wodzie ówiartkę czerstwéj bułki, po wyciśnięciu zagotowuje się ją 6—uncyami mleka niezbianego z dodatkiem alkaliu, oraz cukru mlecznego na koniec noża. Dogodniéj jest przyrządzać papkę z mąki pszennej i zesrutowanego słodu na sposób jak używają w browarach, mączki rakachout, ryżowéj lub otrzymanéj z korzenia rośliny aksamitowca trzcinnego (*Maranta arundinacea*) t. j. arrowroot—mączki zwanéj salepem zachodnio-indyjskim; dwie ostatnie w klój roślinny bardzo ubogie.

Papka z arrowroot przygotowuje się sypiąc w naczynie porcelanowe jednę łyżeczkę od kawy z dodatkiem wody zimnéj w ilości

dostatecznej do utworzenia zawiesistego płynu, do tego dolewa się filiżankę mleka wrzącego, wody lub rosółku, przy staranném miészaniu zagotowując przez parę minut do gęstości rzadkiej galarety.

W ostatnich czasach zyskuje coraz więcej zwolenników tak zwana „zupa Li e b i g a dla dzieci“ której opis przez Prof. F u d a k o w s k i e g o znajdujemy w „Gazecie Lekarskiej“ T. II Ner. 28. Najmłodsze nawet dzieci chętnie ją przyjmują i łatwo znoszą.

Przygotowuje się biorąc: 1 łut mąki pszennej miernego gatunku, jako więcej mączki zawierającej, 1 łut zeszlutowanej mąki słodowej zmieszanej z 45 granami krystalizowanego węgla potazi (*Kali carbonicum cristallisatum*), 2—3 łyżek wody i 10 łyżek ustalego i zbieranego krowiego mleka. Mieszanie ogrzewa się bezustannie na słabym ogniu dopóki nie zgęstnieje, zdejmuje się i przez 5 minut jeszcze miésza; ogrzewanie powtórzyć należy a następnie przedcedzoną przez sitko odstawia się w ciepłe miejsce i ostatecznie zagotowuje.

Li e b i g uznał za dogodny jeszcze inny sposób przygotowania swojej zupy, podany przez jedną z matek. 1 łut pszennej mąki zagotowuje się z 10 łyżkami mleka, do téj papki dodaje się szrut słodowy zmieszany z 2 łyżkami wody i 30 kroplami roztworu dwuwęgla potażu (2 części na 11 części wody), przyrządzoną mieszanie stawia się na lampce nocnej na pół godziny, poczem zupa staje się płynną i słodką. Przyrządzenie zupy w taki sposób wymaga więcej czasu i trudu. Inny jeszcze sposób jest następujący: 10 łyżek mleka zmieszanego ze szrutek słodowym mąki pszennej ogrzewa się 3—4 minut bezustannie mieszając, poczem zdjawszy naczynie z ognia dodaje się 1 łut zeszlutowanej mąki słodowej zmieszanej z naparstkiem roztworu dwuwęgla potażu w powyżém podanym stosunku i dwiema łyżkami wody. Mieszanie tym sposobem przygotowaną dodaje się do papki mlecznej uprzednio przyrządzonej, miésza się i odstawia w ciepłe miejsce na pół godziny w naczyniu przykrytém. Massa staje się płynną, przybiera słodki smak przez zamianę mączki pszennej w destynę i cukier skutkiem działania szrutu słodowego. W końcu zagotowuje się mieszanie a dla usunięcia otręb szrutu słodowego, przepuszcza się przez sitko.

W większych stolicach i miastach trudno jest o mleko świeże niefałszowane, dlatego przy sztuczném karmieniu dzieci dołożyć należy wszelkiego starania, aby mleko zupełnie czyste do karmienia używać, chociażby je przyszło sprowadzać z pobliskich miasta okolic.

Jeżeli towarzyszące okoliczności uboczne uniemożliwiają zaopatrzenie się w tego rodzaju mleko, uciec się należy do środków zastęp-

czych, których jednakże użyteczność zwłaszcza przy dłuższym stosowaniu jest zagadkowa. Zaliczamy tu rosołek z cieleciny zaprawiony żółtkiem, klejki, odwary z korzenia storczykowego, papka marchwi w ostatnich czasach bardzo zalecana.

Przyrządza się ją mieszając 2 łyty tartej marchwi z 6–8 uncjami wody, a po dwunastu godzinach wytrawiania przeciska przez płótno, poczem 4 części oddzielnego soku zmieszane z jedną częścią bułki zagotowuje się kilkakrotnie na słabym ogniu i w końcu lekko cukrem mlecznym osładza.

Zdarza się spotykać dzieci, które wcale nie znoszą mleka, gdy papką marchwianą i klejkiem lub rosołkiem żywią się przez kilka miesięcy.

Zauważano jednak, że dzieci tym sposobem karmione powoli wzrastają, tkanka tłuszczowa podskórna nienależycie jest rozwinięta dla uniknięcia przeto nieprawidłowości w ich rozwoju należy ponawiać próbę z mlekiem słodkiem w powyżej podany sposób, a częstokroć się zdarza, że dzieci poprzednio nieznoszące mleka, później się do niego przyswajają.

Jeden z powyżej przytoczonych pokarmów, który dla dziecięcia najodpowiedniejszym się okaże, podawać można w pierwszych dniach łyżeczką lub też dzióbkwatém naczyniem, a jakkolwiek dzieci do tego łatwo nawykają, lepiej jest użyć szklanej ssawki, wyrabiającej muskuły twarzy w sposób podobny jak brodawka piersiowa.

Najprostszą szklaną ssawką składa się z faszeczki 4–5 uncyjowej z wąską szyjką, zatykaną kilkoma czopkami z nowej delikatnej gąbki które przechowywać należy w zimnej wodzie i codziennie kilkakrotnie zmieniać.

Czopki te przytwierdza się paskiem z delikatnej tkaniny lnianej; naśladują one do złudzenia kształt i miąższość brodawki piersiowej; jeżeli odpowiednio przytwierdzonymi zostaną.

Chcąc nadać miłszy pozór takięj szklanej ssawce, można faszeczkę obsadzić kapslem złotym, srebrnym, cynowym, kościanym itp.

Jeszcze dogodniejszymi są w praktyce tak zwane kapturki kauczukowe, które łatwo być mogą utrzymane w czystości, a dzieci chętnie biorą w usta.

Nie możemy pominąć jeszcze wzmianki o tak zwanym smoczku, którego użycie jest bardzo rozpowszechnione, niestety częstokroć ze szkodą ssawca.

Przyrządzony on bywa z tłuczonych obwarzanków, rozrobionych wodą, lub mlekiem i dobrze osłodzonych; tak przygotowana miazga

wkłada się w szmatkę płócienną i zawiązuje w formie gałki wielkości małego jabłuszka.

W niektórych razach świadczy on dobrą usługę, mianowicie gdy dziecko trudno jest uspokoić; wsunięty wówczas rzeczony wążek w usta dziecięcia, sprowadza błogi spokój całemi nawet godzinami; lecz przez ciągle ssanie policzki dziecięcia zbyt naprężają się, tworząc zbezkształniające wydęcia, nawet w chwili, gdy w ustach smoczek nie tkwi.

Użycie smoczka jeżeliby takowy można znosić, wymaga wielkiej staranności o którą najczęściej jest bardzo trudno, zawartość jego zetknięta z ciepłą jamą ustną w przystępie wilgoci szybko ulega kwaśnemu robieniu, ztąd trawienie utrudnia się, na błonie śluzowej jamy ustnej zaczynają wytwarzać się pleśniawki, znajdując ku temu sprzyjający grunt a gdy zaburzenia w narządzie trawienia coraz dalej postępują życie dziecięcia zagrożonem być może.

Dla uniknięcia podobnych następstw, obowiązkiem każdego z nas jest wpływać na zaniechanie użycia smoczków. Wszelako łatwiej to zalecać aniżeli dopełnić. Wystawmy sobie kobietę pracującą na wyżywienie swojego niemowlęcia a może i kilku drobnych dzieci, którym resztę wolnego czasu po całodziennych trudach poświęca, przymuszoną podczas nocy mieć ciągle dziecko przy piersi, do której go przyzwyczaiła; kiedyż spocznie, kiedyż nowych sił do pracy na dzień następny nabierze? W najlepszym razie przyzna słuszość lekarzowi, ale nocny dziecięcia krzyk zmusi ją do ponownego czepienia się smoczka. Rzadko się przeto udaje, aby nasze w tym względzie polecenie wypełnionem zostało, szczególnie u niezamożnych.

U ludzi zaś zamożniejszych, jeżeli nie karmi matka, czyni to mamka; pierwsza z troskliwości, druga z przyjętego na siebie obowiązku pielęgnują dziecię, a odświeżają często smoczek nieszkodliwym go czynią. Najlepiej jednakże byłoby smoczek z użycia wycofać.

Co się tyczy karmienia dzieci przez zwierzęta, jak np. kozy, młode oślice i t. p. takowe przedstawia wiele trudności a mogące być wygodnie zastąpione odpowiednio przyrządzonem mlekiem krowim, nie zasługuje na bliższe zastanowienie się nad niem.

Powyżej podane sposoby sztucznego żywienia dotyczą dzieci do końca pierwszego roku życia. W drugim można rozpocząć podawanie miękkiego i drobno pokrajanego mięsa, również znoszą bardzo dobrze dojrzały owoc, jeżeli ze strony przewodu pokarmowego nie zachodzi przeciwwskazanie.

Przytoczymy tu wzór dziennego jadłospisu według Vogla, dla dziecka dwuletniego, a mianowicie po skończeniu pierwszego zębowania: rano o godzinie 6—7 z rana w lecie, 7—8 zimą, zupa mleczna, kaszka na mleku.

O godzinie 9—10 bułeczka lekko masłem nasmarowana lub kaszka na zupę.

O godzinie 12 rosółek, mięso z sosem lub miazgą z kartofli; zamiast mięsa można podać potrawy mączne zaprawione jajami, cukrem i masłem.

Po południu pomiędzy 3—4 mleko z bułką, latem owoce z chlebem.

Wieczorem o 7 god. rosółek, zupa mleczna lub kaszka stosownie do zamożności.

Cukier nie służy dzieciom. Ile możności chronić należy dziecię przyzwyczajenia do nocnego jedzenia.

Po ukończeniu trzech lat dzieci znoszą każdą jarzynę; dobrze wychowane mogą wespół z rodzicami jadać; jedynie należy im odmawiać potraw słonych, bardzo korzennych i bardzo kwaśnych.

Podawanie wina przed 14 rokiem jest niewłaściwe; piwo, kawa, herbata i inne pobudzające napoje są zbytecznymi.

Bułki zastąpić można dobrze wypieczonym czerstwym chlebem.

Niechaj dziecko cały obiad je na tym samym talerzu, po wypróżnieniu talerza z zupy dawać dopiero następne potrawy, a tym sposobem nazwyczajają się do spożywania tego, co im się poda, uchroniając od łakomstwa i nawyknień.

Nareszcie w końcu tego działu wypada nam zastanowić się nad pielęgowaniem dzieci w okresie najszybszego ich rozwoju, odnosi się ono do utrzymania skóry w należytej czystości i działalności, odziewania dzieci i utrzymania właściwego stopnia ciepłoty w mieszkaniach okoliczności te na pozór niewiele znaczące, wiele wpływają na ich rozwój i utrzymanie w moralnym stanie zdrowia.

Skóra noworodka pokryta jest mazią (*vernix caseosa*), którą usunąć należy przez smarowanie obojętnym tłuszczem i obcieranie płótnem. Małe dzieci należy codziennie kąpać po 10 minut w wodzie ciepłej, ogrzanej do 27° R. wyjąwszy w razach, jeżeli dziecko uległo ważniejszej chorobie, mianowicie gorączkowej. Miejscowe cierpienia mniejszej wagi nie wikłające się z poruszeniami gorączkowymi, nie stanowią tu przeciwwskazania. Po kąpieli miejsca na skórze układające się w fałdy i zagłębienia przesypywać nasieniem widłaka (*Lycopodium clavatum*) celem uniknięcia tak zwanych odparzeń i zapobiegania od szkodliwego wpływu zalegać mogącego moczu lub szczątków kału.



W drugim roku skoro wypróżnienia pęcherza i stolcowe odbywają się regularniej, codzienna kąpiel jest zbyteczną; dzieci same zaczynają nawykać do czystości, a 3 do 4 razy na tydzień powtarzana kąpiel w wodzie na  $+23-24^{\circ}$  R. dostateczną się okazuje. Od 3 roku wystarczają dwie kąpiele tygodniowo dla utrzymania skóry w czystości i naturalnym przeziwieniu.

Kąpiele rzeczne lub morskie mogą być stosowane dopiero u dzieci starszych, niezaniebując także nauki pływania u obu płci, jako bardzo przyjaźnie działającej dla rozwoju ciała i utrzymania dobrego stanu ich zdrowia.

Prawidłowa działalność skóry, również zależy od utrzymania odpowiedniej ciepłoty powietrza w którym dzieci pozostają, unikania nagłych przejść z zimna do gorąca lub z tegoż do zimna, odpowiedniego odziewania dzieci i ogrzewania mieszkań.

W pierwszych 8 dniach życia, dla uniknięcia zbyt rażącego światła pozostawać winny nawpół zciemnionym pokoju, a stopniowo przyzwyczajane do coraz jaśniejszego światła, po 14 dniach mogą bez narażenia się w nim przebywać.

Pokój powinien być suchy, przewietrzony codziennie przez otwieranie okien, w którymto czasie dziecko przejść do innego powinno.

Noworodki zrodzone w letnich miesiącach można wynosić codziennie na powietrze, w zimie jednakże należy zachować ostrożność i przed dziesiątym tygodniem nie wynosić ich na wolne powietrze, nawet podczas operującego słońca.

Dzieci odchowane powinny pozostawać na wolnym i ciepłym powietrzu, chociażby całymi dniami, szczególnie w ogrodach.

Odzież powinna być zastosowana do ciepłoty powietrza i wieku dziecięcia. U noworodków baczyć na dokładne opatrzenie pępownicy, piersi i brzuch o tyle powijać aby nie tamować ruchów oddechowych a kończyny pozostawiać swobodnie, szczególnie ręce powinny być wolne, okrywać je należy kołderkami, bacząc aby ciepłota pokoju nie była zaniską. Nogi ciepło utrzymać a gdy chodzą, podać odpowiedniej wielkości trzewiki.

Częstokroć rodzice usiłują hartować dzieci przez lekkie odziewanie i wypuszczenie na powietrze wilgotne i zimne. Postępowanie to zasługuje na nagane, bo jakkolwiek dzieci, które przebyły tego rodzaju ćwiczenia, później nie łatwo ulegają zewnętrznym wpływom szkodliwym, jednakże procent ich stosunkowo jest mały a wiele następnych chorób temu rodzajowi wychowania przypisać należy.

## ROZDZIAŁ IV.

---

### Ogólne uwagi nad oznaczeniem rodzaju choroby, — przyczyny, — trwanie, — rokowanie i leczenie chorób wieku dziecięcego.

Oznaczenie rodzaju choroby w dziecięcym wieku, częstokroć z wielkimi trudnościami bywa połączone. Wynikają one z braku prawdziwego zeznania przez dziecko, lub nieumiejętnego zdania sprawy o stanie poprzednim (*anamnesis*) przez osoby nad chorým dziećciem czuwające. Praktyczna wprawa jest w możności wiele dopomódcz, dlatego lekarz poświęcający się chorobom dzieci, winien poznać właściwości ich wieku i wszystkie odmiany, w których choroby u dzieci występować zwykły: w takim tylko razie rzeczywiste wyprowadzi wnioski i odpowiednie wskazanie, którego wykonanie uwieńczy częstokroć jego usiłowania pomyślnym wypadkiem. Każdy bliżej zostający w styczności z tym przedmiotem przyzna, że poświęcającemu się téj gałęzi medycyny praktycznej z zamiłowaniem, praca jest zajmującą i wdzięczną.

Jakkolwiek przy rozpoznaniu chorób, jak dopiero wspomnieliśmy wiele trudności przychodzi zwalczać, jednakże bardzo proste postępowanie i użycie środków lekarskich doprowadza częstokroć do celu w krótkim przeciągu czasu; działanie bowiem natury bardzo wiele przyczynia się do usuwania chorób w dziecięcym okresie życia.

Choroby zdarzające się w wieku dziecięcym mogą być trojakiego pochodzenia:

1. Dziedziczne, to jest przez wpływ poprzednich chorób matki na dziecko, poczynające się jeszcze podczas życia płodowego, zaraz po porodzie lub dopiero po pewnym przeciągu czasu zostając utajonemi do chwili, dopóki zewnętrzny bodziec nie wpłynię na dalszy postęp niedostrzegalnych jeszcze zmian anatomicznych zachodzących w narządach ustroju przy tak zwaném „usposobieniu.“

2. Powstałe przez bezpośredni lub pośredni wpływ obecnych chorób karmiącój.

Sposób przeniesienia pierwszych łatwo pojąć przez zetknięcie lub zmianę wydzieliny mlecznej; lecz rzecz się ma inaczej przy chorobach powstających pośrednio: tu sposób przeniesienia się choroby z karmiącój na dziecię jest dotąd stanowczo nie znany, chociaż rzeczywiście istnieje. Karmienie np. dziecięcia przez osobę dotkniętą gruźlicą wywiera niezaprzeczony wpływ na dziecię, chociaż nikt nie wyjaśnił nam téj dotąd zagadkowej kwestyi. Wiele innych form chorobnych, również za przykład posłużyć nam może, jak: rozmaite cierpienia w sferze układu nerwowego, naczyń i gruczołów chłonicznych, krążenia krwi i innych. Za istnieniem tego wpływu poczęści przemawia zachodzące częstokroć podobieństwo dzieci do rodziców nietylko pod względem fizycznym (barwa skóry, włosów, oczów, podobieństwo rysów twarzy, nadmierna ilość palców lub ich członków) ale i moralnym (dobre i złe skłonności, rozwój władz umysłowych i t. p.) Sposobu jakim to następuje nie znamy, tak samo jak sposób udzielania się pośrednio chorób z rodziców na dzieci dotąd jest nieobjaśniony.

3ci Nareszcie sposób powstawania chorób następuje przez działania zewnętrznych bodźców. Im młodsze dziecię, tém skłonniejsze do ulegania chorobom. Wiadomo że wiek dziecięcy do pewnych form chorobnych więcej jest usposobiony niżeli dorosłych a niektóre z nich właściwemi są prawie wyłącznie temu wiekowi. Nawet różny okres życia dziecięcego przedstawia swoje właściwości pod względem częstszego ukazywania się pewnych chorób, i tak:

Czynność porodowa matki już naraża rodzące się dziecko na obrażenie pochodzące z nieprawidłowej pozycyi dziecięcia w jéj łonie lub odpowiedniego stosunku wielkości płodu do obszerności drogi porodowej, szczególniej w razie konieczności użycia sztucznej pomocy. W tym okresie życia zdarzające się obrażenia mogą być przyczyną ważnych i niepomyślnych następstw; w późniejszym czasie u noworodków występują częstokroć zaburzenia w układzie nerwowym, później trzewiów brzusznych, z któremito zaburzeniami wikła się częstokroć ząbkowanie; w okresie dojrzewania przeważają choroby płuc.

Wpływ płci nie jest bez znaczenia, owszem, chłopcy więcej ulegają niż dziewczęta przez większe rozmiary ciała, a ztąd pokonywające większy opór podczas porodu i ulegające większemu uciskowi mechanicznemu.

Wpływy klimatu odgrywają ważną rolę w przyczynowości chorób wieku dziecięcego; cholera, dławiec, durzycza, koklusz, ospa, odra, płonica, zapalenie mózgu i jego opon, płuc, kiszki powstające z zaziębienia, zapalenia pępka i wiele innych chorób, jak znaczną liczbę dzieci zabijają, a ta wzmagą się jeszcze przez nieogłędne pielęgnowanie dzieci, zbyt gorącą lub za zimną kąpiel, złe karmienie, nieodpowiednie mieszkanie mieszczące zbyt dużą liczbę osób i t. p.

Trawienie i przebieg zależy od rodzaju choroby, wieku dziecięcego i jego osobnikowych warunków. W ogóle rzecz można, że choroby ostre występujące częstokroć z silnym napięciem już przez podziaływanie małego bodźca mogą nastąpić, u noworodków są bardzo gwałtowne i groźne. Niektóre z chorób przebiegają powolniej niżeli u osób dorosłych, np. choroby układu trawienia, inne nareszcie po krótkim trwaniu kończą się wyzdrowieniem lub śmiercią.

Pamiętać również należy, że wiele chorób ostrych prędzej i pomyślniej przebiegają u dzieci przed okresem ząbkowania (zajęcia niezbytowe błon śluzowych, odra, ospa, durzycza).

Choroby zarazkowe i zapalenia kiszki przewlekają się przez długi przeciąg czasu, inne znów jak cholera, zapalenia opon mózgowych i mózgu, płonica i t. p. najczęściej do grobu wtrącają.

Rokowanie powinno być zawsze stawiane bardzo oględne, a dla uniknięcia zarzutu ze strony rodziców lub pielęgniących, zawsze należy wyjawiać rzeczywisty stan zdrowia dziecięcego, do którego lekarz wezwany jest dla udzielenia pomocy w razie bowiem smutnego zakończenia się choroby, ściągnie na siebie odpowiedzialność częstokroć niesłuszną, a pochodzącą z braku prawdziwego pojęcia otaczających o przebytych rodzaju cierpienia. Aby rokowanie było prawdziwe potrzeba pewnych warunków, w braku których nie należy stanowczo orzekać o jego pomyślności. Temi warunkami są:

1. Oznaczenie siedliska i rodzaju choroby.
2. Znajomość poprzedniego stanu zdrowia.
3. Oznaczenie stosunku i zawisłości objawów ogólnych wywołanych miejscowymi zmianami.
4. Znajomość działania leków stosujących się do danego wypadku.

Co do śmiertelności. Według obliczeń Wendt'a.

Od chwili porodu do 5 roku życia umiera . . . . .	33 - 35%
Karmionych mlekiem własnej matki umiera . . . . .	18 - 20%
Karmionych mlekiem mamki umiera . . . . .	27%
Karmionych na wsi sztucznie mlekiem krowim umiera . . . . .	64%
Karmionych w domach podrzutek umiera . . . . .	80%

Najwięcej ginie dzieci z chorób układu trawienia, drugie miejsce zajmują choroby układu nerwowego, później oddychania; skóry i choroby wywołujące charłactwo (*cachexia*). Choroby układu krwionośnego i moczopłciowego nie często spotykać się dają w dziecięcym okresie życia.

Niektóre choroby są prawie zawsze śmiertelne, tu należą: wodna puchlina mózgu (*hydrocephalus*), zawał mózgu (*apoplexia cerebri*); inne jak: krzywica (*rachitis*), zaburzenia pozostające w narządzie oddychania po przebytych chorobach, skrzywienia klatki piersiowej i kręgosłupa po zapaleniach częstokroć zniedołężniają; inne nareszcie choroby wikłać się z sobą zwykły, np. dławiec z zapaleniem płuc.

Co się tyczy leczenia, lekarz ma więcej do zwalczania niżeli u dorosłych; tu oprócz choroby występują liczne przesady osób otaczających dziecię, które na swoją rękę próbują różnych środków wątpliwj skuteczności, jednakże uswięconych zwyczajem. Głównem zadaniem lekarza będzie, usunąć przyczynę jeżeli takową jest w stanie dopatrzeć i na nią podziałać. W przyjaznych ku temu okolicznościach, częstokroć dziecię wraca do normalnego stanu zdrowia w krótkim przeciągu czasu.

Sposób postępowania zależy od rodzaju choroby, jój siedliska, okresu i natężenia, oraz pewności w oznaczeniu choroby. Jeżeli takowe stanowczo nie jest możliwe, co szczególnieź zdarza się w początku występowania zaburzeń chorobnych w pierwszych miesiącach życia dziecięcego, wyczekiwanie ważną odgrywa rolę, dopóki stan rzeczy nie uwydatni się przez wystąpienie wybitniejszych objawów. Tym sposobem uniknąć można błędu pod względem oznaczenia rodzaju choroby w danym wypadku i wyprowadzenia wniosków co do działania mniej lub więcej czynnego.

W razach gdy rodzaj choroby jest wątpliwy a ważność objawów nie nagli do czynniejszej pomocy, najlepiej unikać środków lekarskich a głównem zadaniem lekarza będzie zalecić odpowiednie przepisy higieniczne i dyetetyczne, gdyż częstokroć sama natura bez pomocy sztuki jest w stanie złe usunąć.

Jednakże gdzie choroba występuje groźnie, natężenie jój szybko się wzmaga wprowadzając otaczające osoby w trwogę o życie dziecięcia, czynny udział lekarza jest konieczny dla zapobieżenia, jeśli to jest możebne mniej lub więcej waznym następstwem. W takich wypadkach działać należy stanowczo i czynnie stosując wskazania do stanu chorego, jego wieku i osobnikowych warunków, natury, siedliska, okresu i natężenia choroby, oraz okoliczności w których powstała.

Jak u dorosłych tak u dzieci bardzo ważnym jest ściśle określenie właściwej diety. I tu zachodzą pewne odmiany. Dzieci bardzo młode, żywione jedynie płynnym pokarmem, trudno znoszą dyetę ścisłą, nawet w najostrejszych chorobach, przemiana bowiem materyi szybko odbywa się, a skoro ubytek nie zostaje zastąpiony przybytkiem, muszą tracić siły i niszczeć w bardzo krótkim przeciągu czasu. Dlatego szczególnie u ssawców nawet przy chorobach gorączkowych groźnie występujących, pokarm matki lub mamki jest konieczny, a jeżeli towarzyszy silne pragnienie do picia i nieugaszone zmniejszoną ilością podawanego pokarmu, innym napojem obojętnym należy go łagodzić. Starsze zaś dzieci pogrążone w ciężkiej chorobie, nawet kilka dni bez pożywienia pozostawać mogą, lubo i tym dieta powinna być ogólnie przepisana. Właściwym przeto będzie do podawanego napoju dodawać rosół lub mleko, jeżeli ku temu niema przeciwwskazania.

Zwracając uwagę na towarzyszące osobnikowe warunki, samą chorobę i sposób postępowania lekarskiego, każdy łatwo wywnioskuje jaki rodzaj diety przepisany być powinien.

Środki lekarskie podawane dzieciom powinny być ile możności znośne a przynajmniej przykry ich smak lub woń łagodzone przy mieszkami dla uniknięcia wstretu w przyjmowaniu i nieuniknionej wówczas trudności przymusowego zadawania lekarstw.

Drogi przez które działają na ustrój dziecięcy są: błony śluzowe przewodu pokarmowego, błony śluzowe uwydatnione na zewnątrz i powłoka zewnętrzna czyli skóra. Najwłaściwszą dla dzieci formą lekarstwa wewnątrz mającego być użytym jest płynna; dlatego ulepki dla dzieci są najprzyjemniejszym przetworem i najchętniej przez dzieci przyjmowanym, przepisywać ich należy w małych ilościach aby nie uległy psuciu się. Powidełka v. lekwarze i zachówki v. konserwy łatwe są do zastosowania; niektóre środki chętnie przyjmują w cukierkach, cieście, galarecie, czekoladzie, zarobione z bułką lub zmieszane z potrawą. Pigulek unikać należy szczególnie u niemowląt i małych dzieoi. Proszki zaś stanowią formę lekarstwa łatwą do podania, najeźściej są pozbawione woni nawet bez smaku. Rozmieszane w łyżeczce obojętnego płynu, ulepku, ziółek lub gumowej wody, łatwo dają się wprowadzić do wewnątrz; w przeciwnym razie zarobić należy lekwarem, miodem i t. p.

Nareszcie na zakończenie działu niniejszego rzućmy okiem chociaż pobieżnie, na niektóre środki lekarskie, najwięcej upowszechnione w leczeniu chorób dziecięcego wieku.

Przetwory a n t y m o n u używane bywają jako środki pobudzające womity i osłabiające czynność układu krwionośnego, z tego powodu w zapalnych chorobach narządu oddychania dobre świadczą usługi. W pierwszym okresie dławca lub gdy należy usuwać zalegające w krtani błony fałszywe w początku ostrego zapalenia płatowego płuc (*pneum-lobaris*) lub zrazikowego (*pneum. lobularis*) emetyk przy współdziałaniu innych środków, złagodzić może napięcie wzmagającej się choroby, jednak walczyć nim należy oględnie aby uchronić się od zbytniego podrażnienia przewodu pokarmowego i upadku sił.

U bardzo małych dzieci pragnąc pobudzić womity przy chorobach narządu trawienia lub oddechania, lepiej podawać środki obojętniejsze jak: miodek z kłiwicą morską (*oxymel squillae*), proszek korzenia wymiotnicy (*ipeccacuanha*) w dawkach 2—4 granowych, — większym zaś roztwór emetyku 1 gran na 1 uncję wody.

Siarkan miedzi w niektórych wypadkach właściwszym jest od emetyku; spiesznie pobudza womity i nie zostaje zbyt szybko wchłaniany.

Ze środków pobudzających wypróżnienia stolcowe (*laxantia*) bywają dla dzieci używane: lewatywa, czopki maczane olejem kleszczowiny, miód lub manna kalabryjska z mlekiem, ulepek mannowy, przetwory z korzenia rzewienia, senesu, olejek kleszczowiny, proszek z korzenia powoju jalapianego, magnezya, chlorek dwurtęci i t. p. w miarę wskazania w odpowiedniej zadanej ilości małym dzieciom dobre świadczą usługi.

Sole czyszczące mogą być podane dopiero po pierwszym ząbkowaniu. Za wielkie dozy wywołać mogą uporeczywe biegunki.

Lewatywa (*clysm*) zadawaną bywa dla usuwania mass stolcowych zalegających w dolnej części przewodu pokarmowego, w innych razach jako środek złagodzący, a gdy stan żołądka sprzeciwia się zadaniu weń pewnego środka lub gdy przykry smak i woń niezmięć się nie Jadzą, zalecenie go pod formą lewatywy jest bardzo dogodnym. Z tego więc powodu skład jej będzie odpowiedni do celu w jakim przeznaczoną zostaje.

Obojętność bywa rozmaita; dla wywołania wypróżnień u bardzo młodych dzieci wystarcza 2—3 uncyj; 2—5 lat, 4—6 uncyj; od 5—8 lat, 8 uncyj. Jeżeli zaś środek w lewatywie zadany, ma być zatrzymany w celu wchłonięcia go przez ściany kiszki do układu krwionośnego, dla małych dzieci wystarcza 2 uncje, starszym do 3 uncyj. Częstość zachodzi potrzeba zadać lewatywę rozmiękczającą lub

lekką czyszczącą przed zadaniem lewatywy zawierającej środki lekar-  
skie celem usunięcia mogących zalegać mass w dolnej części przewodu  
pokarmowego, a ztąd skuteczniejszego podziałania pewnych środków.

U p u s t k r w i o g ó ł n y i m i e j s c o w y przez pijawki  
i bańki jest dzielnym środkiem w leczeniu chorób zapalnych i gorącz-  
kowych.

Wiedząc że miernej wielkości pijawka do 2 drachm krwi odcią-  
gnąć jest w stanie, łatwo miarkować można ilość krwi przez pijawki  
odessanéj. Przystawiać ich należy w miejscach o stałszej i niepodatnej  
podstawie, aby w razie niebezpiecznego i uporczywego krwawienia  
łatwo go zatamować. Skoro opasanie przepaską nie wystarcza, posy-  
pywać proszkiem gummy arabskiej, ałunu, kalafonii. Przy bezskutecz-  
ności tych środków dotknąć ranki saletranem srebra lub przez kawałek  
płótna w czworo złożony, dotknąć mocno rozgrzanym żelaznym szpa-  
delkiem. Otwartą tętniczkę zamknąć można przez dotknięcie drucikiem  
rozpalonym do białości lub założenie węzełkowego szwu na igiełce  
przez skórę przesuniętą w okolicy istniejącego otworu. Niekiedy  
bańki lepiej celowi odpowiadają, skoro okolica ciała na której upust  
miejscowy jest wskazany nie sprzeciwia się temu, łatwość w zastoso-  
waniu czyni ich w pewnych wypadkach dogodniejszymi od pijawek.

U p u s t k r w i o g ó ł n y dopiero w 4 roku życia bywa  
zalecany, u młodszych żyły będąc osłonięte grubą warstwą podskórnej  
tłuszczowej tkanki i mające ściany cienkie są trudne do odszukania.  
VS. zatem stosowną być powinna tylko w razach wyjątkowych a za-  
stępywać takową pijawkami w odpowiedniej ilości, gdyż zaobfite lub  
powtarzane upusty krwi względnie do wieku dziecięcego, mogą spro-  
wadzić grożące następstwa.

P r z e t w o r y r t e c i stanowią jeden z najważniejszych  
środków lekarskich, zwłaszcza że ślinopłyn u ssawców i małych dzieci  
należy do wyjątków.

Używane bywają wewnątrznie lub zewnątrznie a działanie ich  
ich w wielu chorobach jest niezaprzeczone, mianowicie: w ostrych za-  
burzeniach przewodu pokarmowego, zapaleniu otrzewnej, opłucnej  
i płucz silną gorączką występującą, wysypce natury przymiotowej  
na skórze i błonach śluzowych itp. Unikać zaś należy przy chorobach  
połączonych z charłactwem, przy formach przymiotu objawiających  
się zajęciem układu mięsnego, kostnego i trzewiów, przy znacznym  
wyniszczeniu ustroju, a jak W e s t sądzi nigdy nie daje pomyślnych  
wypadków przy gruźliczym zapaleniu opon wklajającym się z wodną  
puchliną mózgu.



Ze środków w z m a c n i a j ą c y c h zalecane bywają przetwory kory chinowéj i żelaza, środki gorzkie, piwo, porter, wino i t. p.; z p o p r a w i a j ą c y c h o d ż y w i a n i e tłuszcze obojętne (oliwa, olejek migdałowy, tran), ze z o b o j ę t n i a j ą c y c h k w a s y w żołądku, roztwór węglanu potażu, sody, woda wapienna, magnezyna.

Ś r o d k i o d u r z a j ą c e (*Narcotica*), makowiec, wyciąg pietraszніка plamistego, lulka, sałaty jadowitej, konopi indyjskich, szaleju i t. p. należy podawać z wielką ostrożnością, zwłaszcza gdy nastąpiło znaczne wyniszczenie przez samą chorobę lub postępowanie lekarskie, w konwalescencji po chorobach gorączkowych, przy napływach krwi do głowy. W takich wypadkach szczególnie makowiec może sprawić pogorszenie, inne przetwory jak wyciąg lulka, szaleju, sałaty jadowitej i innych mniej są niebezpieczne.

Małe nawet dawki niewłaściwie zadane, częstokroć bywają przyczyną ważnych zaburzeń, jeżeli do wieku dziecięcia, natężenia choroby lub osobnikowych warunków były nieodpowiednie. Płukanie gardła dopiero dzieci starsze 6—7 lat mające umieją wykonywać, młodszym zastępować należy wstrzykiwaniem proszku, wdychaniem sproszkowanego płynu lub pendzlowaniem.

Metoda stosowania środków lekarskich na skórę w leczeniu chorób dzieci powszechnie zyskała uznanie. Jeżeli dziecię niepokonany ma wstręt do lekarstwa lub stan przewodu pokarmowego nie pozwala na zastosowanie wskazanych środków wewnątrz lub w o d b y t n i c ę, metoda niniejsza użytą być może.

Obejmuje ona kąpiele, okłady, nacierania, obmywania, wstrzykiwania podskórne, przykładanie plastrów, gorczyczników, lub innych środków działających wprost po ich przyłożeniu lub po obnażeniu pewnej części powłoki ogólnej z naskórka, celem zastosowania innych czynniejszych leków na warstwę M a l p i g h i e g o a tym sposobem łatwiej wchłonięte, mogą podzielać na cały ustrój lub na pewną część tegoż.

Środki tu używane stosować należy na okolice, gdzie skóra jest cienką i posiada stosunkowo więcej rozgałęzionych naczyń limfatycznych.

K a ń p i e l e używane dla dzieci bywają częściowe i ogólne z wody czystej lub z przymieszaniem środków wonnych, klejowatych, alkaliów, rozmaitych soli i t. p.; trwanie kąpieli zależy od rodzaju choroby i osobnikowych warunków.

Są one w chorobach dzieci tak dobrze środkiem higienicznym jak i leczniczym i często stosowanym, gdyż skóra, jeden z najważniejszych ciała narządów, zostając w pewnej zależności z wieloma układami dziecięcego ustroju np. z układem błon śluzowych, trawienia, krwi obiegu, nerwowym i t. p. i będąc wystawioną na wiele szkodliwych wpływów z powodu jej anatomicznych warunków, stanowi drogę do działania pośredniego przy zaburzeniach w wewnętrznych narządach lub wprost jeżeli sama ulegnie sprawom chorobnym. Rozpostarta na znacznej przestrzeni, bo na całą powierzchnię ciała i obfita w naczynia chłoniczne, posiada wysoką do wchłaniania zdolność, co jej pod względem leczniczym wielkie nadaje znaczenie. U noworodków i w wieku dziecięcym jest wiotczejsza, miększą, mniej jędrną, więcej dziurkowatą i rozciągliwszą niżeli u dorosłych. Obfita w naczynia krwionośne i nerwy ulega przemianie materii, co też tłumaczy skłonność do ulegania rozmaitym sprawom chorobnym, objawiającym się pod formą różnorodnych wysypek. Z tego nie trudno pojąć jak ważną skórą odgrywa rolę w leczeniu chorób wieku dziecięcego, dlatego też kąpiele jako wprost na nią działające, pierwsze zajmują miejsce.

Działanie kąpiele zależy od składu i stopnia ciepła użytego płynu.

Diel i Wet zler zasadzając się na ciepłocie, dzielą kąpiele na:

zimną . . . . .	+16° R.
chłodną v. orzeźwiająca	+16° — 20° R.
letnią . . . . .	+20° — 27° R.
ciepłą . . . . .	+28° — 33° R.
gorącą	wyżej +33° R.

Z tych ciepłe najczęściej są wskazane w celu leczniczym, wpływają one na uregulowanie przebiegu skórno, zmniejszają nieprawidłowe ruchy i chorobliwe napięcia, osłabiają kurcze, usuwają bóle, ułatwiają czynność nerek i t. p. bez podwyższenia ciepłoty ciała i przyspieszenia krwi obiegu, objawów, kąpiele gorącej zwykle towarzyszących.

Co do jakości kąpiele bywają z czystej wody lub złożone:

a) słone zwykle na 25° R. Przyrządza się przez dodanie do wody soli morskiej lub kuchennej dla dziecka 3-letniego około 1/2 funta, 5 letniego 1 funt, dla starszych 2 funty.

b) alkaliczne z mydłem, węglanami alkalicznymi lub gryzaczami. Mydlane z tych są najłagodniejsze, najmniej skórę drażniące; na

kąpiel 2—3 letnim dzieciom dodać należy na  $\frac{1}{4}$  funta, starszym  $\frac{1}{2}$  funta, potażu 1  $\frac{1}{2}$ —2 drachm, sody gryzącej  $\frac{1}{2}$ —1 uncyi. Stosując te kąpiele chronić należy oczy od zamoczenia.

c) s ł o d o w e przygotowują się przez dodanie słodu i nieco drożdży.

d) m ą c z k o w e przez rozmącenie w wodzie rozgotowanego kleistru z mączki.

e) p o b u d z a j ą c o - w o n n e z dodatkiem ziół wonnych (na kąpiel rumianku  $\frac{1}{2}$  funta, korzenia tataraku 4 uncy, ziółek aromatycznych 3 uncy, lub świeżego siana ile rękami objąć można).

f) ż e l a z n e przez rozpuszczenie proszku winianu żelaza (*glob. tart. mart.*) pół uncyi lub siarczanu żelaza 2 drachmy na jedną kąpiel.

O k ł a d y c i e p ł e lub z i m n e, suche lub płatami płóciennymi w wodzie zmaczanymi, które po wyżęciu na ciało przykładane zostają, są odpowiedniejsze od przyparek (*cataplasma*), zwykle przedstawiających wiele niedogodności. Takowe z użycia wycofane być powinny, zwłaszcza u dzieci, łatwo się bowiem zsuwają, a niepotrzebnie cisnąc utrudniają czynność organów brzusznych lub piersi.

O k ł a d y l o d o w e wykonywają się przez przyłożenie pęcherza zawierającego śnieg lub kawałki lodu. Pęcherz nie powinien całym ciężarem spoczywać na miejscu, w którym przyłożony zostaje, lecz zawieszony do tegoż dotykać.

Dla ułatwienia promieniowania ciepłika z głowy dobrze działa obcieranie gąbką zmaczaną w letniej wodzie.

Obcieranie ciała ciepłą wodą zakwaszoną zwycajnym octem ułatwia przeziw skóry suchej i palącej.

O b l e w a n i a głowy lub całego ciała skutecznie należy wodą ogrzaną do  $+15^{\circ}$  R. Wysokość z której jest spuszczana i rodzaj strumienia zależy od pojedynczego wypadku.

Unikać silnego strumienia, owszem łagodnie go spuszczać gdy idzie o zmniejszenie ciepłoty skóry, natężenia poruszeń gorączkowych i objawów mózgowych; przeciwnie zaś użyć pewnej siły mając zamiar pobudzić układ mięsny lub nerwowy.

Ze środków o d c i ą g a j ą c y c h (*Derivantia*) używane bywają głównie gorczyczniki i pryszczydło, które jakkolwiek znalazło wielu przeciwników, jednakże z użycia usunięte być powinno; skuteczność jest dowiedziona, byle wskazanie racjonalnie było wyprowadzone. Wprawdzie drażnienie może pobudzić układ nerwowy, ale to jest przemijającym.

W przebiegu i konwalescencji chorób przewlekłych, przy ogólném wyniszczeniu i t. p. przyszczydła unikać należy. W razie potrzeby zastosowania przykładać do części ciała nienarażonej na ucisk, celem uchronienia się od głębokich owrzodzeń. Małym dzieciom na klatce piersiowej najlepiej przykładać z boków lub z przodu, na kończynach z wewnętrznej strony. Ponieważ skóra ma rozmaitą grubość, stąd téż rozmaity jest czas pozostawiania przyłożonego plastru. Dla wzniesienia naskórka z przodu klatki piersiowej, 2 godziny wystarcza, gdy pod łopatkami dla osiągnięcia tegoż celu potrzeba przeszło 3 godziny.

Po odjęciu plastru i przekłuciu pęcherzy w dolnej części, dla łatwego odsączenia zebranej pod naskórkiem cieczy, najlepiej będzie obrażoną powierzchnię skóry nakryć miękką watą, i tę zostawić, dopóki sama nie odpadnie. Jeżeli podrażnienie zbyt mocno dokucza, mączna przyparka złagodzi ból; w głębszych obrażeniach należy parę razy na dobę pociągać pendzelkiem zmoczonym w roztworze wodnym saletranu-srebra.

West oddaje pierwszeństwo kleinie przyszcycowej (*Collodium Cantharidatum*), jako dającej się łatwo miarkować w działaniu przez rzadziej lub częściej powtarzane pendzlowanie, a podrażniona skóra łatwo powraca do prawidłowego stanu, po nakryciu watą obrażonej powierzchni. Zresztą kleina nie zsuwa się, jakto z przyszcycą stać się może i podrażnić skórę w miejscu, gdzie żadna tego nie zachodzi potrzeba.

## 2. Część szczegółowa.

### ROZDZIAŁ I.

---

#### **Choroby noworodków powstające w skutek porodu.**

Jakkolwiek przy opisie chorób dziecięcych, właściwem byłoby przyjąć anatomiczny porządek, powszechnie stosowany dzisiaj; przy wykładzie szczegółowej patologii, jednakże w pediatrie znajduje się pewna grupa chorób, wywołanych czynnością porodową lub zetknięciem ciała noworodka z powietrzem, a zostających z sobą w pewnym fizyologicznym związku; nad nimi też najpierw zastanowić się wypada. Tu należą:

1. Pozorna śmierć noworodków (*Asphyxia neonatorum*).
  2. Zapadnięcie płuc (*Atelectasis pulmonum*).
  3. Wybroczyna nagłowna u noworodków (*Cephalhaematoma*).
  4. Nagłowie (*caput. succedaneum*).
  5. Choroby pępka (*Morbi umbilici*).
  6. Szczękocisk noworodków (*Trismus neonatorum*).
  7. Stwardnienie tkanki łącznej podskórnej (*Scleroma. Induratio. telae cellulosae neonatorum*).
  8. Czarne wymioty v. Czernica noworodków (*Melaena neonatorum*).
  9. Żółtaczka noworodków (*Icterus neonatorum*).
  10. Zapalenie łącznicy śluzotokowe u noworodków (*Conjunctivitis blenorrhoeica, seu ophthalmia blenorrhoeica neonatorum*).
-

## 1. Pozorna śmierć noworodków.

(*Asphyxia neonatorum*).

**Okr e ś l e n i e.** Pod tą nazwą rozumiemy stan, w którym podczas istniejącego jeszcze, lecz bardzo osłabionego życia, żadnych tegoż na pierwszy rzut oka nie spostrzegamy objawów. Zasadza się głównie na upośledzeniu czynności płuc i serca, wstrzymującym prawidłowe utlenienie się krwi i rozprowadzenie jej po całym ustroju noworodka. Mięśnie oddechowe słabo lub wcale nie ściągają się, oddechanie nie może się należycie rozpocząć, tony serca głucho, lub wysłuchać trudno, skurcze słabe lub nie wyczuwalne.

**Formy.** Rozróżniamy dwie główne formy:

1. *Asphyxia livida s. apoplectica, s. stadium apoplecticum s. apoplexia, asphyctica neonatorum.*

Zdarza się u dzieci dobrze rozwiniętych, i zależy zdaje się od przepełnienia krwią naczyń krwionośnych i mózgu. Cechuje się obrzmieniem i zasinieniem twarzy, szczególnie nosa i ust, z których kątami sączy się niekiedy krwawo zabarwiony śluz; język obrzmiały i siny ściśle do szczęk przylega lub ze szpary ustnej wystaje, gałki oczne nieco ku przodowi z oczodołów wypchnięte, skurcze serca słabe i nieregularne, ciało zwykle ciepłe i dość jędrne.

2. *Asphyxia pallida s. syncoptica*, właściwa dzieciom źle odżywionym, z rodziców wątłej budowy, odznacza się wiotkością ciała dziecięcia. Głowa i kończyny obwisłe, dolna szczeka zbliża się ku mostkowi, otwór stołcowy otwarty, smółka mimowolnie odpływa, powierzchnia ciała blada, ciepłota obniżona, bicie serca i tętnienie naczyń sznurka pępkowego nieregularne i słabe, częstokroć zupełnie nie wyczuwalne, ruchy oddechowe ustają, lub też klatka piersiowa podnosi się w znacznych czasach przestankach kurczowo i na krótko, a powtarzając się coraz rzadziej wraz ze skurczami serca, w końcu prędkiej lub później zupełnie ustaje po upływie najdalej kilku godzin, wraz z gasnącym życiem noworodka.

**Przyczyny.** Są rozmaite, stosownie do formy pozornej śmierci. *Asphyxia livida s. apoplectica*, wywołaną być może głównie przez utrudnienie odpływu krwi do głowy; to łatwo następuje przez ugniecenie większych naczyń krwionośnych szyi ustami macicznymi lub pępowiną, uciśnięcie sznurka pępkowego, ugniecenie głowy dziecięcia przy nieprawidłowym stosunku jej wymiarów do obszerności drogi porodowej, dalej przez ucisk ramieniem przesuwającym się jednocześnie z główką przez drogi porodowe, ugniecenie kleszczami po-

rodowemi, wynacznienia krwi pod kości czaszki, nareszcie za długo trwający poród np. przy słabych skurczach macicy i t. p. W ostatnim razie krew dopływa do ciała dziecięcia w stosunkowo większej ilości, aniżeli łożysko jest w możności przyjąć; stąd niecała ilość jej mająca z płodu odpłynąć, wraca do łożyska, a zalegając w układzie krwionośnym, staje się przyczyną pozorną śmierci.

W drugiej formie asphyxii nie małego są znaczenia osobnikowe warunki rodziców lub noworodka. Najczęściej zaś wywołaną bywa przez utratę krwi po naderwaniu pępowiny, gwałtowne ciągnięcie tułowia, zaziębnienie dziecięcia podczas porodu, szczególnie przy położeniu nóżkowém, kolankowém lub pośladkowém. Poród bowiem dolnym końcem ciała wymaga stosunkowo dłuższego przeciągu czasu do urodzenia główki, narażając cały tułów i kończyny płodu nie zawsze należycie osłoniętego, na wpływ powietrza częstokroć niedostatecznie ogrzanego. Jedną z przyczyn tej formy jest zawczesne podwiązanie pępowiny. Dodać nareszcie należy, że zatkanie dróg powietrznych śluzem, krwią, wodą płodową, oraz wszystkie choroby narządów, od których czynności zależy życie pozamaciczne, mianowicie przepełnienie płuc krwią, brak wrodzony serca lub znaczne zgrubienie ścian jęgo, skurcz głośni i t. p. mogą być również tego stanu powodem.

Zmiany anatomiczne spotykane u dzieci zmarłych w pozofnej śmierci są niestałe. W formie zawałowej (*Asphyxia apoplectica*) spotykamy najczęściej przepełnienie krwią naczyń krwionośnych układu nerwowego, wynacznienie oponowe, szczególnie w okolicy tylnych zrazów mózgu, mózdzku i oponie twardej mleczka kręgowego, niekiedy wynacznienia w jamy boczne mózgu, w mięsz wzgórków wzrokowych, lub ciał prążkowych. U innych następuje małe wynacznienie w mięsz płuc, grasicę, i zwiększony przypływ krwi do rozmaitych narządów. Są jednakże wypadki, w których anatomia patologiczna żadnych ważniejszych zmian nie wykazuje, oprócz ogólnej niedokrewności (*anaemia*) i wiotkości tkanek.

Objawy. W formie udarowej ciało noworodka jest obrzmiałe i zasinione, szczególnie twarz. Mięśnie dość odporne, słabo na bodźce oddziaływają, kończyny i głowa obwisłe, gałki oczne nieco ku przodowi z oczodołów wysunięte, powieki zwarte, lub szpara między powiekami nieco otwarta, tętno promieniowe lub pępkowe słabe, niekiedy niewyczuwalne, tony serca głucho.

Druga forma zamartwicy zwana (*Asphyxia syncoptica*), cechuje się trupią bladocią ogólną powłoki, częstokroć omazanej smółką mimowolnie odpływającą; ciało wiotkie, dolna szczęka obwisła, z ust wy-

pływa śluz, kończyny zwieszane, stawy wolne; tętno niewyczuwalne tony serca bardzo głucho, lub trudne do wysłuchania. Pomiędzy tem dwiema głównymi formami, spotykać się dają pewne jeszcze odmiany, będące jednakże w bliskim związku z jedną lub drugą formą i stanowiące tylko okres przejściowy, dlatego obejmowanie ich w oddzielne formy nie ma żadnej praktycznej wartości.

Przebieg jest zwykle predki. W razie jeżeli po dwu do trzy godzinem usiłowaniu, oddechanie i krwiobieg nie powróciły do prawidłowego stanu, wówczas ślady życia coraz więcej się zacierają, dopóki zupełna ich zagłada nie sprawi prawdziwej śmierci. Na szczęście nie zawsze tak smutno się kończy, owszem w wielu wypadkach, czynność płuc i serca oraz innych narządów regulują się coraz więcej, i dziecię po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu od chwili porodu wraca do prawidłowego stanu, a wieńcząc nasze usiłowania pomyślnym rezultatem, wraca strapionej matce błogi i tak niezbędny w jej stanie spokój.

Rokowanie. Co się tyczy rokowania w zamartwicy, ani jej forma ani rodzaj wywołującej przyczyny nie wiele dostarczają wskazówek. Zdanie nasze opierać raczej winniśmy na konstytucyi dziecięcia i czasie trwania tego stanu. Im dłuższy przeciąg czasu dziecię jest pograżone w pozorniej śmierci, rokowanie jest pomyślniejsze.

*Asphyxia pallida v. synoptica* jest więcej zabójczą od drugiej formy, szczególnie gdy przyczyny które tę ostatnią spowodowały, mogą być usunięte. W przeciwnym razie, przy ciągłym trwaniu momentów przyczynowych, prawie zawsze następuje śmierć, bo chociaż chwilowo życie pobudzonem zostanie, z czasem zupełnie wyczerpuje się. Wątpliwa budowa noworodka pogorsza rokowanie.

Dobremi znakami są: czerwonawe zabarwienie powłoki zewnętrznej ciała w ciepłej kąpieli, rozwieranie się powiek, poczynające się ruchy kończyn, poruszanie palcami nóg i rąk podczas łechtania podeszew i dłoni, ustępowanie siności twarzy, przyleganie języka do podniebienia, wnikanie powietrza do płuc towarzyszone czkawką, wzmagające się ruchy oddechowe klatki piersiowej, chwilowe wydobywanie się głosu z krtani, coraz silniejszy skurec serca i głośniejsze tony, wzmaganie się sił i t. p.

Leczenie noworodków zostających w pozorniej śmierci. zależy od przyczyny. Jeżeli w jamie ustnej lub na drogach oddechowych zalega śluz lub inne obce części, takowe przede wszystkim usunąć należy, najlepiej palcem lub kitką od pióra. Dotykając łagodnie podniebienia miękkiego i nagłośni ciałem obcym, kaszel i oddychanie zostają pobudzone. Jeżeli oczyszczenie jamy ustnej nie pole-



pszyło stanu dziecięcia, wówczas jeżeli dziecko jest silne, upuścić parę łyżek krwi z przeciętej pepowiny, którą dokładnie podwiązać należy, jeżeli dziecko jest blade. Ruchy oddechowe klatki piersiowej niekiedy pobudzić się dają przez wstrząśnienie i ból, wywołane kilkoma uderzeniami w pośladki, dłoniową stroną ręki. To okazuje się najwięcej pożytecznym w razie, jeżeli przez poród długi przeciąg czasu trwający, mózg uciśnięty został, i noworodek zostaje w stanie *Asphyxia palliada s. syntoptica*.

W drugiej formie t. j. tak zwanéj *Asphyxia apoplectica*, zaszczepiając się na przepełnieniu krwią układu nerwowego górnej części ciała, należy postępować bardzo oględnie i po dwukrotném lekkim uderzeniu zaprzestać, skoro dziecko nie ocknęło się. Poczém ciało i członki ręką lub miękką szcztką rozcierać należy i wzmocnić drażnienie skóry jeżeli tego zachodzi potrzeba, skrapianiem twarzy, klatki piersiowej i brzucha wodą lub winem, podsuwać pod nos środki wonne, pobudzające, łachtać błonę śluzową jam nosowych i gardzieli piórem, rozcierać ciało wodą zwyczajną, kolońską, winem, wódką, octem winnym i t. p. Skoro wyszczególnione środki okazują się bezskutecznymi, należy zastosować ciepłą kąpiel, nie przestając trzeźwić noworodka w sposób wyżej podany. Ponieważ ciśnienie wody oblewającej ciało dziecięcia, może wpłynąć na utrudnienie ruchów oddechowych klatki piersiowej, właściwém będzie po 1 do 2-minutowém utrzymywaniu dziecięcia w wodzie, wyjąć, kilka razy pobujać i napowrót w ciepłą wodę włożyć, powtarzając tę czynność kilkakrotnie. Za bujaniem dziecięcia w powietrzu szczególniej przemawiają: Busch, Rosshitz i Moser, sądząc że ten środek obok innych zastosowany, w wielu razach świetne wyświadczył usługi. Stopień ciepła wody do kąpeli mającej być użytą, zależy od formy śmierci pozornéj, w udarowej wystarcza 27°—28° R. w nerwowej do 30° R. Zastosowanie do kąpeli wody zimnéj, o ciepłocie wyrównywającej zwyczajnym źródłom, w drugiej formie pozornéj śmierci niekiedy dobrze działa, przez silne drażnienie skóry, i wzbudzony odczyn. W takiej kąpeli zanurzone dziecko, natychmiast po włożeniu go wyjętém być powinno.

Jednym z bardzo rozpowszechnionych środków w ratowaniu dzieci w pozornéj śmierci zostających, jest wdmuchiwanie powietrza. Takowe należy wykonywać przezornie i niezbyt pochopnie do tego uciekać się środka. Co do właściwości i skuteczności jego, panują rozmaite zdania. Gleisch, Henke, Herholdt, Mende, Wendt i inni przemawiają za nim, gdy inni autorowie po uczynionych na zwierzętach doświadczeniach, zaprzeczają mu skuteczności, i zastosowanie

go uważają niewłaściwem. *Le Roy d' Etiotes, Magendie, Dumeril* wykazali, że wiele zwierząt nieznoszą bezkarnie silnego wdmuchania powietrza do płuc, oddech ich staje się prędki, powierzchowny i częsty, a nawet wydarzyły się wypadki, nagłej życia utraty. Silne wdmuchanie powietrza do dróg oddechowych zmarłych ludzi dorosłych i starców, wywoływało rozdarcie tkanki płucnej, a w niektórych razach wystąpienie powietrza do jamy opłucnej. Jednakże doświadczenia czynione na dzieciach zmarłych wkrótce po porodzie, nieokazały tak przeciwnych wypadków, owszem, płuca może elastyczniejsze i powietrza pozbawione, łatwiej zdolne są znieść ciśnienie wywarte powietrzem umiarkowanym, zatem wypadki otrzymane na zwierzętach, nie mogą być zupełnie stosowane do noworodków. Pomimo to *Albert* uważa wdmuchiwanie powietrza za szkodliwe, a raczej przemawia za wydobyciem powietrza płuc, nie podając racjonalnych do tego powodów.

*Rosshirt* jest również przeciwnym, a zdanie swoje opiera na mniemaniu, że wdmuchiwane powietrze ustami, skutkiem nakrycia otworu nagłośnią, nie może wnikać do krtani, tchawicy i gałęzi oskrzelowych. Wdmuchiwanie zaś powietrza jakimkolwiek przyrządem może być szkodliwe, szczególniej przez umiejętne wprowadzanie tegoż do dróg oddechowych.

Zdarzają się jednakże wypadki, w których wszystkie środki wyczerpano, przyrządu elektrycznego który jest jednym z bardzo dzielnych środków, niema pod ręką, a noworodek trwa w stanie pozornój śmierci.

Sądząc jednak że umiarkowane wdmuchiwanie powietrza do dróg oddechowych, doprowadza czynnik do życia niezbędny, i drażniący na płuca działający, nie możemy być przeciwni zastosowaniu téj metody. Zdarza się bowiem, że samo zetknięcie wdychanego powietrza z nagłośnią, pobudza ruchy oddechowe, uważamy przeto za właściwe, zastosowanie wdmuchiwania powietrza do płuc, w razach gdy wszystkie środki ratunku wyczerpano, a życie dziecięcia z każdą chwilą gaśnie. Skutek pomyślny możemy osiągnąć, byle tylko zastosować umiejętnie.

Przystępując do téj czynności, przedewszystkiem oczyścić należy jamę ustną i nosa, najlepiej przez wygrzebanie piórkiem zalegającego śluzu i t. p. części. Dla przekonania się o swobodném przejściu powietrza przez jamę ust i nosowe, należy wdmuchać powietrze bezpośrednio przyłożonemi ustami, do rozwartych ust noworodka; wówczas wstępujące do jamy ustnej powietrze, występuje nozdrzami, świadcząc

iż żadna przeszkoda do przesuwania się powietrza przez jamy nosowe i ustną nie zachodzi.

Czynność ta nie wprowadza powietrza do płuc, owszem nagłośnienia przychyłona ku otworowi głośni, uciskającym z góry powietrzem, do jamy ustnej i gardła wdmuchaniem, silniej do krtani przylega, przerywając chwilowo bezpośredni związek, pomiędzy jamą ustną a płucami. Jednakże wywarte drażnienie na ściany jamy ustnej, gardzieli i nosa, przyczynić się może do pobudzenia ruchów oddechowych, co także niekiedy osiągnąć można przez łechtanie nagłośni, końcem zapuszczonego w gardło palca, jak o tém wyżej wspomniano. Przykładanie serwety pomiędzy usta noworodka i wdmuchającego, nie zasługuje na naśladowanie, owszem tamując swobodne przejście wdmuchiwanego powietrza, utrudnia wykonanie téj czynności.

Aby rzeczywiście powietrze wniknęło do płuc, a raczej do tchawicy i oskrzeli, należy użyć przyrządu *Chaussier* zwanego „*tube pour insouffler l'air dans les poumons.*“

Podobny on jest do męzkiego zgłębnika, do badania kanału moczowego. Jostto srebrna rurka  $5\frac{1}{2}$  cali długa, na końcu łukowato zgięta i z obydwóch boków spłaszczona. Wkłada się ją do tchawicy, uniosłszy nagłośnie końcem wskazownika, zamknąwszy nozdrza przez uciśnięcie w dwóch palcach nosa podczas wdmuchiwanego powietrza, takowe otwiera się w chwili uciskania klatki. Lecz przyrząd *Chaussier*'a przedstawia także pewne niedogodności, łatwo może zranić drogi oddechowe noworodka, a wnikające powietrze za wielkie wyrzecz ciśnienie, względnie do odporności i elastyczności mięszu płucnego. Dla usunięcia tych niedogodności *Roulet* przedstawił akademii lekarskiej królewskiej, tak zwaną: „*pompe tarynginne*“ za pomocą której ilość wdmuchanego powietrza może być oznaczoną. Składa się ona z przyrządu *Chaussier*'a i flaszki kauczukowej, za pomocą której powietrze do rurki wciskanem zostaje, oraz miedzianej pośrodkowej części opatrzonej klapą przez którą powietrze do flaszki wnika, i do rurki krtaniowej *Chaussier*'a, a włączane zostaje podczas ściskania flaszki. Podobne są przyrządy: *Blundell*'a i *Evrat*'a Najwięcej zasługuje na zastosowanie przyrząd *Gouy* składający się z podwójnego mieszka, za pomocą którego oznaczona ilość powietrza, przez rurkę może być do płuc wprowadzona i ztąd napowrót wyssaną, co przy potrzebie zastosowania kilkakrotnie powtórzyć należy.

W ogóle sądząc o tym sposobie pobudzania ruchów oddechowych, wyprowadzamy wniosek, że do wdmuchiwanego powietrza do płuc, do-

piero wówczas należy się uciec, gdy inne sposoby ratowania okazują się bezskutecznymi, a unikać zastosowania dopóki noworodek czyni usiłowanie do oddychania. Dziecię zostające w stanie pozornej śmierci leżeć powinno na prawej stronie ciała, i nieco wyżej. Położenie to ułatwiać ma zamknięcie dziury owalnej, istniejącej podczas życia płodowego pomiędzy przedsionkami, a skoro małe krążenie reguluje się, ruchy oddechowe będą coraz dokładniejsze.

Od dawna wiadomo, że najpewniejszym środkiem pobudzenia skurczeń mięśni oddechowych jest elektryczność. Środek ten wymaga dokładnej znajomości w życiu, i tylko przez świadomych zastosowany być może, dla akuszerki zaś nieprzystępny. Użycie jego celem ratowania noworodków w pozornej śmierci pogrążonych, jest naukowo uzasadnione. Skurcze mięśni oddechowych klatki piersiowej wpływać muszą na jej rozszerzenie się, co odbywać się może tylko kosztem płuc, pęcherzyki bowiem płucne muszą wówczas przyjąć powietrze, które raz wnikawszy, nie występuje w zupełności, stanowiąc czynnik pobudzający następne wetechnięcia.

Przystawienie suchych baniek na piersi, ssanie brodawek piersiowych, nareszcie przelew krwi (*transfusio*) proponowany w niektórych wypadkach przez Dieffenbach'a nie prowadzi do celu.

Powyżej wyszczególnione środki przywrócenia noworodka do prawidłowego stanu, stosować należy wedle ułożonego planu, wytrwale, nie przerywając się za pospiesznie do innego, przed niezupełnionym wyczerpnięciem pierwój przedsięwziętego. Skoro po dwóch do trzech godzinnych usiłowaniaach, dziecko nie okazuje objawów życia, tony serca coraz słabsze i rzadsze w końcu zupełnie ucichły, dziecko już za zmarłe możemy uważać. Jeżeli zaś blada skóra staje się czerwona, barwa jej sina lub ciemno-czerwona ustępuje, członki nabierają pewnej jędrności, głowa mniej zwiesza się, dolna szczęka ku górnej wznosi, gdy skurcz serca coraz silniejszym się staje, występują rżenia przy oddechaniu, krzyk, chwilowe roztwieranie powiek i t. p. nie bądźmy bezczynnymi widzami walczącego ze śmiercią noworodka, leniwo powracającego do życia, owszem, usiłujmy naturze dopomagać, dopóki oddechanie zupełnie nie zostanie uregulowanym, rozciągając przez dni kilka, gorliwą nad dziećciem opiekę.

## 2. Niedokładne rozszerzenie się płuc.

(*Atelectasis pulmonum, Pneumoatelectasis*).

O k r e ś l e n i e. *Atelectasis* ( $\alpha$  bez τὸς koniec ἡ ἔλκασις, rozszerzenie) jest zбочeniem polegającym na jednostajnym rozszerzeniu się mięszu płucnego noworodków od pierwszej chwili porodu, tak że pojedyncze ogniska pozostają jak w stanie płodowym pozbawione powietrza, różniąc się wiotkością i barwą od reszty mięszu płucnego, w którym pęcherzyki powietrzne dostatecznie rozszerzyły się. Określenie to wyłącza zarazem atelectasę nabytą, którą tu pomijamy, a wspomnimy przy opisie chorób płuc.

P r z y c z y n y niedokładnego rozszerzenia się płuc, mogą być bardzo rozmaite, Stan ten uważany być może jako lżejszy stopień asphyxii, trwającej przez dłuższy przeciąg czasu. Zdarza się zwykle u dzieci niedonoszonych i słabych. Jeżeli bowiem noworodek pozostaje w stanie pozorniej śmierci, mięśnie służące do oddechania nie odbywają uależycie swój czynności, koniecznej do wniknięcia powietrza do płuc a tém samém i rozszerzenia pęcherzyków płucnych. Z tego powodu całe płuca lub téż tylko w części, jeżeli oddechanie nie jest normalném, muszą pozostać w stanie w jakim są przed urodzeniem się. Z téj przyczyny dzieci pozbawione sił, mogą uleść atelektazie płuc, szczególnie gdy podczas porodu, przez krwotok lub inne szkodliwe wpływy znacznie osłabionemi zostały. Niektórzy autorowie za przyczynę niedokładnego rozszerzenia się płuc podają zaziębenie. Ciała obce, woda płodowa, krew, śluz z pochwy kobiety rodzącej i t. p., oraz inne przedmioty zalegające w nosie i ustach, lub przedmioty ścisakające brzuch i klatkę piersiową, tamując oddechanie, mogą być atelektazy płucnej powodem.

Z m i a n y a n a t o m i c z n e. Badania pośmiertne wykazują zajęcie większych lub mniejszych części płuc. Rzadko kiedy całe płuco lub jeden z płatów jego ulegają temu stanowi, zwykle zaś ogranicza się na pojedyncze zraziki, szczególnie w tyle i u dołu. Ogniska takie są ostro odgraniczone i nieco zagłębione wśród tkanki płucnej zawierającej powietrze; barwa sino-czerwona, przy ugniataniu lub rozkrawaniu nie trzeszcza, a wycięte i puszczone na wodę toną. Powierzchnia rozkroju zajętych ognisk mięszka. jest gładka i jednostajna, wyglądu podobnego do tkanki mięsnej.

Stan skupienia atelektatycznego płuca bywa rozmaity, co zależy od ilości płynu przesiąkającego zajęty miąższ, w każdym razie jest zbitsze od miąższu w stanie normalnym będącego, i częstokroć znaczny stawia opór naciskującemu palcowi, tém większy, im atelektaza trwa dłuży przeciąg czasu. Jednym z ważnych objawów służącym do rozpoznania różniczkowego tego stanu od zapalenia zrazikowego (*Pneumonia lounularis*), jest możność rozděcia części zajętych za pomocą rurki; jednakże rozdmuchane ogniska pozostają zawsze nieco czerwieńsze od otaczającego ich miąższu. Oprócz tego znajdujemy u takich dzieci, zamknięte jeszcze drogi płodowego krwi obiegu.

Objawy. Niekładno rozszerzenie się płuc, cechując się wydatnemi objawami utrudnionego oddechania, nie przedstawia żadnych trudności w oznaczeniu tego stanu dla lekarza obeznanego z jego istotą. Noworodki atelektazą dotknięte, zwykle przychodzą na świat w stanie pozornéj śmierci, kiedy zaś oddechanie po porodzie rozpoczętém zostaje lub klatka piersiowa zbyt mało się rozszerza, tak że oddychanie jest dosyć krótkie, płytkie, prawie niewidoczne i z pewnym rodzajem obawy połączone; głos słaby, nieco dźwięczący, ssanie przerwane i słabe, skóra zwykle blada chwilami sinieje, szczególniej w górnej części ciała, ciepłota jéj obniżona, tętno powolne i słabe, źrenice słabo na światło oddziaływają i są nieco rozszerzone. Niekiedy występują drgawki jako powikłanie, lub téż następstwo tego stanu w późniejszym choroby okresie.

Opukiwanie klatki piersiowej nie doprowadza do żadnych wniosków, jeżeli niedokładno rozszerzenie się płuca, tylko ograniczonej części miąższu płucowego dotyczy; zwykle odgłos jest nieco dźwięczniejszy, lecz jeżeli pęcherzyki powietrzne w całym płacie, lub na większej przestrzeni nie zostały powietrzem wypełnione, odgłos klatki piersiowej w odpowiednich miejscach może okazać się stłumionym.

Co się zaś dotyczy osłuchiwania, ponieważ klatka piersiowa niedokładnie się rozszerza, szmer oddechowy jest słaby i zwykle pęcherzykowy, oddechu oskrzelowego nigdy nie słyszano przy pojedynczej atelektazie, a gdy dochodzi do ucha badającego, świadczy o powikłaniu. Oprócz przyciszenia, występuje tu i owdzie rżerzenie trzeszczące. Jeżeli ten stan przeciąga się dni kilka, przyłączają się drgawki mięśni twarzy, a nawet innych grupp mięśniowych ciała, jako dalsze choroby téj następstwo. Oddychanie i krwi obieg stają się coraz powolniejsze i słabsze, skóra chłodniejszą i życie dziecięcia powolnie

ustaje, lub też następuje nagle śmierć przy objawach silnych drgawek (*spasmi clonici*), lub kurczu (*spasmus tonicus*).

**Rokowanie.** Atelectaza płuc może być usunięta, niekiedy przechodzi w inną chorobę, lub też zakończy się śmiercią. Jeżeli dotyczy nieznacznej części miąższu płucnego, może być zupełnie zniszczona; przy zajęciu większej części płuc, trudną jest do usunięcia, lub też jeżeli do lekkiego stopnia atelektazy dołączają się inne, już same przez się dla noworodka niebezpieczne choroby, najczęściej smutno się zakończy. Rokowanie jest złe, jeżeli przyczyną są zbroczenia w układzie mózgodzeniowym. Wywołane szybkim i zbyt lekko odbytym porodem, ogólnym osłabieniem, lub obcemi ciałami, zalegającymi w jamach: nosowych, ustnej i tchawicy, polepszają rokowanie. Pogorsza się zaś ono w miarę większego zapadnięcia się przedniej ściany klatki piersiowej, płytszego oddechu, częściej powtarzającego się sinienia, przyłączenia powikłań, wzmagania bladeści skóry na twarzy albo na całym ciele, słabnącego i coraz rzadziej wydawanego przez noworodków głosu, zmniejszającej się chęci do ssania i t. p. Przeciwnie zaś rokowanie będzie lepsze, jeżeli objawy patognomiczne atelektazy płuc, pomimo kilkodniowego trwania, nie wywołały drgawek, lecz nie należy wówczas zaniedbywać ratowania i odpowiednie środki lekarskie ściśle stosować.

**Leczenie.** Podobne jest do tego jak w śmierci pozorniej; choroba ta, jako bardzo szybko przebiegająca, wymaga bardzo starannego leczenia. Z tego powodu, aby ani na chwilę nie przeoczyć tak niebezpiecznego stanu, osoba odbierająca dziecię powinna troskliwie uważać podczas pierwszego wzięcia powietrza, czy oddychanie należycie się odbywa, czy jest dostateczną ilość wdychanego przez noworodka powietrza, czy klatka piersiowa, mianowicie przednia jej ściana, należycie rozszerza się, a nareszcie, co jest najważniejszém, czy dziecię zaraz po urodzeniu się głośno krzyczy?

Jeżeli jeden lub więcej z wymienionych objawów zostawia coś do życzenia, należy starać się pobudzić głębsze oddychanie, oraz dłuższy i głośniejszy krzyk. Ku temu celowi służą środki wymienione powyżej, przy opisie pozorniej śmierci noworodków. Przywołany lekarz w pierwszej godzinie życia dziecięcia, przedewszystkiem powinien umieścić dziecię w ogrzanym pokoju przynajmniej na 15° i ogrzewać przez utrzymywanie w pościeli dziecięcia kamionek wodą gorącą wypełnionych; dalej starać się powinien usiłowania swoje tak skierować, aby do części płuc, jeszcze dla powietrza nieprzystępnych, tako

we wprowadzić. Tutaj mogą być zasosowane środki drażniące i działające na całą powierzchnię skóry, przez ciepłe kąpiele zwyczajne, lub też dodatkiem środków wonnych, wina, octu winnego i t. p.; powtarzać ich należy co 2 godziny, dopóki pożądaný skutek nie zostanie osiągnięty; oprócz tego, ciało noworodka, mianowicie: piersi, brzuch, podeszwy i wewnętrzne powierzchnie kończyn rozcierać od czasu do czasu, dopóki dziecko nie zacznie krzyczeć. Jeżeli przy użyciu tych środków nie możemy pobudzić głębszego oddychania i uregulować krwi obiegu, należy się uciec do środków bardziej pobudzających, mianowicie lekkiego uderzenia dłoniową powierzchnią ręki w pośladki, przykładanie do otworów nosa środków eterycznych, łechtanie końcem palca miękkiego podniebienia i nagłośni kilka razy dziennie, jednostajnego i systematycznie wykonywanego ugniatania klatki piersiowej palcami, w pewnych odstępach czasu, przyczem grzbiet dziecka powinien opierać się na stałej podstawie.

Jeżeli powyżej wyszczególnione środki nie prowadzą do celu, pozostaje elektryzowanie mięśni oddechowych, częstokroć z pomyślnym rezultatem dokonywane, lub podanie ulepku z cebali morskiej, co godzina łyżeczkę, lub 2 grany korzenia epiki. dopóki 2—3 krotnie nie nastąpią wymioty. Za tym środkiem przemawia Jörg; Vogel zaś tylko jedyny raz zastosował go, ale ze złym skutkiem.

Co się tyczy wdmuchiwania powietrza do dróg oddechowych, dzieci uległy atelektazie, Jörg uważa środek ten za bezekuteczny, a nawet szkodliwy; wprowadzone bowiem powietrze sztucznie do oskrzeli, przenika tylko otwarte już drogi, a jeżeli wdmuchiwanie będzie za silném, części płuca już przenikłe powietrzem mogą być za bardzo rozdęte. Z tego powodu tylko taki środek pobudzający wstępowanie i występowanie powietrza użytym być może, który dopomaga obiegowi krwi w częściach płuca atelektazą dotkniętych.

### 3. Wybroczyna nagłówna u noworodków.

(*Cephalhaematoma. Thrombus neonatorum*).

Określenie. Guz nieboleśny, miękki, sprężysty, wyraźnie chełboczący, na części głowy włosami pokrytej, polegający na wynaczynieniu krwi między oczaszną i kością, nazywamy wybroczyną nagłówną, zwaną *Cephalhaematoma* (ἡ κεφαλή głowa, τὸ αἷμα krew). Ostatnie prace Valleix'a, Paul'a, Dubois, Noegele'go,



Hoer'a i Zeller'a, wiele przyczyniły się do wyjaśnienia siedliska i istoty téj choroby.

Nazwa: *cephalhaematoma*, właściwą jest jedynie dopiero określonemu chorobnemu stanowi, jednakże użyta także została do oznaczenia innych ognisk wybroczynowych, mających siedlisko nad oczaszną, lub pod sklepieniem czaszki.

**F o r m y.** Stosownie zatem do siedliska, odróżniane bywają trzy rodzaje wybroczyny:

1) Nagłówna wybroczyna prawdziwa v. podoczaszna, t. j. wylew pomiędzy oczaszną i kości (*Cephalhaematoma verum* s. *subaponeuroticum*. *Cephalhaematome épiceranien*).

2) Wybroczyna nadoczaszna (*Cephalhaematoma subpericranium* s. *pseudo cephalhaematoma*. *Cephalhaematome suspericranien*), i nareszcie:

3) Wybroczyna wewnątrz-czaszkowa v. oponowa (*Cephalhaematoma meningium* seu *intracranium*. *Cephalhaematome intra-cranien*).

Opis niniejszy stosuje się do wybroczyny nagłownej w ścisłym znaczeniu, to jest pierwszego rodzaju.

**P r z y c z y n y.** Wynaczynienia krwi pod oczaszną najprawdopodobniej wywołane bywają ciśnieniem kolisto otwartych ust macicznych; nieczęsto jednakże wynaczynienie wysokiego stopnia osiąga, bo naciskając usta maciczne kolisto rozwarte, są zwykle powodem małych wylewów. Miejsca, w których występują małe podcieki krwi, są właśnie te, w których wybroczynę nagłówną najczęściej spotykamy, i uważane być może jako najwyższy stopień małych wynaczynień (*ecchymosis*).

Z częstości trudnych porodów, i z rzadkości wybroczyn nagłownych (1—2 na 1,000 noworodków), wnosić należy, że przyczyna nie tylko jest mechaniczną, lecz również polega na cienkości i kruchości ścian naczyń krwionośnych.

**Zmiany anatomiczne.** Po zdjęciu skóry i czebca ścięgniętego, w zasinionych miejscach odpowiadających dużej wybroczynie nagłownej, oczaszną pokrywająca wybroczynę grubiej nieco, zachowując właściwą sobie przejrzystość, wewnętrzna jój powierzchnia podobnie jak ściana kostna jamy wybroczynowej, będąca zewnętrzną powierzchnią kości czaszki, przedstawiają się zupełnie gładkimi, jakby

warstwą włókna skrzepniętego wystane. Niekiedy jednakże powierzchnia kości na której spoczywa wybroczyzna przedstawia się chropowatą a nawet może uleść próchnieniu lub zgorzeli, jeżeli przyłączyło się długotrwałe ropienie. Guz wybroczynowy otoczony jest zwykle pierścieniem (fig. 4, Nr. 6) 1''' grubym, 2—3''' szerokim, twardym, kostnego stanu skupienia; a powstającym wskutek rozwijania się elementów kości pomiędzy czaszką i oddzieloną okostną. Wielkość guza bywa rozmaita, znaczniejszych jednakże nie dosięga rozmiarów. Krew skrzepnięta ulegając wstecznej przemianie, stosownie do trwania wynacznienia okazuje się mniej lub więcej odbarwioną.

O b j a w y. Wybroczyzna nagłowna przedstawia się w postaci guza miękkiego, 2—3 cali długości, 2 cale szerokości mającego, sprężystego, z wydatnym chełbotaniem i niebolesnego, na częściach głowy włosami pokrytych, najczęściej w okolicy ciemieniowej prawej, rzadziej na lewej a niekiedy z obydwóch stron, co należy do wyjątków, nigdy jednakże nie przekracza szwów. Pierwszego dnia nieznaczny, następnych więcej uwydatnia się stanowiąc na szczycie swego rozwoju niekiedy dość znaczną wyniosłość. Po kilku dniach trwania, uciskając go brzuściami palców w kierunku od okolicznych części ku środkowi guza spostrzegać się daje pierścień zupełnie lub niekiedy tylko w części okalający guzowatość. Okazanie się tegoż jest znakiem rozpoczynającego się wchłaniania. Prawie od téj chwili guz okazuje się twardszym, przy naciskaniu palcem sprawia właściwe uczucie lub szmer pochodzący od rozpoczętej sprawy kostnienia na powierzchni oczasznój, ku skrzepowi skierowanój. Z każdym dniem staje się płacniejszą i mniejszą, lecz do zupełnej zagłady potrzeba 3—6 miesięcy, a niekiedy więcej, poczem tylko ściśle omacywanie okolicy na której się mieścił, wyśledza ledwie wymacalną nierówną wyniosłość. Przy znaczniejszych wynacznieniach, skóra okolicznych części jest zasinioną.

R o z p o z n a n i e r ó ż n i c z k o w e. Oprócz krwotoków pod oczaszną o których dopiero co wspomniano, występują ieszcze podczas trudnych porodów, szczególniej przy użyciu kleszczy w y n a c z y n i e n i a p o m i ę d z y c z e p i e c ś c i ę g n i s t y (fig. 5, Nr. 2) i o c z a s z n ę. Takowe są obszerniejsze, bez pierścienia kostnego, i prędzej ulegają wchłonienu od prawdziwego wynacznienia nagłownego (*Cephalhaematoma verum*).

Trzeci rodzaj w y n a c z y n i e n i a stanowi wybroczyzna wewnątrz czaszki, pod sklepieniem między kości i oponę twardą.

(*Cephalhaematoma meningeum*) (fig. 6), do którego najczęściej przyłączają się drgawki lub bezwład.

Rodzaj ten wynaczynienia trudny jest do ścisłego oznaczenia, lecz jeżeli wynaczynieniu podoczaszemu towarzyszą drgawki lub objawy bezwładu, można z prawdopodobieństwem przypuścić powikłanie się tych dwóch form.

Dla dokładnego zrozumienia przedmiotu w mowie będącego przytaczamy szematyczny obraz wszystkich trzech rodzajów wynaczyń.

fig. 4.

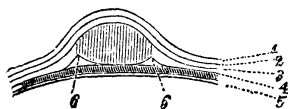


fig. 5.

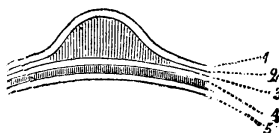


fig. 6.



We wszystkich trzech figurach te same liczby oznaczają jednakowego rodzaju tkanki: Nr. 1, skóra; Nr. 2, czepec ścięgnisty; Nr. 3, oczaszna; Nr. 4, czaszka; Nr. 5, opona twarda mózgu. Na figurze 4, Nr. 6. oznacza pierścień kostny wybroczyny.

Wynaczynienie nagłowne prawdziwe (*cephalhaematoma verum*) może być zamienione:

1) **Z p r z e d g ł o w i e m**, czyli zwykłym guzem głowy (*caput succedaneum*), przedstawiającym się na głowie w postaci obrzmienia rozmaitej wielkości, niechełboczącego, niebolesnego i przy ugniataniu palcem zostawiającego zagłębienie, o którym niżej wspomnimy. Polega ono na nasiąknięciu skóry głowy, a nie na wybroczeniu, znika w przeciągu 12–24 godzin od chwili porodu; gdy zaś wybroczyna nagłówna z początku prawie jest niewidzialną, z każdym dniem wzrasta dopóki nie dosięgnie po 8 dniach szczytu swego rozwoju, będąc otoczona jakby kostnym pierścieniem. Zdarza się jednakże, że w pierwszych 24 godzinach *Cephalhaematoma verum* jest maskowana przez *Caput succedaneum*. Tę zdradza siedlisko i wystąpienie nawet przy nie trudnych porodach.

2) *Z w y s a c z y n ą k r w a w ą* (*Ecchymosis violenta capitis*) wywołaną zewnętrznym gwałtem. Ta nie jest ściśle odgraniczoną, nie ma stale oznaczonego miejsca na głowie; skóra wówczas jest zabarwiona fioletowo, sino albo żółto-sinawo; przy ugniataciu jest bolesną, a naciskający palec zostawia dołek, ciepłota skóry w miejscu jej siedliska jest podniesioną, spoistość tkanki w skutek podziałania zewnętrznego gwałtu zniesioną.

3) *Z w o r k i e m k r w a w y m* (*Saccus sanguineus*), zdarzającym się u zmarłego płodu po mniej więcej trudnych porodach, w postaci torby niebieskawej, chełboczącej, i przy omacywaniu dającej uczucie dotyku, jak gdyby śluzowatym płynem była wypełnioną. W rozpoznaniu jednakże żadna nie zachodzi trudność.

4) *Z w r o d z o n ą p r z e p u k l i n ą m ó z g o w ą* (*Hernia cerebri congenita*), która nigdy nie występuje w okolicach ciemniowych, a zwykle w okolicy szwów i ciemiączek; przez unoszenie się podczas krzyku i kaszlu dzieci, możność częściowego odprowadzenia i występowania wówczas lekkich drgawek, cienkość pokrywającej ją skóry zwykle włosów pozbawionej, łatwo od wybroczyny nagłówniej może być odróżnioną.

5) *Z g u z e m t ę t n i a k o w y m g ł o w y* (*Aneurysma*); lecz pomyłka tu trudno zajść może, podatność guza, regularne tętnienie i częstokroć towarzyszące zboczenie krwi obiegu należyście rzecz wyjaśnić. Nareszcie:

6) *Z g u z a m i n a c z y n i o w e m i* (*Tumor cavernosus*), lecz te przytrafiają się u noworodków dosyć rzadko; jeżeli występują to zwykle na częściach głowy nie pokrytych włosami, ciastowatego stanu skupienia, pozbawione pierścienia kostnego i chełbotania, łatwo dają się ugniatać; zwykle brzmieją podczas krzyku i kaszlu; powierzchnia i przez smugowanie miernie rozszerzonymi żyłami, przyjmuje fioletową barwę.

*P r z e b i e g i u k o ń c z e n i e s i ę.* Choroba trwać może od 4 do 12 miesięcy, prędszy lub powolniejszy przebieg zależy nie tylko od wielkości i napięcia guza, lecz także od ogólnych osobnikowych warunków noworodka. Zakończy się wyzdrowieniem, gdy wynaczyniona krew ulegnie przemianom wstecznym i wchłonięciu, a blaszka oczasnej bezpośrednio napowrót przystaje do kości, lub pomiędzy oczasną i kość zasuwa się nowo utworzona warstwa tkanki kostnej, wydzielona z wewnętrznej powierzchni oczasnej.

Tak szczęśliwe zakończenie się nie jest dla wszystkich wypadków prawidłem, owszem zdarza się na szczęście w wyjątkowych

razach zapalenie ropiaste, spococzenie wynaczynionój krwi, z czasem zniszczenie kości, przedziurawienie czaszki, a przez utworzony tym sposobem otwór w cienkiem sklepieniu czaszki dziecięcia, może nastąpić przepuklina mózgu.

Rokowanie nie zależy od wielkości guza i osobnikowych noworodka warunków. Małe wybroczyny u dzieci zdrowych nie mają ważniejszego znaczenia. Choroba ta u dzieci słabych lub dotkniętych innem cierpieniem podkopującym ustrój może stać się groźną, a nawet smutnie się zakończyć; w takich przypadkach rokowanie z ostrożnością potrzeba wyrzec.

Leczenie. Wybroczyna krwawa pozostawiona siłom natury, bez ugniatań jej, drażnienia skóry i bez chirurgicznój pomocy dobrowolnie zostaje wessaną w przeciągu 3—6 miesięcy, a niekiedy po upływie dłuższego przeciągu czasu. Wzrost dziecięcia nie cierpi, nie doznaje ono żadnych dolegliwości podczas lżejszego nacisku, i przemija bez pozostawienia ważniejszych zmian lub wywołania szkodliwych następstw. Mimo to podawano kilka sposobów leczenia. Jedni autorowie usiłują przyspieszyć wchłonięcie przez nacieranie lub obmywanie rozmaitemi płynami wonnemi: Deutch, Dieffenbach, Lang, Jörg, okładania ściągające, Froriep i Busch roztworem salomoniaku, kwasu octowego, cebuli morskiej, maścią szarą, rtęciową, przystawienie jednój pijawki na szczycie guza, nacieranie nalewką jodową, roztworem soli i t. p.; inni smarują kleiną (*collodium*), wywierają nacisk blaszką cynową lub opaskami ściągającymi (Henschel, Buchard, Chelius i Döpp) okładają plastrami, wyżerają środkami gryzącymi (Göllis, Schmitt Nehrer), przebijają guz, (Nägelle) przeciągają przewłokę (*setaceum*), (Paletta), nacinają lancetem (Kraus, Pizzala, Feist, Reiss), lub téż rozciąwszy guz krzyżowo dwoma do siebie prostopadłemi cięciami (Valleix, Levret, Lang) usuwają zalegającą w nim krew.

Wszystkie te działania częstokroć są szkodliwe. Ucisk, wyżeranie, przebijanie, cięcia guza, mogą stać się niebezpiecznymi i wywołać złe następstwa wynikające z zetknięcia obrażonój kości z powietrzną, zabójcze krwotoki, posocznice i t. p.

Zasadzając się na wniosku Fürt'a, wyprowadzonego z 69 postrzeżeń czynionych w wiedeńskim domu podrzutków, najwłaściwszém będzie zachować się biernie, wyczekiwać, a nacierając guz łagodnym tłuszczem, w razie potrzeby usuwać powikłania według ogólnych prawideł lecznictwa.

#### 4. Nagłowie u noworodków.

(*caput succedaneum*).

**O k r e ś l e n i e.** Bolesną wyniosłość części miękkich na głowie, papkowatego stanu skupienia i rozmaitej postaci, nazywamy nagłowiem v. przedgłowiem.

**P r z y c z y n y.** Uciśnienie główki podczas przebywania drogi porodowej lub ugniecenie kleszczami, przyczem częstokroć skóra zostaje obrażoną.

**Z m i a n y a n a t o m i c z n e i o b j a w y.** W mniejszym stopniu części miękkie nasiąkają płynem surowicznym, w wyższym zaś stopniu wywołanym przez silniejszy ucisk przy trudnym porodzie, oprócz nasiąknięcia surowiczego, powstają wycieki z naczyń krwionośnych; brzegi kości czaszkowych zasuwają się. Z postępem czasu przyłączyć się może zapalenie ugniecionych części z całym szeregiem niepomyślnych następstw.

Kształt nagłowia najczęściej bywa okrągły lub wydłuża się w różnych kierunkach, rzadko jednakże przesuwa się poprzecznie. Skóra w okolicy guza mniej lub więcej sinawo zabarwiona, ściśle przylega do części pod nią będących lub zostaje wzniesioną w kształcie pęcherza wypełnionego płynem surowicznym lub krwistym.

Uciśnięcie końcem palca pozostawia zagłębienie. Nagłowie wikła się niekiedy z wybroczyną pod czepcem ścięgnistym, pod czaszną lub pomiędzy kości czaszki i oponę twardą, a nawet z wynaczynieniami krwi w mózg.

**R o k o w a n i e.** Rokowanie jest prawie zawsze dobre. Guz znika w kilka lub więcej godzin od ukończenia się porodu; jeżeli zaś wysięknięty płyn zalega, może wywołać niekiedy zapalenie i ropienie, zwłaszcza dla wątłych noworodków groźne przez pozbawienie z sił, zgorzel skóry i czepca, próchnienie kości, ropnicę i t. p.

**L e c z e n i e.** Wyczekiwanie zwykle doprowadza do celu, w uporczywych wypadkach posłużyć mogą okłady zimne lub odwarami z wonnych ziół. Zranienia skóry i wszelkie powikłania wymagają odpowiedniego lekarskiego postępowania.

## Choroby pępka.

Po odłączeniu narodzonego dziecięcia od matki przez podwiązanie sznurka pępkowego, przy brzuchu pozostały kawałek zsyca się wcześniej lub później i odpada. Przeciąg czasu potrzebny do odpadnięcia pozostałego kawałka zależy od jego grubości. Następuje to wcześniej gdy sznurek jest cienki, natomiast gruby pozostaje dłużej, dopóki płyn przesiąkający galaretę *W h a r t o n a* (*G e l a t i n a W h a r t o n i*) nie ulotni się. Szybkość odpadnięcia zdaje się również zależeć od większego lub mniejszego ugniatania sznurka podczas porodu: wówczas staje się wiotkim i przyjmuje barwę żółtawą. Powszecznym jest zwyczajem obwijać płatkami płóciennymi kawałek pępownicy w związku z dziecięciem pozostający i przygniatać go do brzucha za pomocą opaski; przez to po wyschnięciu przyjmuje kształt płaskiej rogowatej tasiemki, na której wydatne są żyła i tętnice pępkowe w postaci trzech ciemnych pasków.

Po wyschnięciu cienkiego sznurka, stwardniała galareta *W h a r t o n ' a* w miejscu zetknięcia się jej ze ścianą brzucha pociąga skórę i fałduje ją gwiazdkowato, tak, że po zupełnym odpadnięciu sznurka, utworzy się dość twardy i suchy guzik.

W niektórych wypadkach jeszcze podczas życia płodowego narasta skóra cokolwiek na pępownicę, przezco po oddaleniu się sznurka, pozostaje wałeczkowata wyniosłość w pośrodku lejkowato zagłębiona, *p ę p k i e m m i ę s n y m* zwana, którego zablźnienie wymaga 10 do 20 dni czasu. Schematyczny rysunek tegoż przedstawia fig. 8 a. b.

fig. 8.



Odpadnięcie grubego sznurka pępkowego i zablźnienie się pozostałej po nim rany odbywa się powolniej; w miejscu guziczka pozostaje zaczerwieniona wyniosłość niekiedy grubości palca, czestokroć wilgotniejąca, uległa zapaleniu i ropieniu, utrzymując się przez długi przeciąg czasu zanim fałda pępkowa wytworzoną zostanie.

U dzieci dobrze rozwiniętych sprawa ta prędzej się odbywa, u niezupełnie wykształconych powolniej. Tętnice pepkowe zarastają w końcu 3-go, żyła zaś w końcu 4-go tygodnia; przeciwnie zdarzają się wypadki w których żyła pepkowa wcześniej niż tętnica zarasta. Nadmienić tu należy co pod względem medycyny sądowej jest ważnym, że wysychanie następuje tylko wówczas, gdy sznurek pepkowy połączony jest z żyjącym dzieckiem, u zmarłego nie wysycha, lecz ulega pośmiertnemu rozkładowi.

Dla uniknięcia powikłań, mogących wyniknąć przy usychaniu i odpadaniu pepowiny, skutkiem niewłaściwego obejścia się, jak: ugniatania, przedwczesnego pociągania i skubania, należy ją nieco nagiąć lub zwinąć, oblec kawałkiem płótna i lekko przytwierdzić z boku opaską.

Podczas oddzielania się lub po odpadnięciu pepowiny zdarzają się następujące sprawy chorobne: zapalenie tętnic pepkowych, zapalenie żyły pepkowej, zapalenie, zgorzel, wrzodzące ziarnienie, krwotok peпка i przepuklina pepkowa; nad temi po szczególe zastanowić się wypada.

### a) Zapalenie tętnic pepkowych.

(*Arteriitis umbilicalis*).

**P r z y c z y n y.** Mechaniczne obrażenie pepowiny w pierwszych 4 tygodniach życia dziecięcia, są w stanie wywołać zapalenie ścian naczyń, zwykle poczynające się od zewnątrz lub przez drażnienie uległym rozpadowi zakrzepem od wewnątrz. Rzadko kiedy występuje pierwotnie i samo przez się a zwykle wikła się z zapaleniem sąsiednich tkanek.

**Z m i a n y a n a t o m i c z n e.** Światło jednej lub obydwóch tętnic, rozszerzone niekiedy do kilku linii średnicy w punkcie ich wyjścia z tętnic podbrzuszných, wypełnione ropą lub płynem brudnym posokowatym. Powierzchnia wewnętrzna jest żółto-czerwona - wo lub szaro zabarwiona, niekiedy wszystkie warstwy rozmiękają i przyjmują szaro-olowianą barwę.

Przy wzmaganii i rozszerzaniu się sprawy chorobnej wywołują powikłania, mianowicie wystąpienie w jamę otrzewną płynu ropiastego lub poskowatego, niekiedy zaś nasiąknięcie płynem surowicznym krwistym tkanki łącznej pomiędzy pęcherzem moczowym i spojeniem



łonowém, nareszcie zgorzel tkanki łącznej i otrzewnej na przebiegu tętnic pępkowych.

**O b j a w y.** Cechuje się wypukleniem pępka podczas ruchów oddechowych mięśni brzusznych, a po ugnieceniu palcami wypływaniem ropy żółto-zielonawo lub krwawo zabarwionej, niekiedy płynu posokowatego. Powierzchnia pępka jest blada czerwonawa, lub pokryta strupem. Okoliczne części normalne lub też przestrzeń zawarta pomiędzy pępkiem i wgórkiem łonowym, obrzmiała i nieco zaczerwieniona. Choroba ta sama przez się w wyjątkowych razach sprawia odczyn w stanie ogólnym.

**R o k o w a n i e** pomyślnie, szczególnie gdy żadne ważniejsze powikłania nie pogorszy przebiegu.

**L e c z e n i e** ogranicza się na łagodném wyciskaniu ropy od dołu ku górze w przebiegu tętnic i na oczyszczeniu pępka.

## b) Zapalenie żyły pępkowej.

(*Phlebitis umbilicalis*).

**P r z y c z y n y** te same co przy *Arteritis umbilicalis*. Zdarza się przed lub po odpadnięciu sznurka.

**Z m i a n y a n a t o m i c z n e.** Żyła mniej lub więcej rozszerzona, ściany ję żółtawo lub szaro zabarwione i nieco zgrubiałe, światło wypełnione masą gęstawą, brudno-czerwoną, powstałą z rozpadu utworzonego zakrzepu rozpościerającego się aż do żyły wrotniej, powodując obszerne w tém narzędziu ropiaste zapalenie, tak w samych ścianach naczyń jak i tkance łącznej otaczającej.

Mózg często przekrwiony lub surowiczo nasiąkły, wiele tkanek krwią podciekłych. Wątroba i śledziona znacznie przekrwione, podobnie i płuca w których zdarza się spotykać ogniska zawałowe (emboliczne).

Wypełnienie się światła żyły masą ropiastą lub posokowatą jest przyczyną lekkiego unoszenia się dna pępka, co dla téj choroby jest prawie cechującym. Naciskając na sąsiednie części niekiedy daje się wycisnąć z pępka parę kropli ropy lub płynu posokowatego. **B e d n a r' o w i** tylko wówczas udawało się to spostrzedz, jeżeli jednocześnie tętnice pępkowe uległy zapaleniu. Gorączka jest prawie stałą towarzyszką, zwłaszcza gdy przez wchłonięcie posoki, krew zatruta zostanie; wówczas przyłącza się cały szereg objawów cechujących posocznicę (*septicämia*). Ciepłota ciała częstokroć nie na wszystkich

okolicach jest jednostajną i tak kończyny i twarz chłodniejsze od górnej części głowy lub tułowia i przeciwnie. Skóra wcześniej lub później żółtawy przyjmuje odcień, miejscami zaś rozlane zaczerwienienie lub brudno sinawe plamy.

Okoliczna tkanka łączna podskórna u dziewcząt zwykle tylko wargi sromne nasiakają surowiczco. Zaczerwienienia okolicy pepekowej i ból rozciągający się głównie w kierunku przebiegu żyły pepekowej i trwający tu ciągle nawet w chwili spoczynku bardzo niepokoją dzieci i wstrzymują ich od poruszeń muszkułami brzucha, w innych razach dziecię traci przytomność. Do tych objawów wkrótce dołącza się zapalenie błon surowicznych mocno wzdymające przednią ścianą brzucha, mianowicie nad pepkiem, lub obszerne zapalenie skóry.

Zapalenia rozmaitego charakteru i w różnych ciałach narządach, oponach ośrodków nerwowych, w narządzie oddychania, krążenia itp. które niebawem śmiertelne sprowadzają zejście najdalej w 3 tygodnie.

Jeżeli zaś zapalne i rozpadnięte wypłydy nie zostaną wchłonięte do krwi, ropienie z czasem zostaje ograniczone, pepek zabliznia się i po kilku tygodniach przedstawia się pod formą małego guziczka; lecz tak szczęśliwe zakończenie się choroby prawie do wyjątków należy: zwykle następuje posocznica zwłaszcza u noworodków zostających w zakładach położniczych nawiedzonych gorączką połogową.

**Przebieg i rokowanie.** Choroba występuje w pierwszych trzech tygodniach życia noworodka, a jeżeli po upływie tego czasu uwydatnia się, bez wątpienia początek pierwszej datować należy. Rokowanie zwykle jest niepomyślne, przyłącza się posocznica, która nawet bez wydatnego powikłania się z zajęciem jakiegokolwiek wewnętrznego narządu smutny sprowadza koniec.

**Leczenie.** Przedewszystkiem usunąć noworodka z zakaźnego powietrza zakładów położniczych, dać zdrową, silną mamkę, w braku téjże żywić dziecko sztucznie wedle ogólnych wskazówek podanych w części ogólnej.

Biegunkę, napływy krwi do rozmaitych narządów, zajęcia skóry i t. p. traktować wedle ogólnych wskazań.

**o) Śluzotok i owrzodzenie zapaleniem pępka zwane**  
(*Bleunorrhœa et ulceratio umbilici s. omphalitis.*)

Nieczyste utrzymanie pępka lub drażnienie młodej blizny wywołuje niekiedy wydzielanie się śluzowatego płynu, łatwe do powstrzymania przez okładanie roztworem środków ściągających (octan ołowiu, saletran srebra); lecz jeżeli stan ten dłużej się przeciąga, na ścianie brzusznej powstają obnażenia skóry z naskórka i zaczerwienienie okolicznych części bolesnych w dotknięciu; w końcu wytwarza się okrągły wrzód wielkości monety groszowej, który przy niepomyślnym przebiegu może być powodem przedziurawienia ściany jamy brzusznej i śmierci.

L e c z e n i e zasada się na użyciu ciepłych okładów, tuszowaniu saletranem srebra powtarzaném od czasu do czasu, i opatrywaniu płóciennymi płatkami napojonemi oliwą. Przy tych środkach łatwo następuje zabliznienie, skoro dziecko jest dobrze odżywione, i bez zaburzeń w przewodzie pokarmowym; w przeciwnym razie wyniszczające ropienie i bóle podkopują coraz więcej wątył dziecięcia ustrój.

**b) Zgorzel pępka.**

(*Gangraena umbilici.*)

O b j a w y, z m i a n y a n a t o m i c z n e i p r z y c z y n y. U dzieci wątłych lub zostających w zakładach nawiedzonych gorączką połogową, do sprawy zapalnej zwłaszcza powikłanej z owrzodzeniem pępka i okolicznych części przyłącza się niekiedy zgorzel. Wówczas owrzodzona powierzchnia najpierw pokrywa się strupem z obumarłej tkanki złożonym, gdy na powierzchni okalającej i zapalanej skóry, najpierw obumiera naskórek, odstaje od warstw głębiej leżących, które z czasem także martwieją przez coraz głębsze nasiąkanie ich produktami rozpadu.

W największej liczbie wypadków przyłącza się zapalenie otrzewnej i sąsiednich narządów, zwłaszcza na przebiegu naczyń pępkowych wypełnionych skrzepłą krwią lub masą gęstą barwy żółtawej lub brudno-ciemno czerwonej. Błona otrzewna której naczynia silnie krwią nabiegają, wkrótce na całej przestrzeni lub w ograniczonych

miejscach pokrywa się cienką warstwą masy miękkiej, żółtawej lub ezerwonawej.

Błona śluzowa pętlic kiszkowych w pobliżu pepka zostających ulega niekiedy krwistym podciekom, lub też ściana pętlicy przylegającej do ściany brzusznej ulega przedziurawieniu wywołując odpowiednie następstwa.

Zgorzeli pepka zwykle towarzyszy gorączka, jednakże natężenie jej nie zostaje w prostym stosunku z obszernością i głębokością zgorzelowanej przestrzeni.

Z powikłań częstokroć zdarzają się zapalenie żyły i tętnic pepkowych, zgorzel zapalonyj przepony przewodu pokarmowego, wybroczyny w błonę śluzową kiszek i pęcherza, ogólny rozkład krwi lub niedokrewność.

**R o k o w a n i e.** Bardzo rzadko pomyślne; wówczas strup ogranicza się, odpada, pozostała powierzchnia pokrywa się ziarniną i lec do zupełnego zabliznienia potrzeba 13 do 37 dni. Wypadki niepomyślne w 3—14 dni zakończają się śmiercią.

**L e c z e n i e.** Obszerne zapalenie okolicznych części wymaga zastosowania szarpi maczanych w stężonych roztworach środków ściągających jak: octanu ołowiu, boranu sody, alunu, i przykrycia płatkami w oliwie maczanymi dla wstrzymania przystępu powietrza. Jeżeli zapalenie jest ograniczone lub zupełnie go niema, można zastosować wyskok kamforowy z nalewką myrry, jako środek ożywiający tkanki i wstrzymujący rozpadanie. Przykrą woń zubożętnia woda chlorowa, dla podtrzymania stanu ogólnego należy podawać odpowiednie dawki kawy mlecznej, kilka łyżeczek dziennie wina czerwonego lub inne środki pobudzające, a dla ochrony wchłonięcia do krwi wyplodów z rozpadających się tkanek, należy takowe ile możności usuwać.

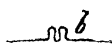
### e) Wrzodziejąca ziarnina pepka.

(*Fungus umbilici, Nabelschwamm*).

**O k r e ś l e n i e.** Pod tą nazwą rozumiemy guz owrzodzony powstający wskutek bujnego narastania ziarniny, na powierzchni pozostałej po odpadnięciu sznurka pepkowego.

**Z m i a n y a n a t o m i c z n e i o b j a w y.** Przedstawia się pod postacią guzika szypułkowatego lub o szerokiej podstawie blade lub ciemno-czerwone, wielkości czarnej jagody, w dotknięciu

sprawia uczucie gąbki lub galarety. Guzik ten nie krwawi i nie sprawia żadnego bólu. Skóra dokoła tego miejsca nabrzęka, obejmuje mniejszą lub większą narośl, czego szematyczny rysunek przedstawia fig. 7,



czerwienieje, ogołaca się z naskórka, a nawet może się stać przyczyną zgorzeli. Wrzodząca wyrostek zamieniona być może z wrzodem pepkowym, lecz rozciągnięcie zaciskających fałdów skóry należyście rzecz wyjaśnia.

**L e c z e n i e** polega na odjęciu lub podwiązaniu wyrastającej narośli. Odcięcie dokonywa się nożyczkami *C o o p e r'a* po odciągnięciu fałdów skóry lewą ręką; krwawienie powierzchni rany łatwo zatamować przez pociągnięcie powierzchni rany saletranem srebra. Czynność tę można dopełnić bez pomocy; zaś podwiązanie wymaga asystencyi. Pomocnik jedną ręką odciąga fałdę, drugą podsuwa zgłębnikiem pętlę nitkową, starając się ile możności głęboko zająć podstawę narośli, poczem operujący ściąga pętlę i odcina narośl.

Pierwszy sposób jest łatwiejszy do wykonania i również jak drugi bezpieczny, następuje uleczenie siłami natury przez obumarcie szypułkowatej narośli i dobrowolne jej odpadnięcie.

### f) Krwotok z pępka.

(*Hemorrhagia umbilici*).

Dopóki tętnice pępkowe nie zarosną lub nie wypełnią się skrzepem, mogą być powodem krwawienia. Zdarza się zwykle po odpadnięciu sznurka t. j. 5—30 dnia życia dziecięcia, zanim ranka nie zostanie zablizniona. Ilość wynaczynionej krwi bywa niekiedy dość znaczną i dostateczną do wywołania zagrażającej życiu dziecięcia bezkrwistości. Do zatamowania jest trudny, lecz gdy to zdołano osiągnąć, rzadko powtarza się; *B e d n a r* jednakże cytuje wypadki, w których sączenie aczkolwiek małe powtarzało się przez 10—11 dni.

**P r z y c z y n y**, z m i a n y a n a t o m i c z n e i o b j a w y. Krwotok pępka zależy najprawdopodobniej na nieprawidłowym składzie krwi. Występuje on z naczyń pępkowych, drobniejszych okolicznych naczyń krwionośnych przy owrzodzeniu i zgorzeli pępka. Spotykany bywa u dzieci poprzednio zdrowych, przy różnych sprawach chorobnych pępka i usposobieniu do krwawienia. Jeżeli ma miejsce

u dzieci zdrowych, bez widocznej przyczyny spostrzega się na powiększeniu i zabroczeniu, a po jego odwiązaniu sączy się kroplami krew z naczyń pępkowych, zwykle trudno krzepnąca, tak że puszczone na szkło zegarkowe zaledwie po upływie kilku dni oddziela skrzepły włóknik w postaci wiotkich kłaczków. Nie powstrzymane nalezycie krwawienie coraz bardziej pozbawia dziecię sił w miarę wzmagania się bezkwestii.

Badanie pośmiertne częstokroć obecność wynaczynień na opłucnej i osierdziu wykazuje, niekiedy naczynia pępkowe są zatkane skrzepami, co dowodzi że krwawienie pępka polega na głębszej przyczynie, a nie na braku skrzepów w tętnicach pępkowych.

Leczenie zastosować należy do przyczyny powodującej krwotok. Zwykle używane (*haemostatica*) jak: hupka, roztwór półtoro-chlorku żelaza nie prowadzą do celu. Przez Scazzonięgo

Dubois próbowane podwiązanie (*ligature en masse*) polegające na krzyżowym przekłuciu pępka dwiema szpilkami i ściągnięciu osemkowym nitką, nie zawsze wystarcza do wstrzymania krwawienia. Podwiązanie naczyń pępkowych, jeżeli te są jego źródłem racjonalnie jest wskazane, jednakże Vogel upatrując przyczynę jedynie w nieprawidłowym składzie krwi, i usposobieniu do krwawień jest przeciwny wszelkiej operacyjnej metodzie, a przy owrzodzeniu i zgorzeli pępka stosuje środki ściągające; w uporczywszych wypadkach przyżęga żelazem do białości rozgrzanem. Thomas Hill zaleca opatrunek papką gipsową, zalepiając spękania po wyschnięciu opatrunku powstałe świeżą mieszaniną.

### g) Przepuklina pępkowa. (*Hernia umbilicalis*).

Określenie. Za przepuklinę pępkową uważane bywają dwa stany prawie do siebie niepodobne, mianowicie:

a) Przepuklina wrodzona v. sznurka pępkowego, (*Exomphalus*, *Omphalocele congenita*, *Omphalocele*, *ὀμφαλὸς πέπεκ* i *Χήλη* przepuklina, *Nabelbruch*.) zależąca na niezpełnieniu wykształceniu się powłok brzusznych, biorących początek ze struny pierwotnej (*horda primitiva*). W pozostającej tym sposobem szparze przesuwają się kanały do 7 lub 8 tygodnia życia płodowego, łączący przewód pokarmowy z pęcherzykiem pępkowym (*vesicula umbilicalis*). Jeżeli ten kanał zwany pępkowym kieszkiwym

(*umbilicus intestinalis*) otoczony zasuwającymi się blaszkami ściany brzucha czyli pępkim skórnym (*Hautnabel*) nie zostanie zamknięty przez należyte ściągnięcie się powłok brzucha, rozwija się kiszka w kierunku ku otworzonemu pęcherzykowi pępkowemu, która niekiedy wraz z wysuwającą się częścią wątroby zewnątrz jamy brzusznej wyziera. W takim razie część kiszki, która w normalnym rozwoju objęta jest końcem płodowym sznurka nie cofnie się w właściwym czasie do brzucha, owszem sama przewężona zasuwą się ciągle w pęcherzyk pępkowy, ostatecznie dojdzie rozmiarów, które uniemożliwiają i po porodzie cofnięcie się jej w jamę brzuszną. Lecz jeżeli jednocześnie i część wątroby wspólnie z kiszką wysuwać się będzie, utrzymuje się otwór na tyle obszerny, że wysunięta część kiszki w miarę swego wzrostu jest w możności wstąpić napowrót do jamy brzucha.

Przepukliny wrodzone bez udziału wątroby nie mogą się odkładać; po odpadnięciu sznurka ulegają zgorzeli, a skutkiem przyłączają cego się zawsze do tego stanu zapalenia otrzewnej następuje śmierć. Jeżeli i część wątroby jednocześnie z częścią kiszki po za jamę brzuszną wystaje, może nastąpić uleczenie siłami natury; powłoka otrzewna pokrywa się ziarniną, zwęża się otwór przez który wystąpiły, tak że z czasem pozostaje tylko dość twarda blizna.

Leczenie jest bardzo proste, powierzchnię ziarnującą opatrzyć należy obojętnym tłuszczem i dzieci dobrze żywić.

b) Przepuklina pępkowa nabyta v. pierścienia pępkowego (*Hernia umbilicalis, Omphalocele acquisita, Nabelringbruch*). Spotykane bywa przeważnie u dzieci źle odżywionych, cierpiących na rozcięcie kiszek gazami, i przez częsty krzyk naprężających przednią ścianę brzucha, co sprzyja rozszerzaniu się pierścienia pępkowego i stopniowego wysuwania się pętli kiszki cieniżej. Pojawia się dopiero w kilka tygodni lub miesięcy od urodzenia się dziecięcia nawet po prawidłowym porodzie już po zupełnym zablźnieniu pępka.

Przedstawia się w postaci wypuklenia w okolicy pępkowej, wielkością dochodzi wiśni a niekiedy połowy jabłka. Na szczycie opatrzoną jest białym świecącym ogniskiem, powstałym z rozciągnięcia pępka naczyniowego (*Gefäßnabel*), czyli miejsca zrośnięcia z sobą naczyń pępkowych po odpadnięciu sznurka.

Rokowanie zawsze dobre przy odpowiedniem postępowaniu lekarskiem, pierścień z czasem zaciąga się nie pozostawiając śladu po istniejącej przepuklinie.

Leczenie wymaga 3—6 miesięcy. Wypchniętą część kiszki przez rozszerzoną obrączkę pępkową należy odprowadzić, co zresztą

z łatwością daje się dokonać, poczem należy przyłożyć poduszeczkę większą od pierścienia ze skubanki, korka lub płutna w kształcie guziczka którego powierzchnię wypukłą zwraca się do ciała, następnie utwierdzić paskami lipkimi plastru i umocować szeroką opaską tak aby oddechanie nie było tamowane. Po każdej kąpieli opatrunek winien być zmieniony.

## 6) Szczękościsk i tężec nowonarodków.

(*Trismus et tetanus neonatorum, Starrkrampf*).

Jest chorobą nerwową wywołaną nieprawidłowem pobudzeniem sfery ruchomój układu nerwowego, przyczem sfera czuciowa następczo tylko słaby udział przyjmuje. Najpierw kurczą się mięśnie (*spasmus tonicus*) przyczepiające się do szczęki dolnej, lecz wkrótce inne grupy w rozmaitych częściach ciała zostają zajęte, a niekiedy od razu wiele grup mięśni przyjmują udział.

P r z y c z y n y. W małej liczbie chorób wewnętrznych przyczyny są tak wydatne jak w szczękościsku i tężcu noworodków; jakkolwiek w przyczynowości zdania są bardzo podzielone, najpierwsze bezwątpienia zajmują miejsce obrażenia fizyczne, zatem wszelkie choroby wikłające sprawę oddzielania się sznurka pępkowego szczególnie u dzieci z wadliwym ciałotworem (*constitutio*), niezręczne obchodzenie się z pępowiną, uszkodzenia jej podczas porodu i w pierwszych dniach życia dziecięcia. Rzeczywiście łatwo przypuścić, że przy nagłym ściągnięciu tkanki podczas przewiązywania sznurka lub zarastania obrączki pępkowej, gałązki nerwowe zostają ugniecione lub zmiażdżone powodując objawy odruchowe tak częste u dorosłych przy traumatycznym tężcu, wywołanym przez ciała obce w którejkolwiek części ciała uwięzłe. Choroba ta zdarza się u dzieci w 1—5 dni po odpadnięciu sznurka, z wiekiem usposobienie zmniejsza się, jak to widzimy z 33 spostrzeżeń zebranych przez Bednara; z tych 17 dzieci miało 5—6 dni, u 14 dnia 7, 8 lub 9 a tylko w dwóch wypadkach u 11 dniowych. Wnosi zatem, że w największej liczbie wypadków początek datować należy pierwszego lub drugiego dnia po odpadnięciu sznurka, lecz wówczas nie zdradza jeszcze swojej obecności żadnymi nieprawidłowemi objawami, tak ze strony mięśni jak i zabliźniającego się pępka.

Pora roku nie ma znaczenia, stosunkowo bowiem do liczby porodów, ilość wypadków w każdym miesiącu zdarzająca się jak wykazały obliczenia statystyczne nie przedstawia uderzającej różnicy.



Inaczej się rzecz ma z ciepłotą powietrzną i położeniem geograficznem; co się tyczy wpływów ciepłoty, nagłe jej zmiany bezwąpiewnia niekorzystnie oddziałują, co C e j e r c h s j o e l d zauważył przy wybuchnięciu epidemii w 1834 r. w zakładzie położniczym w Sztokholmie, gdzie szczyt choroby przypadł w czasie nagłych zmian ciepłoty powietrznój.

Na częstość pojawienia się wpływa także złe pielęgnowanie noworodków, zimno (*Bardleben*), brudne utrzymywanie zwłaszcza w salach napełnionych zepsutem powietrzem i t. p. W naszym klimacie choroba ta jest dość rzadką. W ciągu kilku lat w Instytucie Położniczym i Domie podrzutek w Warszawie zaledwie kilka wypadków naliczono. Noworodki w okolicach południowych częściej ulegają temu groźnemu cierpieniu, co szczególnie uwydatnia się w zakładzie położniczym Dublina i Medyolanu. W Londynie także zdarzały się epidemie tej choroby (*Underwood*), w Tryeście, Hiszpanii, Indyach Wschodnich, na Cayeunie, Minorce i Jamaice panuje endemicznie a nawet na niektórych osadach Gujanny przeszło połowa rodzących się tam dzieci ma być nawiedzana. Lecz i północne kraje nie są wolne, owszem w Hollandyi gdzie ją nazywają „Chinclose“ (zwarcie szczęk) panuje endemicznie a co gorsza na wyspach Westmann, Eyer i południowych wybrzeżach Islandyi, choroba ta według podań *MacKenzie* i *ego* tak silnie grasuje u noworodków (64%), że szczupła ludność podtrzymuje się napływem nowych wychodźców.

Zmiany anatomiczne. Ścisłe badania anatomo-patologiczne nietylko rozmaitych narządów i ośrodków nerwowych ale także i nerwów obwodowych przyjmujących udział w cierpieniu, w dzisiejszym stanie nauki, nie wykazały dotąd cechujących zmian, któreby wystarczały do bliższego ocenienia tej sprawy chorobnój. Z tego wynika, że szczękościsk i tężec noworodków jest chorobą nerwową niedającą się wytłumaczyć przekrwieniem, bezkrwistością, zapaleniem w sferze układu nerwowego lub jakiegokolwiek innego narządu, lecz zmianą do dzisiaj jeszcze niepoznaną należycie.

Na zwłokach dzieci z tej choroby zmarłych bywają spotykane stężenie i pośmiertne w wysokim stopniu i długo trwające, nawet podczas gorącej pory roku, przekrwienie i nasięki surowicze opon, mózgowia i mleczka kręgowego, rzadziej bezkrwistość, krwawe wynaczynienia w kanale kolumny kręgowój i rozmaite sprawy chorobne pępka o których wyżej wspomiano.

Zasadzając się na częstości spotykanego przekrwienia mleczka, a niekiedy i wylewów krwawych lub surowicznych w kanał kręgowy, rzu-

cono myśl w Dublińskim Zakładzie położniczym, czy zmiany te znajdujące się częstokroć po śmierci, nie są wynikiem leżenia noworodka na grzbiecie? Weber pragnąc rzetelność powyższego mniemania ocenić, układał zmarłe dzieci twarzą ku dołowi, zaraz po śmierci, a znajdując i u takich powyżej wspomniane zmiany, mianowicie przekrzywienie mlecza i opon oraz wynacznienie w kanał kręgowy, nie przypuszcza, aby objawy te były wynikiem jedynie mechanicznie napływającej krwi.

Objawy i przebieg. Wybuchnięcie choroby poprzedzanem bywa zwykle niespokojnością, kwileniem się lub płaczem, właściwem drżeniem dolnej szczęki, chęcią ssania a po uchwyceniu brodawki spiesznem jej wypuszczeniem z ust. Po kilkogodzinném lub kilkodniowym trwaniu tych zwiastujących objawów, powtarzających się mniej lub więcej często, dziecię naraz nie może otworzyć ust, mięśnie twarzy tężeją, rysy tracą wyrazistość właściwą noworodkom, usta zaostrzają się, szczęka dolna nieruchoma i około  $\frac{1}{8}$  cala od górnej odstaje, niekiedy język tkwi pomiędzy szczękami, połykanie utrudnione, lub niemożliwe; dotknięcie, poruszenie ciała, chęć połykania, wywołują powtórzenie się napadu kurczu, czoło i policzki marszczą się, powieki silnie zwarte otoczone zbiegającemi się fałdami i dokoła sinawo zabarwione, rozszerzone nozdrza, głowa znaczuie w tył przechylona, kark sztywny, skóra zaczerwieniona, nieco stężała; dziecię trudno oddycha jedynie kosztem usiłowań mięśni szyjnych i przeponowych a podczas wydychania wydziela się spieniona ślina; dziecię od czasu do czasu głęboko wdycha powietrze, klatka piersiowa i ściana brzuszna napięte i nieruchome, pępek wypuklony. Skoro kurcz uogólnia się, zajmuje mięśnie tułowia i kończyn, które wówczas tężeją, a górne do boków klatki przystają, palce skupione lub rozstawione, tułów w tył się wygina, a jeżeli choroba sięgnie szczytu rozwoju, wszystkie mięśnie są tak stężałe, że dziecię unieść można jakby jednolity twardy przedmiot. Z początku są chwile swobodne nawet całemi godzinami, wówczas dziecię pozornie zdrowém się przedstawia. Z postępem czasu napady powtarzają się coraz częściej, trwają coraz dłuższy przeciąg czasu; przerwy są coraz krótsze, w końcu prawie zacierają się, tylko przed zgonem następuje chwilowe zwolnienie mięśni.

Rokowanie zwykle niepomyślne. Bednar cytuje wypadek uleczenia u dziewczynki 8-dniowej dobrze odżywionej, Hufelanda podaje 20% uleczonych z 10—12 wypadków, Vogl'a wszystkie zakończyły się śmiercią, podobnie niepomyślne wypadki miał Göllis i Heim, śmiertelne było zakończenie w kilkudziesięciu wypadkach spostrzeganych przez nas w Instytucie położniczym War-

szawskim, i niektórych za granicą oraz w oddziale niemowląt w szpitalu Dzieciątka Jezus. Śmierć następuje 1—8 dnia z uduszenia lub ogólnego osłabienia. Choroba kończy się uduszeniem, skutkiem zamknięcia się szpary głosowej podczas drgawkowego napadu, lub też długotrwałego skurczu mięśni oddechowych; z osłabienia, skoro, często powtarzające się napady, bezsenność i niemożność przyjęcia pożywienia, coraz więcej wyczerpują siły.

**Leczenie.** Według zdania najbłęgiejszych pediatrów, szczególności i tęże u noworodków, prawie zawsze kończą się śmiercią, ważnym będzie zapobiegać ich wystąpieniu. Słusznie przeto radzi Frank aby kobiety żyjące w sferach endemicznie lub epidemicznie nawiedzanych tą chorobą, przy końcu ciąży zmieniały miejsce zwykłego pobytu i dopiero wracały po zablżnieniu się pępka dzieci przez nich narodzonych. Podczas sprawy zablżniania, dziecię powinno być jak najstaranniej pielęgnowane, utrzymywane w jednostajnej ciepłocie (15—16°), w czystym powietrzu, i karmione wedle prawideł podanych w części ogólnej (str. 29). Po wybuchnięciu choroby zadanie już jest trudniejsze, a najgorliwsze nasze usiłowania prawie zawsze zostają bezowocnymi. Próbowano najrozmaitszych środków przeciwzapalnych, odciągających, wypróżniających, odurzających, przeciwkurczowych, napotnych, drażniących skórę, hydroterapii, elektryczności i t. p., — wszystkie niestety zawiodły oczekiwania. Najwłaściwszym będzie podtrzymywać siły dziecięcia podawaniem dwa razy dziennie mleka lub rosołku z żółtkiem a jeżeli nie jest w stanie przełykać, należy wlewać pokarm za pomocą przełykowego zgłębnika.

Jeżeli punktem wyjścia choroby zdaje się być blizna pępkowa, takową przypalić żelazkiem do białości ogrzaném. W est opierając się na zmianach anatomicznych zaleca pijawki, kąpiele ciepłe, środki przeciwkurczowe jak: lewatywy ze smrodzieńcem (*asa foetida*), lub naparem liści tytuniowych, po użyciu których widział natychmiastową aczkolwiek przemijającą ulgę. Chloroformowanie nie doprowadza do celu, jakkolwiek chwilową ulgę sprawiać jest w stanie. Zastosowanie środków wewnętrznych napotyka wiele przeszkód z powodu trudności lub możebności przełykania.

## 7. Stwardnienie powłoki zewnętrznej (noworodków).

*Scleroma. Sclerosis cutana Induratio telae cellulosaе, oedema neonatorum durum s. compactum, Sclecème, Vehärtung des Zellgewebes.*

Pod nazwą „Scleroma“ (το σκληρώμα, stwardnienie) rozumiemy stwardnienie powłoki zewnętrznej pojawiające się przy pewnych stanach chorobnych u noworodków.

Jakkolwiek uważamy go za objaw a nie za właściwą formę chorobną, jednakże trzymając się przy opisie chorób dzieci porządku przyjętego przez Vogel'a, wspominamy o nié m oddzielnie, aby mieć sposobność zastanowienia się nad tą kwestyą, dziś jeszcze co do swojej natury należycie niewyjaśnioną. I tak rzuciwszy okiem na historyą spotykamy się z najrozmaitszemi pojęciami. Underwood, Marcus i Richter poczytują za odmianę zapalenia (*erysipelas*), Ledemann odróżnia formę ostrą i przewlekłą jednoznaczną z zakrzepem w żyłce udowej (*phlegmasia alba dolens*), Hulme jako powikłanie pewnych form zapalenia płuc. West jako następstwo niedokładnego rozszerzenia się płuc u noworodków (*atelectasis pulmenum*), Baird za powikłanie przy zębowaniu, Chambon, Capuron i Marzari sądzą że istotą stwardnienia powłoki zewnętrznej jest zgęstnienie tłuszczu skutkiem działania zimna, Lefebure de Villebrune poczytuje za następstwo działania wody płodowej na powłokę zewnętrzną płodu, gdy Stuetz tak daleko posunął się w przypuszczeniu, że istotę stwardnienia widzi w skurczu tkanki łącznej podskórnej, Kutsch zaś uważa za następstwo pierwotnego zajęcia układu chłonnego, Doublet i Göllis jako odmianę przymiotu, spodziewając się dobrych rezultatów z leczenia przeróbkami rżęci, Wendt za oddzielną formę chorobną bezgorączkowego zajęcia powłoki ogólnej, Chaussier i Adelon jako pewien rodzaj twardego obrzmienia; Carus zbliżając się więcéj do prawdziwego pojęcia, poczytuje ten stan za objaw ogólnego upadku spraw życiowych a szczególniéj skóry, J. F. Meckel jako następstwo zбочeń w ośrodkach nerwowych,

gdy zaś Ch. E. Fischer i R. G. Zimmermann za jednoznaczne z zapaleniem różowém, do czego Henke dodaje zaburzenia w obrębie żyły wrotnéj i dróg żółciowych, a Heyfelder jako następstwo niedokładnego obiegu i utlenienia się krwi wywołanego niezarośnięciem otworów płodowego krwi obiegu, lub zaburzeniami w narządzie oddychania. G. Ch. Oesterlen sprzeciwia się teorii Heyfelder'a w trzech wypadkach, które miał sposobność zauważyć, tętno i oddech nie uległy zmianie, dopóki stwardnienie powłoki zewnętrznej nie sięgało szczytu swego rozwoju. Badanie pośmiertne nie wykazało ważniejszych zaburzeń w układzie krążenia krwi i oddychania. Bischof nazwą scleroma mianuje stan, polegający na pierwotnem stwardnieniu skóry i na zatankaniu jéj naczyń włoskowatych, w których utrudniony przepływ krwi ma być powodem przezięku występującego w tkankę łączną podskórną a zatem puchliny zaskórnéj, którą uważa jako objaw następczy, przypadkowy i podobnego znaczenia jak przy wadach anatomicznych serca, zatankaniu pnia naczynia skórnegó w kończynie lub przy zapaleniu różowém. Za pierwotną chorobę uważa zmiany w powłoce zewnętrznej. Billard zasadzając się na 77 spostrzeżeniach klinicznych, wsparty badaniem pośmiertuém, zaprzecza obecności jakiegokolwiek pierwotnego zaburzenia w budowie skóry lub tkanki łącznej podskórnéj poczytując ten za zwyczajne nabrzęknięcie lub stężenie tkanki tłuszczowéj podskórnéj. Z tego powodu odróżnia: z wyczajne stwardnienie powłoki zewnętrznej noworodków (*Oedema neonatorum*) polegające na nabrzęku, od stężenia tłuszczu podskórnego (*Endurcissement du tissu adipaux*, które poczytuje za zwiastuna bliskiej śmierci w różnych chorobach a szczególnie narządu oddychania u noworodków. Canstatt podziela teorią Billard'a. Rilliet i Barthez pominęli stan ten u noworodków, cytując tylko parę wypadków stwardnienia powłoki zewnętrznej, spostrzeganego przy objawach chorobnych u starszych dzieci. Vogel poczytuje stwardnienie powłoki zewnętrznej za ostry nabrzęk skóry (*oedema acutum cutis*), którego bliższą przyczynę upatruje w ogólnych warunkach noworodka, odmawiając wszakże związku z ważniejszymi zaburzeniami w narządzie krwionośnym, gdyż drogi płodowego krwi obiegu spotykał zamknięte lub otwarte, mianowicie u dzieci zmierających w pierwszym dniu życia zamaicznego. W innych narządach niestale spotykał wylewy surowicze do jamy otrzewnej, opłucnych, zrazikowe zapalenie płuc i t. p.

Nareszcie B e d n a r to co powyżsi autorzy obejmują nazwą stwardnienia powłoki zewnętrznej, umieszcza w rzędziezboczeń w układzie chłonicznym skóry pod nazwą opuchliny tkanki łącznej podskórnej u noworodków „*Oedem des Unterhautzellgewebes bei Neugeborenen*,” lub tak zwane „*Zellgewebsverhärtung der Neugeborenen*“ polegający na nasiąknięciu tkanki łącznej podskórnej płynem surowicznym lipkawym, żółtawej barwy, zawierającym białko i na zamienieniu się tłuszczu podskórnego w masę żółtą lub brunatno-czerwoną ziarnistą.

Tym sposobem wyłuszczyliśmy cały szereg rozmaitych przypuszczeń co do natury i patologicznego znaczenia jakie dotychczas istniały o stwardnieniu powłoki zewnętrznej u noworodków, a zanim wyprowadzimy wnioski, zastanowić się wypada nad zmianami anatomicznymi i objawami za życia wspólnie ze stwardnieniem powłoki zewnętrznej występującymi.

Noworodki temuż podlegający pochodzą z matek chorych lub niezamożnych, częstokroć pozbawionych możności otoczenia swego niemowlęcia troskliwością i odpowiednią opieką. Przedstawiają one najczęściej wadliwą budowę i znaczne wyniszczenie, których bliższą przyczynę upatrywać wypada najprawdopodobniej w ośrodkach nerwowych.

Badanie pośmiertne nie wykazuje stałych zmian, spotykane bywają: przekrwienia naczyń opon i mózgowia, rozmięczenie masy mózgowej, obrzmienie opony cienkiej i zwiększenie ilości płynu surowiczego w komórkach mózgu; w narządzie krwi obiegu: przesięk surowiczy lub krwawo zabarwiony w worku sercowym; w narządzie oddechania: przesięki w jamy opłucne, wyuczynienia drobne w tkankę opłucną, niedokładne rozszerzenie się płuc, przekrwienie lub zapalenie zrazikowe, powiększenie i przekrwienie śledziony a w niektórych wypadkach zaburzenia w układzie trawienia, przekrwienie wątroby, cholera infantum i t. p. Co się tyczy sposobu występowania stwardnienia powłoki zewnętrznej, takowe bywa ograniczone na małe tu i owdzie rozrzucone ogniska lub też więcej uogólnia się zajmując stopniowo coraz większe przestrzenie. Najpierw występuje na stopach i gołeniach, posuwa się ku górze na uda, części płciowe, pagórek łonowy do pępka i na pośladki, a najczęściej ominawszy górną część brzucha i klatkę piersiową występuje na twarzy, szczególnie na wargach, powiekach, policzkach i na kończynach górnych. W zajętych miejscach skóra obrzmiewa, twardnieje, przyjmując właściwy połysk, naskórek przestaje się odłuszczać, barwa z początku ciemno-czerwona wkrótce blednieje i przyjmuje żółtawy odcień. Czucie mniej lub więcej tępieje.

W miarę wzmagania się sprawy do której odnieść należy stwardnienie powłoki zewnętrznej, takowe coraz więcej rozprzestrzenia się, skóra nie daje się przesuwać z łatwością i stanowi jakby jednolitą tkaninę z głębszymi warstwami. Policzki, powieki i wargi obrzmiałe, uniemożliwiają otwieranie ust i powiek, a rysy twarzy zmieniają się do niepoznania, nadto ruchy ciała zostają utrudnione. Przed uwydatnieniem się, dopiero wspomnianych zmian w własnościach skóry, ciepłota jej znacznie się obniża, niekiedy do 22°C. (Léger). Ponieważ stwardnienie zdarza się zwykle u dzieci bardzo osłabionych i podległych rozmaitym zaburzeniom, o których powyżej wspomniano, oddech jest krótki i płytki, głos cichy i drżący, ssanie niechętnie i krótkotrwałe. Tętno słabe opada na 60—70 (Valleix), niekiedy skutkiem słabego skurczu serca i stwardnienia skóry zupełnie niewyczuwalne.

Zwykle tony serca są bardzo słabe, drugi ton niknie. Wydzielanie smółki wstrzymane, ilość moczu zmniejszona, sztuczne ogrzewanie zwalnia nieco ruchy niemowlęcia, lecz takowe napowrót zostają utrudnione po oziębieniu. Nacięta stwardniała powłoka zewnętrzna przedstawia nasiąknięcie tkanki łącznej podskórnej i głębszych warstw skóry płynem surowicznym, niekiedy czerwono zabarwionym, przy czém tkanka tłuszczowa częstokroć okazuje się stężalą i przyjmuje wejrzenie ziarniste, zwłaszcza z postępem rozwoju sprawy chorobnej, przy coraz więcej obniżającej się ciepłocie wewnętrznej ciała niemowlęcia.

Zastanawiając się nad zmianami anatomicznymi i objawami, które przy stwardnieniu powłoki zewnętrznej dają się spostrzegać, dwa rodzaje takowego odróżnić należy:

a) Obrzmienie powłoki zewnętrznej u noworodków (*Oedema neonatorum*), powstające skutkiem nieprawidłowego składu krwi, lub na drodze mechanicznej a przez zboczenie w ośrodkach nerwowych a ztąd zmniejszenie czynności serca, płuc i naczyń włoskowych rozpostartych w skórze. W takim razie upośledzenie obiegu krwi i oddychania, stać się może powodem nieprawidłowego przebiegu nie tylko w powłokę zewnętrzną lecz i inne narządy.

b) Zgęstnienie tłuszczu podskórnego (*Induratio telae adiposae* *Endurcissement adipeux* Billard'a, *Verdichtung* Bednar'a) polegające na upośledzeniu zmiany materji i zuacuém obniżeniu ciepłoty ciała. Te dwa rodzaje pojawiają się oddzielnie i przy sprzyjających warunkach wnikają się z sobą.

Stwardnienie powłoki zewnętrznej jest objawem zwykle bardzo niepomysłnie wpływającym na rokowanie, szczególnie gdy uogólnia

się; wówczas jest niejako zwiastunem bliższej śmierci. Są jednakże wypadki przy ograniczonych i nielicznych ogniskach stwardnienia, w których następuje polepszenie; oddychanie staje się głębszém i swobodniejszém, skurcze serca silniejsze i zupełniejsze, drugi ton serca uwydatnia się, obrzmienie tętnie, skóra mięknie, i powolnie powraca do prawidłowego stanu, najpierw na powiekach i przedramionach, później w okolicy żwaczowej, lecz na udach i stopach utrzymuje się najdłużej.

Do ustąpienia czerwonawej barwy i zmiennych własności jeszcze dłuższego przeciągu czasu potrzeba a w miarę tego ruchu ciała stają się swobodniejszymi.

Zestawiając nareszcie objawy z którymi wspólnie występuje stwardnienie powłoki zewnętrznej noworodków ze zmianami wykazanymi przez badania pośmiertne, uważamy się być w prawie poczytać go za objaw zdarzający się przy pewnych stanach chorobnych, szczególnie przy tak zwanym wrodzonej zmniejszonej energii spraw życiowych „*Angeborene Lebensschwäche, Debilitas vitalis*“ Benar'a (*Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge*. Cz. 4 S. 262) lub u niemowląt dotkniętych przewlekłą lub ostrą chorobą (ośrodków nerwowych, narządów klatki piersiowej lub jamy brzusznej), sprowadzającą prędzej lub później coraz większy upadek sił, nieprawidłowy skład krwi i ważniejsze zaburzenia w narządach dziecięcego ustroju.

Leczenie skierowane być powinno przeciwko cierpieniu, od którego objaw ten zawisł.

## 8. Czernica noworodków.

(*Haematemesis et Melaena neonatorum*).

Określenie i formy. W pierwszych dniach życia noworodków zdarzają się womity krwawe, częściej zabarwienie mass stolcowych krwią, niekiedy wspólnie występujące.

Podobnie jak u dorosłych należy odróżnić 2 rodzaje stosownie do źródła krwawienia; i tak: krew pierwotnie występuje z żołądka lub kiszek (*haematemesis et melaena vera*), lub z części przewodu pokarmowego nad wpustem do żołądka, z jakichkolwiek powodów (czynnych lub biernych) wynaczyniona, przez połknięcie lub własnym ciężarem spływa do żołądka, a następnie przez womity lub wypróżnienie stolcowe wydostaje się na zewnątrz (*haematemesis et melaena*



*spuria*), które jednak nie powoduje tak znacznego osłabienia jak to zwykle ma miejsce przy prawdziwej czernicy.

W każdym z tych rodzajów punkt wyjścia, objawy, rokowanie, leczenie i następstwa są różne, dlatego i bardzo ważnym, w każdym pojedyńczym wypadku oznaczyć źródło krwawienia.

Czernica prawdziwa (*haematemesis et melaena vera*) występuje zwykle u dzieci dobrze odżywionych i prawidłowo rozwiniętych. Krew wynaczyniona rzadziej zostaje oddawaną womitami w postaci płynnej, lub mniejszych i większych skrzepów, niekiedy pomieszana ze świeżo wysanym mlekiem; częściej zabarwia krwawo odchody stolcowe. Skutkiem szybkiej i obfitej utraty krwi, noworodek upada na siłach, blednie, ziębnie, oddycha płytko i częste; skurcze serca nieregularne i częste, tętno bardzo małe i ledwie wyczuwalne, słowem występują objawy bezkrwistości mózgu (*anaemia cerebri*) i to nagle lub niekiedy poprzedzone zapowiadawczymi objawami.

Jeżeli okazują się womity (*vomitus cruentus*) takowe nie często powtarzają się, oddawanie zaś mass stolcowych z krwią (*melaena*) powtarza się kilka razy dziennie, a skutkiem obfitości występującej krwi zwykle znajdujemy dzieci zabrozione w pościeli; wrażliwość polepszenia jeszcze przez kilka dni odchodzą stolce czarno zabarwione.

**P r z y c z y n y.** Czernice u dzieci dotąd należycie nie są wyjaśnione. Przypisują usposobieniu, warunkom indywidualnym z rodziców nabytym, stanowi zdrowia rodziców, warunkom porodu, nagłemu podwiązaniu pępownicy, osłabieniu dziecięcia lub przeciwnie pełnokrwistości szczególnie w obrębie układu krwionośnego w brzuchu, obecności ciał drażniących w przewodzie pokarmowym, gwałtem wywartym na brzuch, pęknięciu naczyń rozgałęzionych w ścianach przewodu pokarmowego i t. p.

Oprócz powyższych przyczyn Vogel przypuszcza nieprawidłowe napięcie ścian tętnic kreskowych i ich włoskowatych rozgałęzień, wywołane nagłym zamknięciem tętnic pępkowych, występujących u płodu bezpośrednio z tętnic podbrzuszných (*art. hypogastricae*), przyczem cienkość i kruchość ścian ważne mają stanowić momenta, sprzyjające okazaniu się krwotoku. Czy zamknięcie przewodu żylnego *A r a n c y u s z a* (*ductus venosus Arantii*), mianowicie tej gałęzi żyły pępkowej która zlewa się z żyłą wrotną, może stać się powodem wystąpienia krwi do przewodu pokarmowego? odpowiedź wymaga liczniejszych i ścisłych badań.

Chłopcy stosunkowo częściej ulegają niż dziewczęta, zwykle 1 do 4 dnia życia noworodka; zdarzały się jednak wypadki, okazania się czernicy dnia 7 a nawet w 20 tygodniu. Rilliet i Barthez cytują wypadek okazania się czernicy u 14-letniego chłopca, która trzykrotnie w przerwach 1—2 rocznych prwrtarzała się.

**Zmiany anatomiczne i rokowanie.** Badanie pośmiertne wykazuje obecność znacznej ilości krwi płynnej lub skrzepłej w żołądku, a częstokroć zmienionej, z kałem pomieszanej w kiszkach, inne zaś narządy są w stanie znacznej bezkrwistości.

Częstokroć drogi płodowego krwi obiegu są otwarte. W drogach powietrznych i górnej części przewodu pokarmowego ponad żołądkiem będącej nie spotyka się żadnych obrażeń, z których wynaczyniona krew przesunąćby się mogła do żołądka.

Spostrzegano także przekrwienie płuc, naczynia krwionośne w ścianach żołądka i kiszek rozgałęzione, mniej lub więcej krwią przepełniają się. Błona śluzowa zaczerwieniona, na mniejszych i większych przestrzeniach: zdarzają się także tu i owdzie płytkie teje obrażenia.

**Rokowanie** zależy od częstości i obfitości wyrzucanych krwawych mass przez wymioty i stolce, oraz od większego lub mniejszego stopnia bezkrwistości i ogólnego upadku sił. Jednakże choroba ta nie jest stanowczo zabójczą, owszem wypadki zdrowienia nie należą do wyjątków, a według Rilliet'a połowa dotkniętych czernicą dzieci do prawidłowego stanu powraca.

**Leczenie.** Sądząc że krwawienie będące najważniejszym objawem tej choroby jest następstwem zadrażnienia błony śluzowej przewodu pokarmowego, usiłowano znieść takowe i usunąć drażniące zawartości, zalegające w przewodzie pokarmowym.

Z tego powodu zalecano środki łagodzące i lekko wypróżniające, jak olejek migdałowy, mannę kalabryjską i t. p. W innych wypadkach działanie lecznicze skierowano wprost przeciwko wynaczynieniu krwi za pomocą zimna, środków-ściąających lub kwasów mineralnych. W tym celu Rahn-Eschier stosował roztwór kwasu siarkowego w wodzie, mleczanekę z ałunem, okłady z octu i odwaru kory chinowej; zalecano również okłady zimne na brzuch i enemy ściąające.

Vogel ocalił dziecię w 36 godzin po narodzeniu czernicą dotknięte i uległe znacznej bezkrwistości, przez umieszczenie go w pokoju ogrzonym na 18° R., i obłożenie kamionkami gorącym piaskiem wypełnionymi, a gdy po 12 godzinach środki te nie zupełnie wstrzymały krwawienia, reszty dopełniła mieszanka następującego składu:

Rp. Lig. ferri sesquichlor  $\mathfrak{J}$ .

Aq. destillatae

Aq. cinnamoni

Syr. simplicis ana  $\mathfrak{z}$   $\mathfrak{z}$ .

której w przeciągu 12 godzin użyto połowę.

Bednar zaleca wewnątrz środki ściągające.

Rp. Aq. font  $\mathfrak{z}$ jj.

Alumin. crud.  $\mathfrak{g}$  X.

Sycep. kermesivi  $\mathfrak{z}$ jj.

wspomagając działanie powyższej mieszanki lewatywkami z zimnej wody i ałunu ( $\mathfrak{z}$ j —  $\mathfrak{z}$ jj na  $\mathfrak{z}$ jj) a w uporczywych wypadkach okłada brzuch płótnem w zimnej wodzie maczaném.

Carus posługuje się środkami gorzkimi i kwasami mineralnemi.

Rilliet w razach gdy środki wewnętrzne nie sprawiają pożądanego skutku umieszcza dzieci w czystym powietrzu, na brzuch stosuje zimne okłady, kończyuy w należytem cieple utrzymuje. Enemy uważa za niewłaściwe, jako pobudzające oddawanie mass stolcowych, w razie upadku sił i osłabienia tętna podaje kilka kropli wina, kropli Hoffmana, wody miętowej lub innych środków pobudzających.

Ważném jest przy zastosowaniu środków lekarskich, podtrzymać siły dziecięcia podawaniem zimnego mleka lub piersi, jeżeli dziecię zdolne jest ssać. Pozostającą zwykle ogólną bezkrwistość (*anaemia*) usuwać przetworami żelaza w maleńkich dawkach i takowe podawać przez dość długi przeciąg czasu.

Wypadek z własnej praktyki który miałem sposobność spostrzeżać w oddziale niemowląt w szpitalu Dzieciątka Jezus dotyczy noworodka dość dobrej budowy, który uległ *Haematemesis et Melæna*; ostatnia trwała kilka dni. Po zastosowaniu nalewki z korzenia Partwiny (*Rad Ratanhoe*) w klejowatej mieszance, objawy te ustały; pozostała wysoka bezkrwistość utrzymującą się uporczywie przeszło 6 tygodni, usuwamy maleńkimi dawkami roztworu jabczanu żelaza.

## 9. Żółtaczka noworodków.

(*Icterus neonatorum*).

O k r e ś l e n i e. Pod tą nazwą rozumiemy żółte zabarwienie powłoki zewnętrznej i pewnych tkanek, występujące 3—4 dnia od chwili porodu. Zabarwienie to ma różne patogenetyczne znaczenie od żółtaczki dorosłych, występującej przy zaburzeniach w przewodzie pokarmowym, w wątrobie, lub przy chorobach krwi, oraz do zwykłego przejściowego zabarwienia żółtawego powłoki zewnętrznej u noworodków, będącego następstwem przemiany krwi w skórze mocno przekrwionej, o którym wyżej (str. 7), mieliśmy sposobność wspomnieć. Słusznie też patolodzy najpierw angielscy (Amstrong, Underwood, Dewees) odróżnili tak zwaną żółtaczkę noworodków od symptomatycznej występującej przy zaburzeniach w pewnych narządach ustroju.

Najczęściej i najwięcej natężona pojawia się u dzieci przedwczesnych i osłabionych a szczególnie dotkniętych stwardnieniem powłok zewnętrznej, jako objawem ogólnego upadku sił (*Debilitatis vitae*), lub innych zaburzeń, przy którym żółtaczka niekiedy wysokiego dosięga stopnia, ustępując w miarę powrotu czynności skóry do normalnego stanu. Wpływ zimna jest jednym z najważniejszych przyczynowych momentów, o czym świadczy statystyka Paryzkiego domu niemowląt, gdzie rzadko które dziecię od żółtaczki pozostaje wolnym, właśnie skutkiem wpływu zimna przed przyjęciem do Zakładu, napełnionego zużytem i nieczystym powietrzem.

Frerichs upatruje przyczynę żółtaczki u noworodków w zmniejszonym napięciu ścian włoskowatych mięszu wątroby, skutkiem wstrzymania przyływu krwi przez żyły pępkowe, a przez to zwiększenie przenikania żółci przez ściany naczyń do krwi.

Oslabienie ogólne, przedwczesny poród, brak dostatecznej ilości i odpowiedniego pokarmu, zaziębienie i pozostawienie noworodka w nieczystym powietrzu, są sprzyjającymi warunkami do wystąpienia żółtaczki. Objawia się najpierw w okolicach ciała wiotką skórą pokrytych, jakoto: na wargach, skrzydłach nosa, kątach ust, więcej wznie-  
sionych miejscach twarzy, na nosie, czole, oraz na łącznicy.

Zajmuje pewną i ograniczoną część ciała (twarzy, tułowia, kończyn) lub więcej uogólnia się. Ustępuje z miejsc poprzednio zajętych, pojawiają się natomiast u innych dotąd wolnych.

Niekiedy wydzieliny błony śluzowej i nerek nabierają odcienia żółtawego mniej lub więcej nateżonego.

Odchody stolcowe zwykle jasno-żółte lub pomarańczowej barwy, a prawie nigdy gliniaste jak przy żółtaczce dorosłych. Stan ogólny nie ulega zaburzeniom, a jeżeli takowe towarzyszą, przyczyna tkwi w chorobnym stanie innych narządów.

Gorączka wówczas występująca poczytaną być może za objaw niezabliźnionego i wrzodziejącego pępka, zapalenia naczyń pępkowych, żyły wrotnej i rozgałęzień w wątrobie, połączonego z wytworzeniem się małych ognisk ropnych wśród mięszu, i przy chorobach tego narządu, nieżyty dwunastnicy, mechanicznego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego (*ductus choledochus*) i ostrego zapalenia otrzewnej i t. p.

W ostatniej kategorii żółtaczek zabarwienie dochodzi do wysokiego nateżenia, lecz przy zwyczajnej żółtaczce u noworodków, o której tu jest mowa, zabarwienie jest siabe i bez żadnych lub nieznacznych objawów ze stanu ogólnego w 8 do 14 dni przemija.

**R o k o w a n i e.** W żółtaczce noworodków prawie zawsze pomyślne; choroba ustępuje bez udziału lekarza, jedynie siłami natury, lecz jeżeli towarzyszą ważne powikłania, zwłaszcza przy formie żółtaczki do 2 kategorii policzonej, najczęściej smutnie się kończy.

**L e c z e n i e** zasadza się na utrzymaniu dziecięcia w warunkach higieniczno-dyetetycznych. Powikłania wymagają odpowiedniego postępowania lekarskiego.

## 10. Zapalenie śluzotokowe łącznicy noworodków.

(*Conjunctivitis s. ophthalmia blenorrhoica neonatorum*).

**O k r e ś l e n i e.** Pod tą nazwą rozumiemy wysoki stopień zapalenia nieżyłowego łącznicy, odznaczający się wydzielaniem płynu surowiczego, następnie ropnego, przy którym często i rogówka ulega następnie zapaleniu mięszu i przedziurawieniu.

**F o r m y, o b j a w y i p r z e b i e g.** Prof. v. Graefe różni dwie formy: 1, z łącznicą powiek i fałd przygałkowych mono obrzmiała, czerwoną, z wydzieliną często bardzo obfitą, płynną,

surowiczą, żółtawą (przy ogólném zabarwieniu ciała noworodka) w której pływają skrzepy ropy; 2, z łącznicą bladą, anemiczną, pokrytą lekką naleciałością dyfterytyczną i z mniej obfitą wydzieliną.

U noworodków nigdy jeszcze nie obserwowano rzeczywistego zapalenia dyfterytycznego, przenikającego cały mięsz grubości powieki. W obu razach skóra tejeż szczególnie na brzegach jest czerwona, obrzmiała, tak że górna powieka przykrywa brzeg dolnej. Przy zapaleniu śluzotokowém w ścisłém znaczeniu, t. j. pierwszej formie, po kilkodzińowém trwaniu (4—6 dni) ilość ropy powiększa się, nadając wydzielinie kolor żółto białawy i większą niż poprzednio gęstość, a jednocześnie zmniejsza się czerwoność i obrzmienie łącznicy i jęj brodawek. Druga forma podobnież powoli przechodzi w peryod śluzotokowy, łącznica nie ma jednak tej barwy żywo-czerwonej, o której mówiliśmy a jest sinawo-czerwoną, i znacznie więcej obrzmiała.

Cierpienie to rzadko kiedy odrazu występuje gwałtownie, zwykle na 3—4 dzień po przyjściu na świat noworodka, dostrzegamy obrzmiałość skóry powieki górnej jednego oka, strupki po kątach i małe łzawienie; w krótkim czasie, nawet tegoż samego dnia i drugie oko jeszcze zdrowe ulega cierpieniu, obrzmienie łącznicy powoli się rozwija a z niem wzrasta ilość wydzieliny surowiczęj. Formę z naleciałością dyfterytyczną spotykamy u nędznych i źle utrzymanych noworodków a w szczególności dotkniętych dziedzicznym przymiotem. Jeżeli noworodek nie jest od początku odpowiednio leczony, utrzymany, a stopień zapalenia wysoki, delikatne błony rogowe oczu przyjmują udział w cierpieniu. Najczęściej pośrodku tejeż powstaje mała plamka szarawa, która rozszerza się, następnie blednieje, jedna warstwa rogówki po drugiej obumiera (*necrosis corneae*), oddziela się i jeżeli process ehorobny łącznicy nie zostanie wstrzymanym następuje przedziurawienie (*perforatio*) błony rogowej; w skutku czego tęcza a czasem soczewka jeżeli otwór dość wielki, wstawiają się w ranie.

Słabsze stopnie zapalenia śluzotokowego mogą przejść czasem bez leczenia, przy zachowaniu jedynie należnej czystości. Częściej przechodzą w takim razie w stan chroniczny, odznaczający się silnem bujaniem brodawek, których główném siedliskiem są fałdy przechodnie, szczególnież powieki górnej.

To zejście choroby widzujemy przeważnie w zakładach podrzutków i u dzieci rodziców biędnych lub niedbałych.

Przyczyny. Główną jest zetknięcie twarzy a tém samém powiek z złośliwą wydzieliną pochwy przy przechodzeniu przez nią główki noworodka. Pod wpływem silnego światła w mieszkaniach

ciasnych, nie przewietrzanych odpowiednio, noworodki w pierwszych dniach po porodzie ulegają często zapaleniu nieżyłtowemu powiek; w tych jednak razach nigdy prawie nie osiąga ono wysokiego stopnia rozwoju: wpływ śluzotokowy rzadko dochodzi do znaczniejszych rozmiarów.

Rokowanie zależy od natężenia sprawy chorobnej, zawsze zresztą jest pomyślném, jeżeli rogówka nie przyjmuje udziału w cierpieniu. W przeciwnym razie pozostają plamy na rogówce mniej lub więcej obszerne; pociemnienia przedniej torebki soczewkowej, jeżeli po nastąpióńm przedziurawieniu rogówki soczewka pozostaje w zetknięciu dłuższém z tą błoną; wypadnięcie i zrośnięcie tęczówki z brzegami rany; wreszcie zanik gałki ocznej (*atrophia bulbi*) są następstwami stosunkowo dość częstemi zaniedbanego zapalenia śluzotokowego i dobrowolnego przedziurawienia rogówki.

Leczenie. Celem zapobiegania umieszczać należy dzieci po narodzeniu w pokoju umiarkowanie oświetlonym, ogrzonym i należyście przewietrzonym. Ciało dziecięcia starannie w czystości utrzymywać, odziewać w czystą bieliznę, a matki lub mamki dopóki trwa odpływ pŃłogowy, powinny hronić się od przeniesienia na ciało noworodka odpływu, zwłaszcza przy śluzotoku pochwowym.

Zalecane przez autorów przy początkowych objawach zapalenia nieżyłowego zaklejanie jeszcze zdrowego oka, uważalibyśmy za zbytęczne: raz dla tego, że zapalenie śluzotokowe rzeczywiste, nigdy jedným okiem nie ogranicza się; powtóre, że opatrunek taki powinien być często zmieniany, jeżeli nie ma zaszkodzić i powiększyć nawet stopnia zapalenia. Na karb zaklejania oczu używanego szczególnięj w niektórych domach dla niemowląt, złożyć należy stosunkowo znaczny procent zapaleń śluzotokowych przyprawiających noworodki niemi dotknięte o utratę wzroku.

W początkach zapalenia i dopóki wydzielina nie stanie się zupełnie jednostajną, żółtewo-białą, ropiastą, ograniczać się należy na utrzymaniu oczu w stanie ciągłęj czystości przez obmywanie kawałkami wilgotnęj gąbki.

Obmywanie to powinno być nader starannie wykonywaném. Zimne okłady a nawet z wody z lodem, które bez obawy szkodliwego na zdrowie wpływu noworodków stosowane być mogą, zmniejszają przekrwienie łącnicy a tém samém wstrzymują rozwój cierpienia. Skoro wydzielina przyjmie charakter śluzotokowy przystępujemy do przyżęgania łącnicy, które głównie ograniczać się powinno na fałdzie przechodowęj jako siedlisku choroby, szczególnięj jeżeli dostrzęcemy

porażenie błon rogowych. Do przyżegania używa się zwykle tak zwany „*lapis mitigatus*“ złożony z 1 cz. Nitr. Argenti i 3 cz. kali nitrici razem stopionych, dlatego zwykle oznaczany przez 1—3.

Przyżeganie odbywać należy lekko i jednokrotnie na całej powierzchni fałdy, i natychmiast zobojeźnić nadmiar soli srebra, roztworem chlorku sodu, a potem wodą czystą. Po tej operacji dla zmniejszenia chwilowo wzrastającego obrzmienia łącznicy, rozwijającego się dla oddzielenia strupa (*eschara*), stosują się na kilka godzin zimne okłady.

Celem przyżegania jest zmniejszenie wydzieliny i zabezpieczenie rogówki od jej szkodliwego działania, dlatego też powtarzać je należy w odpowiednich odstępach czasu; odstępy te nie dadzą ściśle oznaczyć się: u jednego noworodka wypadnie przyżegać raz, u drugiego dwa, czasem i trzykrotnie w ciągu doby.

Po oddzieleniu się strupa zniszczonego przez przyżeganie nabłonka pozostaje powierzchowna rana lekko krwawiąca, która powoli pokrywa się nowym nabłonkiem, co poznajemy po gładkości rany i występującym połysku; po wytworzeniu się nabłonka, wydzielina rozpoczyna się na nowo, otóż w tej właśnie chwili należy powtórzyć przyżeganie, jeżeli ma być stosowanem z korzyścią dla chorego.

Skoro odczyn przyżegania przeminie, zwykle w 2—4 godzin, okłady zimne odejmują się, a do przemywania używać można wody czystej lub z dodatkiem wody chlorowej  $\frac{1}{2}$  uncji na kwartę, lub też roztworu ałunu albo boraxu (3j na funt).

Postępując w sposób podobny przez dni 3—4, stajemy się panami choroby, nie dopuścimy zapalenia rogówki a już istniejące ograniczymy.

Przyżeganie roztworem soli srebra jest mniej stosowne, ponieważ niepodobna ograniczyć go jedynie do miejsca, które przyżegać pragniemy, czysty zaś saletran srebra bez dodatku saletry, działa za nadto gwałtownie i głęboko, zamiast bowiem zniesienia nieprawidłowej wydzieliny, może zniszczyć całą łącznicę. Powtarzamy raz jeszcze, przyżeganie powinno być robionem jednostajnie i niezbyt mocno; gruby strup dopóki oddzielonym nie zostanie, działać będzie drażniaco na rogówkę.

Jeżeli przy rozpoczęciu leczenia rogówkę znajdujemy pociemniałą, przyżeganie odbywać należy nader starannie, kierując się w powtarzaniu wskazówkami wyżej wymienionemi, nadto po zatuszowaniu wpuszczamy w worek łącznicy kroplę roztworu siarczanu obojętnego atropiny (gr. j—3jjj) celem rozszerzenia tęczówki, tak dobrze jak



i dla zmniejszenia zapalenia w rogówce. Jeżeli process zapalny na rogówce postępuje, należy starannie oddzielać obumarłe już warstwy rogówki, jako bodziec podtrzymujący wzmaganie się cierpienia. Uskuteczniamy to gąbeczką lub delikatnymi szczypcykami. Gdyby po tej operacji zauważono wypuklanie się pozostałych warstw rogówki, wywołać sztuczną perforację, ale tylko wtedy, jako zawsze lepsza od występującej samoistnie; tak otrzymaną fistułę należy utrzymywać, jako najpewniejszy środek prędkiego zagojenia rany: dopóki brzegi nie otrzymają dość siły do stawienia operu ciśnieniu cieczy wodnej; wypadnięcie tęczy (*prolapsus iridis*) odcinać należy, a wtedy na oko nałożyć opaskę naciskającą.

W lżejszych formach zapalenia nieżyłowego, gdy powieki nie są bardzo obrzmiałe, łącznica niezbyt czerwona, a wydzielina śluzotokowa nieznaczna, możemy obejść się bez przyżegania saletranem srebra, przepisując tylko czystość, zimne okłady i wkraplanie raz lub dwa razy na dzień roztworu saletranu srebra w stosunku  $\frac{1}{2}$  grama na uncję wody.

Powyższy opis dotyczy jedynie zapalenia śluzotokowego noworodków; chroniczne zaś zapalenie łącznicy spotykane u niemowląt, szczególnie znajdujących się w domach podrzutek są następstwem miejscowych wpływów endemicznych, którym niemowlęta stosownie do ich ogólnego stanu zdrowia mniej lub więcej podlegają. Leczenie podobnego cierpienia w niczem nie różni się od takiegoż u osób dorosłych. Bliżej zaś opisem jego nie zajmujemy się raz dlatego, że właściwa „*blepharorrhoea neonatorum*“ powstaje wyłącznie w skutku przeniesienia wydzieliny pochwowój na powieki noworodka, lub też przeniesienia zaraźliwego wypłodu chorego oka na zdrowe; powtóre, że ta forma posiadająca swą przyczynę szczególną i wyłączną wyróżnia się nią od innych cierpień śluzotokowych łącznicy, zdarzających się u niemowląt, starszych dzieci i dorosłych, a od innych zupełnie przyczyn zależnych.

## ROZDZIAŁ II.

### Choroby układu trawienia.

#### A. Jama ustna.

1) W a r g a z a j ę c z a (*Labium leporinum*). W i l c z a p a s z c z a (*Palatum fissum*).

Wrodzone rozszczepianie wargi górnej nazywamy wargą zajęczą; wilczą paszczą zaś wrodzone uformowanie się szpary w twardej podniebieniu. Powstawanie tych wad objaśnia nauka o rozwoju płodu. Dopóki obie górne szczęki w linii środkowej nie zrosną się z kośćmi międzyszczękowymi powstającymi ze środkowego wyrostka czołowego i nie utworzą twardego podniebienia, 'dotąd pomiędzy jamą ustną i jamą nosową znajduje się obszerne połączenie.

Rzeczony zrośnięcie się zostaje wstrzymane przy wilczej paszczy jedynie z jednej strony, natomiast przy wardze zajęczej kości zrastają się nieco później, a ztąd wargę górną, która pierwotnie powstaje z dwóch części bocznych i jednej środkowej, nie spaja się zupełnie i pozostawia szparę po stronie odpowiedniej spóźnionemu zrośnięciu kości. Brzegi tejsze szpary na podobieństwo brzegu wargi pokrywają się skórą, a w części błoną śluzową, przez co nie mogą się zrosnąć.

Okoliczność ta wyjaśnia nam powód dla którego wargę zajęczą nie zdarza się w linii pośrodkowej wargi górnej t. j. ryńciance, lecz zawsze z boku, na linii odpowiadającej zewnętrznemu otworom nosa. Wielkość rozszczepionej przestrzeni zależy od czasu życia płodowego w którym nastąpiła przeszkoda w rozwoju. Pozostała szpara w twardej podniebieniu do tego stopnia bywa obszerną, że nie tylko palcem lecz i wzrokiem bez trudności omacać można jamy nosowe, a wówczas wargę górną prawie zupełnie nie istnieje, natomiast oba otwory nosowe, nadzwyczaj są rozszerzone. W innych razach kość międzyszczękowa buja ku przodowi, tworzy guziczkową pod nosem wypukłość, pokrytą jedynie przez skórę, po obydwóch zaś jej stronach przesuwa

się w wardze górnej szpary, wnikające oo dziurek nosowych. Zdarzają się także wypadki, w których pozostająca podczas życia połogowego szpara w twardém podniebieniu, nie przechodzi grubości grzbietu noża a wówczas rozszczepianie wargi górnej temuż odpowiedniém będzie. Przy rozszczepianiu się samej wargi obie kości szczękowe należycie wykształcają się i zrastają.

Rozszczepianie dotyczém może samej wargi i sięgać do połowy jej wysokości lub do zewnętrzznego otworu nosa.

Następstwem powyższych wad rozwoju bywa.

1. Utrudnienie ssania szczególnie jeżeli podniebienie jest rozłupane. Jak wiadomo ssanie zależy na szczelném zetknięciu się warg w około brodawki, przyczém powietrze przez rozszerzenie się klatki piersiowej w jamie ustnej, rozrzedza się i zostaje zastępowane wypływającym z sutka mlekiem; rozszczepianie wargi zatem, nie dozwala dokładnego zetknięcia się z brodawką i przeszkadza ssaniu. Jednakże dzieci tém cierpieniem dotknięte jeżeli wyrostki podniebieniowe kości szczękowej należycie wykształciły i zrosły się, pomagają sobie przez obejmowanie brodawki pomiędzy szczęki zamiast wargami, co niemożliwem się staje, jeżeli wargą zajęcza wikła się z wilczą paszczą; wówczas hermetyczne objęcie brodawki i wysśanie mleka nie może mieć miejsca, a jeżeli cokolwiek z sutka wpłynie do jamy ustnej, większa część wraca przez nos, zwłaszcza przy poziomém położeniu ciała dziecięcia. Jedyna rada zapobiegająca wypływowi, główkę wysoko utrzymywać.

2. Krzywe wyrastanie zębów. Jeżeli przed wyrżnięciem się pierwszych zębów nie zostanie dokonana operacya, lub jeżeli takowa nie uda się, wówczas zęby w miejscu gdzie wargą nie zakrywa szczęk, kierują się ku przodowi zamiast na wewnątrz, nie mile zeszpecają twarz szczególnie przy wikłaniu się wargi zajęczej z wilczą paszczą.

3. Utrudnienie mowy. Litery do wymówienia których potrzebną jest wargą górna, głównie B, P, M, W, nie mogą być należycie wymówione przy obecności wargi zajęczej a bardzo niedokładnie przy wilczej paszczę. Wymawianie spółgłosek traci na dokładności przez brak twardego podniebienia.

Leczenie. Rzeczony wady organiczne usunąć można jedynie przez operacyę; lecz ważne zachodzi pytanie nad którym wiele rozprawiano, kiedy takowej dokonać? Jeżeli żywienie dziecka odbywa się z trudnością a w pierwszych tygodniach życia nie nauczy się należycie ssać i połykać, odżywienie i rozwój dziecięcia wiele cierpi wówczas, operacyą przedsięwziąć należy jak najspieszniej.

Jeżeli okoliczności nie naglą, lepiej jest doczekać 4go miesiąca, zawsze jednak uprzedzić potrzeba wyrznięcie się pierwszych zębów pamiętając, że dzieci podpadają częstszym chorobom podczas okresu zębowania, co także tamować może skuteczność operacyi.

Przed operacją dziecko ma parę godzin czuwać, aby później tém dłużej spało, również nassać się, aby snu pragnieniem nie przerywać. Najdogodniej jest obwinać je mocno dużą chustką wełnianą po szyję i posadzić na kolanach pomocnika. Do operacyi potrzeba mieć ostry haczyk, nożyczki, przyrząd do szycia i kilka pasków plastru lipkiego. Drugi pomocnik obejmuje część rozłupanęj wargi górnej palcem wielkim i wskazującym dla ściskania naczyń krwionośnych. Operator siedzący naprzeciw dziecka zapuszcza ostry haczyk w miejscu zejścia się brzegu wargi z brzegiem rozszczepiania, a następnie wzdłuż szpary ku górze podsuwa nożyczki i jedném cięciem odcina cały jęj brzeg. Toż samo powtarza się z drugiej strony, poczem zbliża ożywione brzegi, zakłada 2—3 spilek, zaczynając od brzegu dolnego szpary i nitkami okręca. Przy szerokiém rozszczepianiu się podniebienia, zwykle prawie zupełnie brakuje wargi górnej; wówczas część policzka oddzielić należy, i przez naciągnięcie ku przodowi brak ten zastąpić. W każdym razie jeszcze przed operacją należy usunąć zęby lub wyrotki kostne, wstrzymując się z dalszą operacją, dopóki nie nastąpi zabliznienie ran pozostałych po ich odjęciu. Nitki nie powinny być zbyt ściągnięte, raz aby nie tamować krążenia krwi w brzegach rany i odpływu wypłodów z rany, powtóre, aby uniknąć powikłania ze szczękosciskiem (*trismus*) lub tężcem (*tetanus*), mogących powstać skutkiem silnego ściśnięcia gałązek nerwowych.

Igły nasmarowane oliwą po upływie dwóch dni lub nieco dłuższym czasie wyjąć należy pozostawiając jeszcze przez czas jak najdłuższy przylepione nitki. Przy podwójnej wardze zajęczej, jeżeli kawałek pośrodkowy jest dość duży, takowy zostawić a ożywiwszy obustronnie brzegi, szparę złączyć szwami. Jeżeli wilecza paszcza wspólnie z wargą zajęczą utworzone zostały, zagojenie ostatniej wiele wpływa na stopniowe chociaż powolne zaciąganie się pierwszej. Szpara na podniebieniu coraz węższą się staje tak, że w końcu brzegi stykają się, a rozdzielona błona śluzowa przez lekkie przyżeganie lub ożywienie usposabia się do spojenia.

## 2. Zwężenie ust.

(*Microstoma*).

Choroba nader rzadka. Dzieci przychodzą na świat z ustami bardzo małemi, lub z wargami całkiem zrośniętymi; w ostatnim razie operację dokonać należy w pierwszych życia godzinach. Częściej zdarza się zwężenie po owrzodzeniach błony śluzowej, niekiedy natury specyficznój. Powstająca ztąd blizna może do tego stopnia zwęzić usta, że włożenie małej łyżeczki lub nawet rureczki staje się niemożliwe. Wówczas po usunięciu choroby ogólnój za pomocą odpowiedniego leczenia, należy przystąpić do operacji uformowania ust najlepšíj metodą Dieffenbach'a.

Takowa zasada się na odjęciu obu stronnie zwężonych ust, po kawałku skóry wielkości listka myrtowego, strzegąc się skaleczenia błony śluzowej, z których to kawałków przyszłe kąty ust mają się utworzyć. Potém przecina się błonę śluzową, wywija ku przodowi i spaja szwem z zewnętrznym brzegiem rany.

U dzieci dobrze odżywionych operacja udaje się z łatwością, wszelako stan ten jest najczęściej następstwem przejścia przez chorobę syfilityczną; wówczas rana rozszerza się, przyłączają się powikłania i dzieci z wyniszczenia umierają.

## 3. Wady rozwoju języka.

(*Defectus linguae*).

Język zamiast być owalnym, posiada niekiedy na końcu karb lub głęboką szczelinę. Nader rzadko napotyka się zupełne rozłupanie języka, przyczem na dnie jamy ustnej wznoszą się dwie małe brodawki lub pręgi.

Początek téj wady datuje zawsze od czasu życia płodowego. Smak zwykle nie ulega zmianie.

## 4. Rozrost i wysunięcie języka.

(*Prolapsus linguae*).

U dzieci tym stanem dotkniętych koniec języka już po porodzie przed wargami lekko sterczy, z każdym dniem powiększa się część wystająca, jeśli się temu nie zapobieży. Ponieważ język nie tylko ku przodowi lecz w szerokości i grubości powiększa swoje wymiary,

ssanie i połykanie zostaje utrudnione. Rozrost języka najczęściej towarzyszy kretinizmowi, tamuje podczas zębowania pionowe wystanie zębów nadając im kierunek więcej na przód; lecz te naciskając język drażnią błonę śluzową, wywołują obfitszą wydzielinę, płytkie obrażenia i spękania błony śluzowej. Wydzielony śluz pomieszany ze śliną spływa nieustannie, a uległszy wczesnemu rozkładowi przykrą woń dokoła rozszerza. Kilkoletnie trwanie tego stanu coraz ważniejsze wywołuje następstwa, „język coraz głębiej wrzodami niszczone wywija wargę dolną i obok niemilego wejrzenia mowę bardzo utrudnia. Dzieci zkadınad dobrze rozwinięte, mogą uleść temu stanowi skutkiem częstych drgawek sprowadzających osłabienie pojedynczych mięśni języka lub ich cząstkowy bezwład.

Leczenie przy niezadawnioném cierpieniu i możliwój odprowadzalności języka udaje się w krótkim czasie. Wówczas należy posypać wywieszony język małą ilością proszkowanego ałunu lub nalewką gorzką (*Tinct amara*). Jeżeli język nie cofa się po użyciu tych środków, a błona jego śluzowa jest spękana i nabrzękła, nie pozostaje jak tylko droga operacyjna, za pomocą której część wystająca i nieodprowadzalną oddzielić wypadnie. Dla osiągnięcia tego celu proponowano podwiązanie, odcięcie nożykiem; w ostatnich jednakże czasach odciskacz (*ecraseur*) a jeszcze dogodniej *galvano-kaustyka* zastąpiły powyższe sposoby dla wstrzymywania krwawienia podczas operacyi i szybkości, z jaką też może być wykonana.

## 5. Nieprawidłowe przyrośnięcie języka.

(*Adhaesio linguae*).

Krótkie wędzidełko (*frenulum linguae*) i rozciągające się za wiele na przód, tamuje ruchy języka przy wysuwaniu, przez co ssanie utrudnione.

Podobne następstwo bywa niekiedy wywołaném przez zgrubienie wędzidełka językowego lub nowotworu w jamie ustnej.

Leczenie. Skoro zachodzi wskazanie uwolnienia języka z wędzidełka zbyt mocno tamującego ruchy jego i przeszkadzającego ssaniu, bez przygotowania do téj tak mało znaczącej operacyi przystąpić należy. Ustaliwszy główkę dziecka ku oknu zwróconą, podsunąć lewy palec wskazujący pod język obok wędzidełka, takowe nieco naprężyć, przeciąć nożyczkami Cooper'a zajmując całą fałdę błony śluzowej składającej wędzidełko. Oprócz przykrócenia wędzidełka

zdarza się lubo bardzo rzadko, całkowite przyrośnięcie dolnej powierzchni języka do dna jamy ustnej. Jeżeli stan ten jest wrodzony, datuje swój początek jeszcze z życia płodowego, a następuje skutkiem pozostania zapłodkowego zrośnięcia języka z dnem jamy ustnej, którego resztki w normalnym stanie przedstawia tak zwana fałda strzępkowa (*plica fimbriata*) znajdująca się po obu stronach wędzidełka.

Nabyte zaś przyrośnięcie bywa następstwem owrzodzeń przymiotowych (*syfilitycznych*) lub wywołanych chorobą ręciową. Oddzielenie w takich razach języka nożem jest operacją bardzo krwawą i zwyczajnie chybiającą celu z powodu anatomicznych miejscowych warunków, jednakże galwano-kaustyka obiecuje pomyślniejsze rezultaty.

## 6. Żabka.

(*Ranula*).

Nabrzmiałość pęcherzykowatą wewnątrz płynną, napotykaną pod językiem na spodzie jamy ustnej nazywamy żabką. Objawia się z jednej lub obu stron wędzidełka języka; wielkością od ziarnka grochu aż do jaja gołębiego dochodzi, w ostatnim razie pod brodą daje się wymacać. Pekrywająca błona śluzowa częstokroć znacznie cienieje, tak że górna ściana torbieli przedstawia się jakby bezpośrednio stanowiła powierzchnię guzowatości. W innych znów wypadkach nabrzękłość tkwi znacznie głębiej z przodu pod mięśniami brodawkowym (*m. mylohyoideus*).

Odpowiednio rozmiarom następstwa żabki bywają różne; małego są znaczenia ile razy wielkością nie przechodzą ziarna grochu powiększając się zaś i cisnąć język ku twardemu podniebieniu, utrudniają ssanie, połykanie i oddychanie, które przy najwyższym stopniu rozwoju, gdy guzowatość znaczniejszych dosięga rozmiarów, może stać się nader przykrém cierpieniem a nawet przyłączają się napady zaduszenia, na podobieństwo jak w dławcu.

Powszechnie panuje mniemanie, że żabka tylko przy pomocy chirurgicznej jest uleczalną, jednakże zdarza się uleczenie dobrowolne na drodze zapalenia ropnego w torbieli i jej okolicach. Vogel cytuje następny tego rodzaju wypadek: półtororoczne dziecię poprzednio zawsze zdrowe, od niedawnego czasu poczęło we śnie krząkać, wkrótce potem wystąpiły napady zaduszenia, tętno bardzo przyspieszone, oddychanie głośne na podobieństwo jak w dławcu, wyraz twarzy cierpiący, malujący obawę. Po wprowadzeniu palca do jamy

ustnej, dla obejrzenia migdałków (*tonsillae*) i gardła, dziecię dostało gwałtownego napadu zaduszenia, a naciskający wówczas palec uczuł nagle pęknięcie, poczem z jamy ustnej wypłynęła dość obficie ciecz kleista, żółtawa, mętna, stanowiąca treść obrzmiałości pod językiem. Ściany jej silnie przytuszowano saletranem srebra, a pozostały ztąd uporeczywy wrzód, dopiero po kilku miesiącach pokrył się białą blizną.

Co się tyczy natury i pochodzenia w mowie będącego cierpienia, rozmaite istnieją zdania. Jedni uważają za torbiel nieznanego pochodzenia, gdy inni, wraz z *Munincksem*, poczytują za zatkanie ujścia kanału *Whartona*, i następne rozszerzenie się samego przewodu, co jednakże podlega wątpliwości, albowiem nagromadzona w torbieli ciecz zawiera białko, którego niedostaje ślinie, pozbawioną jest zaś siarkocyanku potasu, należącego do prawidłowych części składowych téjże. Z tego upoważnieni jesteśmy poniekąd wnosić, że kleista ciecz wypełniająca guzowatość żabki, nie jest wydzieliną gruczołu podszczękowego, lecz powstała na innéj drodze. Badając zaś bliżej budowę anatomiczną żabki, przypuszczać można że takowa jest śluzową torbielą, powstałą w błonie śluzowej na dnie jamy ustnej, a na poparcie powyższego przypuszczenia posłużyć może zdarzająca się częstokroć obecność prawidłowego kanalik *Whartona* na jednym z boków obrzmiałości żabkowej.

**Rokowanie** zależy od głębokości do której guzowatość sięga, a jak doświadczenie uczy, prawie zawsze jest pomyślné.

**Leczenie** zasadza się na odłożeniu przedniej części ściany torbiela i ponawianiu przyżegania miejsca zajętego sztyftem saletranu srebra. Zwyczajne nacięcie i wypróżnienie cieczy wypełniającej torbiel nie prowadzi do celu, albowiem nacięcia mają wielką skłonność do zabliznienia się, ku czemu nacisk językiem dopomaga. Pozostawiona zaś naga rana może uleść łatwo owrzodzeniu, które do zabliznienia wymaga kilkakrotnego przyżegania.

## 7. Zapalenie nieżytowe błony śluzowej jamy ustnej.

(*Stomatitis catarrhalis*).

Cechuje się żywém zaczerwienieniem, bólem i zwiększoną wydzieliną błony śluzowej. Natężenie to barwy czerwonej bardziej wzmagają się w miejscach obfitszego nagromadzenia się wiotkiéj tkanki łącznéj, a szczególniej na języku, który będąc z początku żywo czerwony, jakby ulepkiem malinowym pościągnięty, przy trwaniu sprawy



chorobnej przez dłuższy przeciąg czasu, pokrywa się białym osadem. Obrzmienie błony śluzowej nie sięga wysokiego stopnia, tak że w rysach twarzy, mianowicie policzków i warg, nie zachodzi zmiana kształtu, jak to przy dzięgnię (*stomatocace*) ma miejsce.

Ból towarzyszący zapaleniu nieżyłotowemu błony śluzowej jamy ustnej, jakkolwiek nie wszystkie dzieci są w stanie oznajmić, jednakże łatwo rozpoznać się daje; niemowlęta bowiem ulegające temu cierpieniu niechętnie obejmują ustami brodawkę piersiową karmiącą, jedzą mało, zimne potrawy chętniej od ciepłych przyjmują i chronią się od badania jamy ustnej palcem obserwującego, który tym sposobem bólu przysparza.

Zapalnie śluzotokowe jamy ustnej nader rzadko występują samoistnie, najczęściej towarzyszy sprawom gorączkowym, z tego powodu trudno jest oznaczyć wpływ na ogólny stan dziecięcia; bezwątpienia jednakże można przypuścić, że u dzieci drażliwych zapalenie nieżytowe błony śluzowej jamy ustnej, w razach gdy żaden z ważniejszych narządów ustroju nie ulega cierpieniu, jest w możności wywołać odczyn gorączkowy. Rozszerzając się na sąsiednie części, powoduje zapalenie nieżytowe błony śluzowej gardzieli, krtani, nosa, trąbek Eustachiusza i jam bębnekowych, a każde znowu pojedynczo wzięte u osób drażliwych, zwłaszcza przy większym nateżeniu sprawy chorobnej, jest w możności pobudzić gorączkę. Niekiedy podczas ssania i picia ból jest tak silny, że dziecię przez dni kilka nie do ust nie chce przyjąć, przez co ulega szybkiemu wyniszczeniu. Wydzielający się w większej ilości śluz wypływa mimowolnie kątami ust, obnaża je z nabłonka, czerwieni podbródek i wilgoci ubranie. Śluz wydzielany przy nieżycie jamy ustnej oddziałuje kwaśno i nie posiada przykrój woni. Niezawsze jednak sprawa pozostaje na tym stopniu, owszem są wypadki w których po kilkudniowym bólu i zaczerwienieniu błony śluzowej, jeżeli bodziec przyczynowy nie został usunięty, wznoszą się na błonie śluzowej małe pęcherzyki wypełnione cieczą przezroczystą na języku, dziąsłach, wargach i policzku, tu i owdzie rozrzucone, z wyglądu i przebiegu mające wiele podobieństwa z liszajem wargowym (*herpes labialis*). Z początku małe, wkrótce rozszerzają się i wzajemnie zlewają na obszerne owrzodzenia spotykane najczęściej na brzegach języka i wardze dolnej, stanowiąc tak zwane „*stomatitis ulcerosa*.“ Owrzodzenia te przy dotykaniu są bardzo bolesne. pozbawione przykrój woni, zwykłej innym rodzajom zapalenia, łatwo pozbawiającym się żółtawej warstwy na dnie przyjmującym wkrótce czerwoną barwę, i w bardzo krótkim przeciągu czasu pokrywającym się warstwą nowo tworzącego się nabłonka.

**Przyczyny.** Najczęściej wykluwane się zębów. Przy zębowaniu jak wiadomo, zapalenie nieżytowe błony śluzowej jamy ustnej jest tak częstym objawem, że niemal za fizyologiczne poczytane być może. Częstość występuje u noworodków i niemowląt przez ssanie smoczków przygotowanych z ciała łatwo podlegających chemicznemu robieniu. U starszych wywołują zbyt gorące lub za zimne potrawy drażniące lub mocno korzenne, drażnienie ostrej brzegami nadpsutych zębów; u innych przetwory antymonu i jodu, nareszcie jako objaw towarzyszący wielu chorobom gorączkowym, a szczególnie ostrym wysypkom.

**Leczenie** nader proste. Unikać potraw i napojów zbyt zimnych lub gorących, podawać chłodne mleko i wodę za napój. Wydzielający się nadmiernie śluz, znajdując sprzyjające warunki, ulega w krótkim przeciągu czasu robieniu; z tego powodu właściwem będzie zobojętnić zbyt kwasu i drażniące jego działanie pędzlowaniem jamy ustnej roztworem wodnym lekko alkalicznym, np. boraxu (3 j—3 j) lub ałunu (3 j—3 j) w odstępach godzinowych. Bolesne owrzodzenia przyżęgać sztyftem saletranu srebra; wprawdzie działanie to jest dla dziecięcia zrazu bolesne, jednakże jest w stanie usunąć zupełnie ból, a przynajmniej na kilkogodzinny przeciąg czasu.

Nieżyt samoistny błony śluzowej jamy ustnej przemija w 8—14 dni, przypadkowy zaś nie wymaga oddzielnego postępowania, które powinno być skierowane przeciw wywołującej chorobie.

### 8. Zapalenie błonicowe jamy ustnej i połyku.—Błonica. (*Diphtheritis*).

**Określenie.** Pod wyrazem *Diphtheritis* czyli *Diphtheric—Stomatitis et Angina membranacea, Angina couenneuse, Strmatite et Angine pseudo-membranense* francuzów, rozumiemy ostrą sprawę chorobną, której najwybitniejszym objawem jest wystąpienie błoniastego pokładu w jamie ustnej, a głównie w tylnych jej częściach.

Zdarza się zwykle u dzieci po 3 miesiącach życia, u młodszych należy do wyjątków; a jeżeli zdarzają się wypłydy chorobne tego rodzaju, wytwarzają się one raczej w samym mięszu nie zaś na jej powierzchni.

Choroba ta już za czasów Aretäus'a (w 2ój połowie I wieku) była znana. Spotykamy się równie w nauce z opisami epidemii w Holandyi (XIV wiek), w Paryżu (XV wiek), w Hiszpanii (XVII wiek); w bieżącym zaś wieku pojawiała się najczęściej w Ameryce, a także w Anglii. Francyi i w północnych Niemczech.

**Przyczyny.** Zapalenie błonicowe bywa pierwotne i następce; ostatnie zwykle wypadkowe czyli sporadyczne, jako powikłanie przy odrze lub płonicy, natomiast pierwotne prawie bez wyjątku występuje nagminnie v. epidemicznie. Najczęściej atakuje dzieci od 5—10 lat mające, częściej u chłopców niż dziewcząt, szczególnie rodzin ubogich, zamieszkałych w izbach wilgotnych, dusznych, źle przewietrzanych, żyjących pośród nędzy, przy braku odpowiedniego i dostatecznego pożywienia. Niekiedy występuje miejscowe czyli endemiczne w szpitalach dziecięcych lubo powikłanie w okresie zdrowienia (*convalescentio*) po chorobach ostrych, wysypkowych, durzycy, zapaleniu płuc, kiszek i t. p., słowem w przebiegu wielu chorób wieku dziecięcego. Wiosna i jesień więcej sprzyjają rozwojowi od innych pór roku. Według Tau p i n'a jest zaraźliwą, jednakże bywa wywołowaną przyczynami mechanicznymi przy próchnieniu zębów, złamaniu lub obumarciu kości szczękowej dolnej. Tak więc z powyższego jest widoczne, że choroba ta raz jest miejscową, w innych zaś wypadkach, co najczęściej się zdarza, jest odbiciem ważnych zaburzeń w stanie ogólnym ustroju, wynikłych z zaniedbania warunków higieny i dyetytyki.

**Objawy.** Zapalenie błonicowe pierwotne rozpoczyna się gorączką, znacznym przyspieszeniem tętna i ogólnym rozstrojeniem. Objawy te u różnych osobników występują w rozmaitem natężeniu i różnym przebiegiem u dzieci chociażby jednego wieku i w jednakich okolicznościach. Po kilkogodzinném, jedno a nawet dwudniowém trwaniu rzeczonych powyżej objawów ze stanu ogólnego, sprawa chorobna zaczyna się umiejscowiać. Połykanie zostaje utrudnione, głos stłumiony nosowy, skutkiem wysłania powierzchni migdałków, podniebienia miękkiego, jam nosowych i języka, cienką warstewką miękką wyplodu chorobnego, na przestrzeniach nieregularnych, rozmaitej wielkości,  $\frac{1}{2}$  do 1 linii grubą, z początku białawą, później żółtawą lub szarawą barwy, a jeżeli zajęte części zostaną skaleczone przez niezręczne badanie, pokrywająca warstwa przyjmuje barwę brunatno czerwoną, niekiedy nawet czarniawą, skutkiem przymieszania barwika wycieczonej krwi. Z postępem choroby gruczoły chłonnicze górnej części szyi znacznie obrzmiewają, tamując ruchy głowy.

**Przebieg** zapalenia błonicowego zależy głównie od charakteru epidemii. Bywają wypadki w krótych wyplód chorobny pokrywający błonę śluzową oddziela się bez naruszenia całości tejże, w innych zaś wypadkach, co najczęściej się zdarza po oddzieleniu się błon fałszywych, powstają coraz to nowe w ciągu 2—3 tygodni, a gdy sprawa wyplądania w tychże przeminie, pozostają dość uporzeczone płytkie owróżdzenia. Niekiedy przyłącza się zgorzel z całym szeregami

stępczych objawów, tak że błona śluzowa uległszy zniszczeniu, w postaci wiotkich czarnych kosmków do krwi, smutne zejście choroby sprowadza. Jeżeli zgorzel jest ograniczoną i przy szczęśliwym przebiegu, staranne leczenie uwieńczone bywa pomyślném zejściem choroby, co jednakże nie często się zdarza.

**Oznaczenie rodzaju choroby** nie ulega wątpliwości po wystąpieniu błoniastych wyplądów na powierzchni błony śluzowej wyżej wspomnianych okolic. Przy zaczerwienieniu tylko i obrzmieniu tylnych części jamy ustnej, inne objawy zwykle wspólnie z niniejszém cierpieniem występujące, mogą posłużyć do rozpoznania choroby. Samo zaś obrzmienie i zaczerwienienie przystępnych dla oka części na pierwsze wejście nie wystarcza, gdyż wyplód choroby może najpierw osadzać się na ścianach tylnej części jam nosowych. Niekiedy nawet dla ścisłego oznaczenia rodzaju choroby, uciec się należy do badania wzornikiem (*paringoscopia*), co u dorosłych możliwe, lecz u dzieci niepokonane nastęrcza trudności. W takich wypadkach posłuży obfity wypływ z nosa czerwono zabarwionej śluzowatej cieczy. Jednakże zamiana z inném cierpieniem umiejscowiającém się w jamie ustnej na błonie śluzowej jest trudną, albowiem summując objawy zapalenia błonicowego, charakter jego łatwo rozpoznać, a zarazem powziąć przekonanie że sprawa ta niezawsze jest miejscową, owszem częstokroć jest ogólną, umiejscowiać się zwykłą nietylko na błonie śluzowej wyściełającej tylną część jamy ustnej, lecz jednocześnie w pochwie, na łącznicy, obrażeniach skóry, w otworze stolcowym i t. p. a gdy zajmie krtań, stanowi chorobę zwaną dławcem (*croup*).

Jako powikłania i następstwa zapalenia błonicowego zdarzają się: zapalenie nerek (*nephritis*) zwłaszcza wśród ciężkich epidemii, nieżyt oskrzeli (*bronchitis*), ostre zapalenie płuc (*pneumonia crouposa*), zapalenie płuc zrazikowe (*broncho-pneumonia*), nieżyt kiszki (*catarrhus intestinorum*), zapalenie mięśnia sercowego (*myocarditis*), i pozostające po zapaleniu błonicowém bezwład mięśni zajętej okolicy, odznaczające się właściwą cechą, o czém poniżej. Każde z pomienionych powikłań, jeżeli przyłączy się wśród zapalenia błonicowego, stosownie do swojej natury i natężenia, trwa rozmaity przeciąg czasu, wpływając na wyjście choroby (*exitus*) i szybkość powrotu do pożądanego stanu zdrowia.

Tak zwany bezwład dyfteryczny, którego związek Orilland pierwszy wykazał w ostatnich czasach, pojawia się niestale. W jednych epidemiach prawie wszyscy zdrowiejący po zapaleniu błonicowém zostają nim dotknięci, gdy w innych tylko pewna i to nie wielka część zapadających, ulega w 3, 4, 6 lub 8-m nawet tygodniu bezwła-

dowi mięśni gardzielowych. Ogranicza się on do małych przestrzeni, prawie zawsze najpierw zajmuje łuki podniebieniowe; mowa nagle staje się niewyraźna, nosowa, podobnie jak u osób dotkniętych brakiem wrodzonym podniebienia miękkiego lub nabytym skutkiem przebytych chorób (np. *sypilis*). Równocześnie połykanie zostaje utrudnione, przyjęty napój w części wraca nosem wśród kaszlu lub nawet bez tegoż. Ze stanu ogólnego niema ważniejszych zaburzeń, z wyjątkiem niedokrewności, a zwykłym zakończeniem się choroby jest powrót do zdrowia po upływie kilku tygodni. Inaczej rokować należy w razie jeżeli i kończyny ulegną bezwładowi, a po sparaliżowaniu mięśni tułowia następuje śmiertelne zejście w skutek utrudnionego i uciążliwego oddychania. Bezwład częściej dotyka kończyny dolne, rzadziej górne. najczęściej obustronnie i niezem nie różni się od bezwładu, jaki zdarza się po durzycy lub płonicy. Jeżeli zwieracz tęczy (*m. sphincter iridis*) i napinacz naczyńówki (*m. tensor choroideae*) ulegną bezwładowi, nastąpi ślepotą niezupełną (*amaurosis diphtheritica incompleta*), chorzy widzą przedmioty, lecz ściśle ich określić nie są w stanie. Objaw ten jednakże wkrótce przemija, a wzniernik oczny żadnych zmian na dnie gałki ocznej nie wykazuje.

**Zmiany anatomiczne.** Błona śluzowa wyściełająca tylną część jamy ustnej, gardziel i częstokroć krtań, pokrywa się cienką błoniastą warstewką, wiotką, łatwiej lub trudniej od błony śluzowej odstającą, barwy żółtawo-białej, która na zwłokach skutkiem podsychnienia błon staje się ciemno-żółtawą, brunatną lub nawet czarniawą. Powierzchnia błony śluzowej po odjęciu błon fałszywych, okazuje się matowaną przez utracenie naturalnego połysku, bez naruszenia jęj całości. Badanie drobnowidzowe wypłdniowych błon wykazuje komórki okrągłe nabłonkowe, jądra, jąderka, masą drobinową i smugi włókniaka.

**Rokowanie** zależy od sposobu wystąpienia choroby: pomyslniej-  
sze jeżeli jest samoistną; pogorsza się, jeżeli występuje jako powikłanie przy odrze, płonicy lub durzycy.

**Leczenie** częstokroć przedstawia nieco trudności, szczególniej u małych dzieci. Głównie zwrócić należy uwagę na przyczynę wywołującą, okres choroby i miejsce wystąpienia sprawy chorobnej. Raniące szczątki zębów usunąć; w słabém natężeniu sprawy wystarcza płukanie lekko kwaskowate, a małym dzieciom, nieumiejącym płukać, wstrzykiwania do jamy ustnej płynów klejkowatych. Jeżeli sprawa sięga wyższego stopnia, utworzył się błoniasty pokład chorobnego wypłodu na błonie śluzowej, wielu autorów przyzęgają sztyftem saletranu srebra, proszkiem chlorku wapna, kwasem solnym lub saletrowym, rozcieńczonym wodą lub z miodkiem różannym i t. p.

stosując w przerwach przyżeganie płukanie lub wstrzykiwanie płynów klejkowatych z boraxem. Jednakże doświadczenia przeważnie angielskich pediatrów wykazały statystycznie, że zaniechanie przyżegania do lepszych prowadzi wypadków, zastępując takowe u dzieci nad 5 lat mających wdychaniem sproszkowanej w odpowiednim przyrządzie wody wapiennej, 5—6 razy dziennie, po 5 minut; przy silnej gorączce i napływie krwi do głowy, pijawki w ilości odpowiedniej do wieku dziecięcia i jego osobnikowych warunków. Ponieważ najczęściej sprawa jest ogólną, miejscowe działanie może być obojętne, i przy zastosowaniu środka, uważanego przez lekarzy angielskich za lek swoisty (*specificum*) i dowiedzionej skuteczności, to jest chloranu potażu, odpowiedniego dla każdego wieku dziecięcia i każdego okresu sprawa chorobna dość szybko ustępuje. Ilość chloranu potażu, w ciągu doby mająca być zadana zależy od wieku dziecięcia; niżej roku gr. X— $\text{Oj}$ , 1 — 3 letniemu  $\text{3}\beta$ , 3—5 letniemu  $\text{Ojj}$ , starszym  $\text{3j}$  w roztworze kilku uncyi wody w ciągu doby zadać należy. Dyeta pożywna, nawet przy słabej gorączce, przy poczynającym się upadku sił środki pobudzające, jak wino, kamfora, chinina, strój bobrowy, napar kozłka lekarskiego i t. p. Oprócz zastosowania chloranu potażu do wewnątrz, pożytecznym będzie oczyszczać jamę ustną z błon fałszywych i rozkładających się wyplodów chorobnych za pomocą płukania lub wstrzykiwania roztworu węglanów alkalicznych, chloranu potażu, ałunu, odwaru kory chinowej lub nareszcie nadmanganianu potażu (gr X-- $\frac{3}{4}$  vj wody), tak chętnie stosowanego w klinice dziecięcej w berlińskim szpitalu Charité, przez prof. Eberth. Starsze dzieci należy przestrzegać aby unikały połykania płatków odpadających błon fałszywych.—Leczenie błonicowego zapalenia w krtani przy opisie chorób téjże będzie podane.

## 9. Dziegna.

(*Stomacae*).

Zapalenie błony śluzowej dziąseł, odznaczające się prędkim owrządzeniem, niekiedy bardzo znacznym, nazywamy dziegną (*stomacae-stomatitis ulcerosa*). Zniszczenie tkanki w tym rodzaju zapalenia następuje skutkiem owrządzenia, nie zaś obumarcia, jak to przy zgorzeli w jamie ustnej ma miejsce. Niektórzy autorowie podają, że początkiem choroby téj jest zapalenie nieżytowe błony śluzowej jamy ustnej (*stomatitis catarrhalis*), przyjmujące następnie złośliwy charakter przy zupełnym zaniedbaniu dziecięcia lub podtrzymywaniu się wywołujących przyczyn, co zdaje się być słusznym.

Sledząc za całym chorobą przebiegiem, spotykamy się z następującymi objawami:

Brzeg dziąseł zaczerwienionych, nieco rozpułchnionych i obrzmiałych, tępieje w niektórych miejscach, pokrywa się cienką żółtawą warstewką, a że brzeg dziąseł tępieje, zęby wydają się nieco większemi. Za lekkim dotknięciem takich dziąseł; następuje krwawienie z miejsc więcej obrzmiałych i owrzodziałych. Jakkolwiek z początku wielkość wrzodów jest ograniczona i niezbyt są one łatwo dla oka wydane, jednakże zdradzają swoją obecność przez nader przykrą woń, czém się téż na pierwszy rzut oka różni od wyższego stopnia zapalenia nieżytowego błony śluzowej jamy ustnej, przy którym nie wywiązuje się przykra woń.

Przy niższym - stopniu dziegny, błona śluzowa jamy ustnej jest lekko nabrzękłą i zaczerwienioną, a wydzielina jęj tylko nieznacznie zwiększona. W wyższym stopniu cierpienia, części dziąsłom przyległe zarażają się przez zetknięcie, i ulegają zmianom podobnym, jak same dziąsła. Błona śluzowa policzka brzmięje tak widocznie, że odgniata na sobie całkowicie pojedyncze zęby; podobnie dzieje się z błoną śluzową na brzegach języka przez odtłoczenie karbujących się, a cały jego obwód skutkiem nabrzęknięcia błony i nacisku górnego i dolnego rzędu zębów, staje się ostro kańczastym. Po niedługim przeciągu czasu, na policzku, wargach i języku powstają takie same owrzodzenia z dnem żółtawem, jakie pierwotnie wystąpiły na dziąsłach. Owrzodzenia śpiesznie rozszerzają się, a skutkiem bólu i obrzmienia ścian jamy ustnej i języka, dzieci nie mogą poruszać ustami, wargi równocześnie ze szczękami odstają od siebie, co dziecięcy czyni głównie dla uniknięcia dotykania lub tarcia nader bolesnych owrzodzeń; jednocześnie po nad nabrzękłą wargą dolną spływa obficie ślina zgniłej woni, czerwono-brunatno zabarwiona od przymieszanego barwika krwi. Gruczoły chłonicze szyjne brzękną i stają się bolesne. Tym sposobem powstałe owrzodzenia na dziąsłach, policzkach, w rowkach pomiędzy szczęką i policzkiem, i na języku, uporeczywie opierają się dobrowolnemu zabliznianiu, a zostawione naturalnemu przebiegowi, trwają przez długi przeciąg czasu powodując psucie się, wypadanie zębów i ogólne wyniszczenie, dopóki, jak się zdaje, nie nastąpi chwila zagajania się owrzodzeń, po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu, stawiająca zapórę dalszemu wyniszczaniu dziecięcego ustroju.

Wśród przebiegu choroby w wyższym stopniu, połykanie, żucie i mówienie stają się prawie całkiem niemożliwe, dzieci nie pija, dopóki umęczone i znaglone silnym pragnieniem napoju, w dużej na raz ilości przyjmują zimną wodę lub zimne mleko, przy objawach silnego bólu

Dzieci starsze, roślejsze, zwykle wolne są od gorączki, jednakże są bardzo bólem trapione przy każdym póruszeniu ust, szczególnież podczas lkania.

**Przyczyny.** Zараźliwość stanowi tu ważny przyczynowy moment i częstokroć zdarza się przekonać lekarzowi, zwłaszcza zajmującemu się leczeniem chorób wieku dziecięcego, jak z jednego dziecka przenosi się na inne téjże saméj rodziny, towarzyszków zabawy lub wspólnie na jednéj ławce uczących się dzieci, występując bez objawów wstępnych, lub wkrótce po zarażeniu.

Prócz tego powstać może samodzielnie u dzieci tak jak u dorosłych, zwłaszcza gdy zepsute zęby do tego ich usposabiają. Chlorek 2-rtęci wywołuje rzadziej u dzieci niżeli u dorosłych zaburzenia chorobne w jamie ustnej, nieróżniące się wcale od dzięgny, a cała różnica pomiędzy temi formami polega chyba na braku zaraźliwości zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, wywołanego rtęcią. Takowa sprowadza u nich znacznie rzadziej niż u dorosłych choroby błony śluzowej, gdyż jak codzienne mamy dowody, po zastosowaniu rtęci u dzieci, ślinopłyn należy do rzadkości. Vogel od lat kilku używa u dzieci dotkniętych przymiotem, wcierań maści rtęciowej, ile razy stan skóry nie przedstawia przeciwwskazania, jednakże nie spotyka się z dzięgną, której wystąpienie do téj przyczyny należałoby odnieść.

**Leczenie.** Jednym z najdzielniejszych środków przeciwko téj chorobie, jest chloran potażu. Vogel zadaje go dzieciom młodszym od roku 3 j na dzień, młodszym od 2ch lat 3 β, młodszym od 3ch lat 3 jj, w 4-m roku 3 j, każdą rzeczona dozę roztwarzając w 4 uncjach wody osłodzonej. W ciągu doby niemiała woń wydzielająca się z jamy ustnej przemija przy zastosowaniu powyższego środka. Jeżeli wrzody są ograniczone na małeńkie przestrzenie, zagojenie w krótkim czasie następuje, dziąsła twardnieją, żółta obwódka na ich brzegu graniczącym z zębami niknie, a dotknięcie palcem nie sprowadza krwawienia, dzieci bez bólu są w stanie mówić i żuć. W wyższym stopniu choroby, jednodniowe użycie chloranu potażu nie wystarcza, a chociaż niknie niemiała woń z ust; jednakże choroba postępuje jeżeli dalsze podawanie go zostało zaniechane. W takich razach rzeczona powyżej dawki stosowane być powinny przez 3—4 dni dla trwałego usunięcia choroby. Dłuższe podawanie jest zbytne i może wywołać zaburzenia w przewodzie pokarmowym i narządzie moczowym. Przyżeganie saletranem srebra lub innemi środkami żrącemi owrzodzeń na policzkach, języku i dziąsłach jest zbytne i bez tego nader spiesznie następuje zablźnienie przy użyciu chloranu potażu i zachowaniu czystości przez częste płukanie środkami usuwającemi niemiała woń i za-



pobiegającymi rozkładowi. Sądzone dawniej, że zęby dość często natrafiane u dzieci przed drugim zębowaniem, powinny być usunięte po okazaniu się dzięgny. Jest to zbyt szkodliwe, jako sprawiające ból i sprzyjające rozszerzaniu się choroby na miejscach ugniecionych przez narzędzie. Miejscowe traktowanie w obec użycia wewnątrz chloranu potażu, również zbyt szkodliwym się okazuje. W wypadkach, gdzie przewód pokarmowy nie może znieść tego środka, zniewoleni jesteśmy stosować go miejscowo, starszym dzieciom w formie płukania, młodszym nieumiejącym płukać w formie nastrzykiwań w jamę ustną. Dyeta powinna być pożywna, a przy upadku sił chinina i inne środki wzmacniające są wskazane.

## 10. Zapalenie gnilcowe błony śluzowej jamy ustnej.

Jest jednym z objawów gnileca (*scorbutus*), polegającego na nieprawidłowym stanie naczyń włoskowatych łatwo pękających i wypływanii zmienionej krwi w sąsiednie tkanki w większej lub mniejszej ilości.

Dzieci temu cierpieniu ulegające, zwykle na pewien przeciąg czasu przed zajęciem dziąseł są blade, wycieńczone, smutne, niechętnie bawią się i unikają towarzystwa. Z początku dziąsła obrzmiewają, błona śluzowa znacznie czerwienieje, rozpulchnia się, za dotknięciem krwawi i boli. W wyższym stopniu cierpienia brzegi zaczynają bujać, miejscami pokrywają się ziarniną, a zęby żółtym osadem, z ust zionie woń bardzo przykra; z czasem dziąsła odstają od zębów, które słabną w swój osadzie, a nawet miejscami na brzegu następuje mniejsza lub większa utrata błony śluzowej. Przy dłuższym trwaniu brzegi dziąseł brzmieją wałowato, bujniej jeszcze narastają ziarnina, krwawią za najmniejszym dotknięciem, w mięszu błony śluzowej policzków warg i języka występują ograniczone wybroczyny, z których jedne ulegają rozpadowi, gdy drugie stanowią punkt wyjścia wyniosłości pęcherzykowatych, wkrótce pękających i zamieniających się na wrzody z dnem łatwo krwawiącym; wówczas z ust wycieka płyn cuchnący brudno-czerwony. Jeżeli choroba sięgnie szczytu, zęby osłabione w zębodołach wypadają, błona śluzowa dziąseł ulega miejscami zgorzeli i zczasem odpada, ogólny stan dziecięcia coraz więcej podkopany zostaje i przy objawach bezkrwiistości, ogólnej puchliny i wyniszczenia następuje smutne zejście.

Choroba ta zdarza się najczęściej u niezamożnych przy braku dostatecznej i odpowiedniej żywności, zamieszkujących wilgotne izby pozabawione należytego światła! w innych zaś wypadkach, jako następstwo przewlekłych cięższych chorób, szczególnież durzycy, której jedno z najpomyślniejszych powikłań stanowi.

W leczeniu najpierwszem wskazaniem jest usunięcie szkodliwych wpływów; dziecię starannie pielęgnować, w suchem i należyście przewietrzaném mieszkaniu umieścić, a podczas letniej pory na świeżem powietrzu. Pokarm powinien być pożywny w dostatecznej ilości; kwasy roślinne, jarzyny z rodziny krzyżowych (*cruciferae*), pieczone mięso, owoce, sok cytrynowy i t. p. uwieńczają częstokroć usiłowania lekarza pomyślnym rezultatem. Obrażenia dziąseł łagodzić roztworem ałunu, odwarem kory chinowej, dębowej lub korzenia partwinu, wyściągami cierpnia (*catechu*), a obfitsze z dziąseł krwawienie tamować należy roztworem półtorochlorku żelaza lub przyżeganiem saletranem srebra. Głębsze i zgorzelowe zniszczenia wymagają środków wzmacniających i pobudzających przy pożywnj dyecie.

### 11. Zgorzel wnętrza policzków.

(*Noma, cancer aquaticus, gangraena oris, stomatonecrosis*).

Choroba ta najczęściej śmiertelna, a przynajmniej znaczne i szpecące zniszczenie twarzy powodująca, prawie wyłącznie właściwą jest dzieciom od 2—14 roku życia.

Występuje przy objawach stale towarzyszących i nadających temu cierpieniu właściwą odrębną cechę i z tego względu zasługuje na oddzielne opisanie.

Starożytnym nie znana, dopiero w XVII wieku Battus, lekarz hollenderski, pierwszy o niej wzmiankę czyni. Występuje głównie u dzieci które przebyły ważniejsze choroby, zwłaszcza krwi; i tak z 29 wypadków opisanych i spostrzeganych przez Rilliet'a i Barteza, 1 wystąpił samoistnie, 12 po odrze, reszta jako powikłanie lub następstwo innych ogólnych chorób. Z 7 wypadków West'a, 2 po durzycy, 3 po odrze, 1 po zimnicy, 1 przy dzięgnie u dotkniętego gruźlicą. Z wypadków przez nas spostrzeganych 1 był po dzięgnie, 1 po odrze, 1 po durzycy i jeden, który zdarzył się w ambulatoryum szpitala Dzieciątka Jezus, wystąpił samoistnie u 7-0 letniego chłopca.

Co się tyczy anatomicznego siedliska téj choroby, jedni upatrują go w głębszych warstwach policzka (Löschner), inni zaś w błonie

śluzowój, pokrywającej jego wewnętrzną powierzchnię (Albers, Baron, Barteż, Rilliet i West, co także i Löschner przyjmuje), co jednakże znacznie rzadziej zdarza się niż w głębszych warstwach. Według Löschner'a występuje najpierw obrzmienie z twardém i sprężystém pośrodku ogniskiem, stopniowo zlewającém się z okolicznymi tkankami. Zgorzel tego rodzaju zajmuje zwykle okolice policzka przyległą kątowi ust. Vogel cytuje wypadek, w którym ostro powstała zgorzel w bardzo krótkim przeciągu czasu zajęła całą okolice gruczoła przyusznego, policzek, szyję i muszlę uszną, i sprowadziła w ciągu kilku dni smutne choroby zejścia. Występuje, jak wyżej wspomniano, u dzieci, które inną ciężką przebyły chorobę, i dlatego w pierwszych chwilach jój wystąpienia rzadko kiedy zwraca uwagę dozorujących, a najczęściej dopiero wówczas, gdy obrzmienie policzka i zgorzel pewnego stopnia dosięgły a z jamy ustnej wydziela się przykra woń. Zewnętrzna powierzchnia zajętej okolicy okyzuje się świecąca, jakby tłuszczem płynnym powleczoną lub wejrzenia woskowatego; obrzmienie i stwardnienie miękkich części utrudnia ruchy mięśni twarzowych; jama ustna nie może być należycie rozwartą, przez co dokładne zbadanie okiem wewnętrzną powierzchnię policzka wiele spotyka trudności. W dalszym przebiegu choroby, w miejscu odpowiadającém pośrodkowej części stwardnienia, na wewnętrznej powierzchni, występuje głęboki wrzód z dnem szarém lub strzępiastém i brzegiem nieregularnym. Przylegające dziąsła w części zniszczone, ciemnieją i powlekają się brudnym, ropiastym pokładem, zęby słabo tkwią w zębodołach, przy głębszém zniszczeniu wypadają, a niekiedy sprawa chorobna dosięga kości szczękowych tak, że po pewnym przeciągu czasu obumarłe kawałki kości kleszczykami ujęte, bez trudności usunąć się dają. W sprawie tak posuniętej i miękkie części coraz więcej niszczenia, wydzielana obficie ślina zabarwiona wypłodami rozpadu brunatno lub brudno-zielonawa, szerzy woń bardzo przykrą. W miarę pogorszenia się sprawy chorobnej, policzek coraz więcej nabrzmiewa, skóra mocniej czerwienieje, a czerwone ognisko pośrodkowe rozszerza się, dopóki nie wystąpi brudno-czarniawa plama, z początku wielkości monety groszowój, świadcząc o zgorzeli wszystkich warstw zajętej okolicy. Brzegi przyległej tkanki twardnieją i zaczerwieniają się niekiedy w odległości kilku linii od zgorzelonej tkanki, naskórek unoszony zostaje przez płyn posokowaty, pod nim znajdujące się warstwy szybko obrzmiewają, a zgorzel coraz więcej szerzy się, sprowadzając szpecące zniszczenie lub śmierć częstokroć jeszcze przed oddzieleniem się zniszczonych tkanek, złożonych z tłuszczu wolnego, śladów mięśni, biało-żółtawych nerwów i wypełnionych zakrzepem naczyń krwionośnych.

Krwawienie przytrafia się bardzo rzadko. Ze stanu ogólnego objawy w początku nieznaczne, wzmagają się dopiero po zatruciu krwi posoką, wkrótce jednak przyłącza się zrazikowe zapalenie płuc, wyniszczająca biegunka, coraz drobniejsze i częstsze tętno, spiączka, niekiedy bredzenie, drgawki, ogólna puchlina i osłabienie, które w 3 — 6 dni sprowadzają smutne zejście choroby. W pomyślniejszych wypadkach zgorzel ogranicza się, obumarłe tkanki odpadają, a pozostały wrzód wypełnia się ziarniną i pokrywa szpecącą blizną.

**Rozpoznanie** nie przedstawia trudności; od wspomnianych powyżej rodzajów zapaleń w jamie ustnej, odróżnia się wczesnym udziałem powłoki zewnętrznej i zgorzelą miękkich części zajętej okolicy.

**Rokowanie.** Jakkolwiek choroba nie jest bezwarunkową śmiertelną, rokowanie najczęściej jest złe; z 21 wypadków spostrzeganych przez Rilliet'a i Bartez'a, 20 zakończyło się śmiercią, gdy z 239 wypadków przez Toudes'a zebranych, zmarło 176 po 2 — 14 dniem trwania choroby.

**Leczenie.** Powstrzymać szerzenie się zgorzeli, oto główne zadanie leczącego. Gdyby choroba w początku jej rozwoju była naszemu oku przystępną, bezwątpienia łatwo możnaby wskazać to wypełnić; lecz najczęściej rzecz się ma inaczej i dopiero wówczas wzywani jesteśmy o udzielenie pomocy, gdy zgorzel mniej lub więcej głęboko przenika tkanki, a ogólny stan dziecięcia znacznie podkopany został. Niekiedy sprawa chorobna jeszcze ograniczyć się daje przyżeganiem brzegów ogniska zgorzeli od zewnątrz i w jamie ustnej stężonym kwasem solnym 2 — 3 razy dziennie. Podczas tej czynności główkę dziecięcia należy ustalić, poczem wymaczać gąbeczką zbyteczny kwas solny. Chloran potażu nie prowadzi do celu. Dla zachowania czystości trzeba dzieci codziennie kąpać, a zanieczyszczoną bieliznę przez wpływającą z ust posokę zmieniać kilkakrotnie. Niemiałą woń zobojetniać szprycowaniem do jamy ustnej wodnego roztworu nadmanganianu potażu, gr. X— $\frac{3}{4}$  vj. Siły dziecięcia podtrzymywać dobrą dyetą, odwarem kory chinowej z kwasem fosforowym, winem czerwonym i tym podobnymi środkami wzmacniającymi.

## 12. Grzybki (Soor).

Inaczej zwane *Stomatitis alba*, *stomatite crèmeuse*, *muguet*, *blanchet*, *Mehlmond*, *Mundshör*, *Schwämmchen*, *Trusch*, oznaczają sprawę chorobną, polegającą na wytwarzaniu się grzyba drobnowidzowej wielkości, zwanego pleśnią białawą (*oidium albicans*), rozwijającą się na błonie śluzowej jamy ustnej a niekiedy i przełyku.

Rzeczywiste pojęcie o istocie téj sprawy chorobnej winniśmy sztokolmskiemu naturalistcie Berg, który w roku 1841 pierwszy wykazał, że wyplody chorobne, osadzające się na błonie śluzowej w postaci białawych plamek mniejszych lub większych, składają się z komórek nabłonka i roślinnego pasożytu, a szczegółowy jego opis, warunki powstawania i ścisłe oznaczenie istoty choroby, zawdzięczamy francuzkiemu uczonemu Charles Robin, który wydał przez siebie monografią, traktującą o pasożytach roślinnych rozwijających się u człowieka i u zwierząt, publikowaną 1853 roku w Paryżu, wiele przyczynił się do wyjaśnienia téj sprawy, błędnie pojmowanej prawie do końca pierwszej połowy bieżącego stulecia.

Grzybki u dzieci pojawiają się w dwóch odmianach: samoistnie i jako powikłanie ciężkich chorób (durzycy, wysoko posuniętej gruźlicy i t. p.).

U dzieci zupełnie zdrowych i dobrze odżywionych rzadko się zdarzają, zwłaszcza w domach prywatnych; zwykle atakują niemowlęta wątłe, osłabione, licznie nagromadzone w jedném miejscu, np. w domach podrzutek, gdzie najczęściej zbywa na czystém powietrzu, odpowiednim pokarmie, czystości, troskliwej i sumiennej opiece. Z tego téż powodu, grzybki w zakładach niemowląt pojawiają się naraz u wielu dzieci, niekiedy epidemicznie, stanowiąc prawdziwą plagę.

Grzybki nie przepuszczają żadnego wieku, jednakże noworodki i ssawcy w pierwszych życia tygodniach najłatwiej im ulegają, mniej często w drugim miesiącu, a jeszcze rzadziej w trzecim; słowem, usposobienie rozwijania się grzybka jest w stosunku odwrotnym do wieku dziecięcia; przytrafiają się jednakże u dzieci starszych, osób dorosłych, a nawet u starców, wśród przebiegu niektórych ciężkich chorób, jak: przy końcu durzycy, przy chorobach zapalnych, ostrych wysypkach, krwawej bieguncie (dysenteria), gorączce połogowej, w ostatnim okresie gruźlicy płuc, przy gnileu i t. p.

Aby jednakże pleśnica mogła się w jamie ustnej rozwinąć, wymaga następujących warunków:

a) Wytworzenia odpowiedniego gruntu na błonie śluzowej.

b) Zmiany w oddziaływaniu alkaliczném płynu, zawartego w jamie ustnej na kwaśne, i z tego powodu, powstaje zwykle przy zaburzeniach zachodzących w przewodzie pokarmowym, wynikających z niezachowania odpowiedniej czystości w jamie ustnej, z błędów diety, karmienia smoczkami, nieodpowiednim dla wieku dziecięcia pokarmem, przez mechaniczne drażnienie dziąseł twardemi, owrzodzonemi lub splekanemi brodawkami sutek i t. p.; wadliwa budowa tych ostatnich lub niedostateczna ilość wyrabianego w nich mléka, czyniąc ssanie mozołnym, usposabia do obfitszego wypladzania się komórek nabłonkowych,

zadrażnienia błony śluzowej, i wytwarzania przyjaznego gruntu w jamie ustnej dla rozwoju pasożyta. Jednakże ważniejszy nierównie wpływ na powstawanie tych zaburzeń w dziecięcym wieku wywierają wszelkie przyczyny, pochodzące z wnętrza ustroju np. przy gruźlicy, nieżyście żołądka i kiszek, w zapaleniu zrazikowym płuc, przy wielu chorobach gorączkowych ogólnych, lub od miejscowej sprawy chorobnej zależnych.

W tych wszystkich wypadkach błona śluzowa ulega zmianom; wydzielina jej przyjmuje odczyn kwaśny; odradzający się nabłonek łatwo odłuszcza się i nagromadza w miejscach najwięcej osłoniętych od wpływów mogących go usunąć, mianowicie na wewnętrznych powierzchniach warg i policzków, dając tym sposobem łożysko do rozwinięcia się zarodków roślinnego pasożyta, szczególnie podczas pory letniej i gorącej, jako najwięcej sprzyjającej do nieżyty lub zapalenia kiszek, chorób najwięcej wikłających się z powstawaniem grzybka w jamie ustnej. Niekiedy wybucha epidemicznie, a szczególnie w razach, gdy choroby wikłające się z grzybkiem należą do epidemicznych.

Nie zawsze jednak rozwijanie się grzybka warstw powierzchniowych dotyczy, owszem z postępem rozwoju zapuszcza się w głębsze warstwy nabłonka, lecz nie przekracza samej tkaniny błony śluzowej; niekiedy zaś, jeżeli sprawa długo przeciąga się, pozostawia bolesne obrażenia, a nawet płytkie owrzodzenia.

Takie są objawy miejscowe, którym najczęściej towarzyszą inne, pochodzące ze stanu ogólnego i należące do chorób, którym pleśnica biaława zawdzięcza swoje powstanie. Grzybki samodzielnie występujące, tylko przypadkowo zdarzyć się mogą wspólnie z objawami stanu ogólnego, zwłaszcza przy słabym ich rozwoju. Dzieci z początku, przy nieznacznym stopniu nieżyty błony śluzowej i jamy ustnej, chętnie chwytają brodawkę piersiową, są wolne od gorączki i utrzymują się dość dobrze, a przy troskliwej opiece choroba przemija po upływie tygodnia. Przy obfitszym rozwoju grzybków, dzieci czują przeszkodę w jamie ustnej, poruszają ciągle ustami, wysuwają i cofają języczek, słowem wykonywają rozmaite ruchy, celem pozbycia się zawady ciągle ich niepokojącej. W miarę bujniejszego rozwijania się grzybka, zwłaszcza przy niedbałym dozorze, dzieci nie mogą należycie ssać lub swobodnie przełykać podawanego im pokarmu, mizernieją i podlegają zaburzeniom w obrębie przewodu pokarmowego, co koniecznie odbić się musi w stanie ogólnym, prowadząc do znacznego wyniszczenia, skutkiem utraty płynów przez womity, biegunkę, i odczyn gorączkowy, a nawet, jak przypuszcza Vogel, występują objawy podobne do cholerycznych; dzieci w krótko tracą siły, ciemniaczkowo wielkie zakłęsa, gałki oczne zapadają głęboko w oczodoły, skóra traci spręży-

stość i jędrność, wiotczeje, a pokład tłuszczowy podskórny częstokroć znika w 12—14 godzin; odchody stolcowe płynne, zielonawe, mocno cuchną kwasami tłuszczowymi, oddziały wają kwaśno, a posiadając drażniące własności, zaczerwieniają i obnażają z naskórka okolice odbytu, zewnętrzne części płciowe, wewnętrzne powierzchnie ud i piętki dziecięcia.

Wyniszczenie i ogólny wiać ciała tém prędzej następuje w razach, jeżeli gruba warstwa grzyba nietylko wyścieła jamę ustną, lecz zajmawszy gardziel, w części jamy nosowe, jamę noso-gardzielową i przełyk, tamuje mechanicznie swobodne przejście pokarmu z jamy ustnej do żołądka, a zajmawszy niekiedy i ściany krtani, zmiany głosu bywa powodem. Samo jednakże wytworzenie się nawet grubych, pleśnicowych błonek, jeżeli przełykanie pokarmów nie znajduje przeszkody, nie sprowadza tak smutnych następstw, skoro tylko ze strony przewodu pokarmowego nie wystąpią tak silne i zgubne zaburzenia, o jakich wyżej wspomnieliśmy.

Pleśnica występująca symptomatycznie wśród innych ustroju cierpień, wikłać się będzie z różnemi objawami, których jakoś i natężenie są zależne od rodzaju choroby i siły, z jaką sprawa chorobna występuje. Są one różnorodne, jak też są różne sprawy, przy których grzybki nietylko u dzieci, ale i u dorosłych muszą występować.

**Zmiany anatomiczne**, zachodzące przy pleśnicy, mieliśmy sposobność powyżej w części wyłuszczyć, tu wypada jeszcze dodać, że najczęstszym siedliskiem grzybka są brzegi i górna powierzchnia języka, wewnętrzne powierzchnie warg i policzków, zdarzają się też na podniebieniu, gardzieli a niekiedy i przełyku, aż do wpustu żołądka.

Z początku przedstawiają się one pod formą licznych, białych, biało żółtawych lub żółto-brunatnych plamek, pojedynczo rozsianych, lub blisko siebie nagromadzonych i zlewających się; w innych razach układają się pod formą żółto-białawej błony, powlekającej większą powierzchnię jamy ustnej. Części składowe owych blaszek są następujące:

a) Młode (fig. 8, *a*), stare komórki nabłonkowe (fig. 8, *b*) z których pewna ilość ulega wstecznej przemianie (fig. 8, *c*), pomiędzy temi:

b) Okrągławe komórki i nitki rurkowate, otoczone zarodkami i drobnoziarnistą masą (fig. 9, *ab*), pośród której tylko przez zgniecenie drobnowidzowego wyrobu uwydatnionemi zostają wspomniane powyżej elementa ukształtowane. Blaszkki żółtawo lub czerwonawo zabarwione, oprócz powyższych części ukształtowanych, zawierają drobnoziarnisty żółty barwik, pochodzący z małych wynaczyń. Jednakże nie zawsze ilość jednych lub drugich elementów w przybliżonym co do ilości stosunku spostrzegać się daje, zależy tu wiele od głębokości warstwy, która na pole drobnowidza popadła; powierzchowne,

przeważnie złożone są z zarodków mniej wykształconych, rurkowatych nitek i znacznej stosunkowo ilości komórek wykształconego nabłonka brukowego (fig. 8), gdy zaś w warstwach bliższych samego mięszu błony śluzowej znajdujemy przeważnie dość ściśle z sobą poplątane nitki rurkowate wśród masy drobno-ziarnistej, małą ilość zarodków i miejscami komórki nabłonka, których niekiedy zupełnie brakuje (fig. 9).

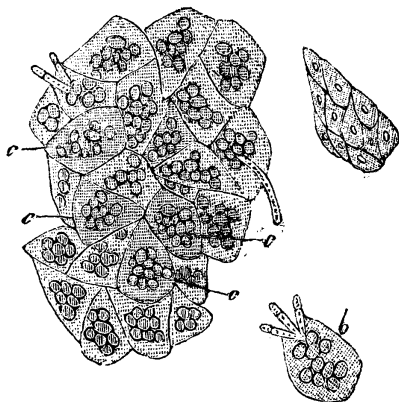


Fig. 8. a) Przedstawia części składowe warstw zwierzchnich blaszki grzybkowej u dzieci w jamie ustnej.

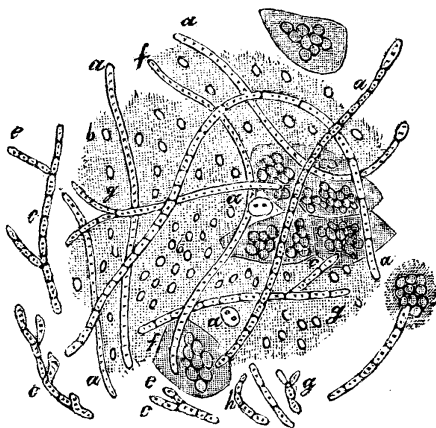


Fig. 9. Przedstawia części składowe warstw głębszych blaszki grzybkowej.

Traktując preparat drobnowidzowy stężonym roztworem węgla-  
nu potażu, lub wytrawiając błonki grzybkowe przez parę dni w wo-  
dzie, w ciepłocie około 16° R., nabłonek zostaje zupełnie lub w części



zniszczony, drobno ziarnista masa staje się więcéj jednolitą, bardziéj przezroczystą, miejscami tylko spostrzegalną, gdy zaś nitki rurkowate żadnéj zmianie nie ulegają, owszém stają się więcéj wydatnemi, przy czém takzé ziarna owalne lub okrągławe zyskują na własności swych zarysów.

Nitki rurkowate v. włókna v. korzenie są walcowate, podłużne, proste lub pokrzywione w rozmaitych kierunkach, o brzegach wydatnie zarysowanych, do siebie równoległych i z treścią przezroczystą (fig. 9, a).—Szerokie na 0,003—0,005 met. stosownie do okresu, długie na 0,05—0,06 metra. Powstają przez przyrastanie do siebie wzajemne komórek przedłużonych przy początku nici dłuższych, przy końcu zaś wolnym krótszych. Z postépem rozwoju, nitki te wypuszczają jeden lub kilka bocznych pędów (fig. 9), utworzonych równiez z tego samego rodzaju komórek co i włókna na których powstają, z tą jednakże różnicą, że komórki pędów bocznych niekiedy są dłuższe od komórek składających nici pierwotne, lub téż są okrągławe i krótkie (fig. 9, e). V o g e l odróżnia dwa rodzaje nici rurkowatych: szerokie, podobne do drożdży (*cryptococcus cerevisiae*) z wieloma poprzecznymi prążkami, zwykle na wolnym końcu paciorkowate; inne zaś wązkie, delikatniéj zarysowane, prawie zupełnie pozbawione prążków poprzecznych (fig. 9, f). W pierwszych prążkowanie powstaje z przylegania do siebie końców zaogrąglonych komórek, które w miejscach zetknięcia się pozostawiają na brzegach płytkie zakłéśnięcia, służące za punkt przyczepienia się bocznych rozgałęzień, nie mających nigdy bezpośredniego połączenia z wnętrzem komórek pierwotnéj nici rurkowatéj.

Komórki składające włókna zwykle zawierają kilka ciemnych ziarn, w niektórych zaś odnogach miejsce tychże zastępuje kilka owalnych komóreczek, zawartych w łonie macierzystéj komórki. Koniec wolny nici rurkowatéj zakończony jest częstokroć podłużną lub okrągłą komórką o kilku wydatnych jądrach, zostających w ciągłym ruchu drobinowym, większą od komórek stanowiących ciąg nici, zwykle poprzedzaną kilkoma mniejszemi, jajowatemi, paciorkowato zastawionemi komórkami; niektóre z nici kończą się widełkowato (fig. 9, g). Początek nici rurkowatych zwykle zagłębia się w grupie nagromadzonych zarodków, pomieszanych wraz z komórkami nabłonka płaskiego.

Ziarna v. zarodki (*sporae*), są to ciała okrągłe lub owalne z bardzo wydatnym zarysem, treścią przezroczystą, marmurowym odcieniem silnie łamiącym promienie światła; w środku ich znajduje się subtelny pyłek, zostający w ciągłym ruchu drobinowym, częstokroć zawierają po jednym lub dwa jądra, będące równiez w bezustannym

ruchu. Rzadko kiedy wolne, zwykle do komórek nabłonka silnie przylegające, łączą się niekiedy na nitki paciorkowate.

Dla utworzenia białawych błonek grzybkowych, wspomniane powyżej elementa w następujący układają się sposób: „Jeżeli weźmiemy kawałek blaszki z jamy ustnej, powiada Ch. Robin, to na powierzchni przyroślej do błony śluzowej znajdujemy warstwę nabłonkowych komórek, na przeciwległej zaś powierzchni ziarna, które dość mocno stykają się z powierzchnią blaszki, pokrywają ją i czynią jej brzegi nieco wydatnymi. Inne komórki wolne, pokryte ziarnami lub takowych pozbawione, są pomieszane z nitkami rurkowatymi, przecinającymi się w różnych kierunkach. Nitki te widoczne są na powierzchni blaszki, pomiędzy ziarnami i wolnymi nabłonkowymi komórkami (to jest z sobą połączonymi jedynie za pomocą gęstego śluzu). Tak poplątane nici stanowią mniej lub więcej gęstą sieć, w oczkach której tkwią ziarna i drobno ziarnista masa. Blaszki te są miękkie, łatwo rozdzielają się, i tylko na brzegu oderwanych części widzieć się dają swobodne rurkowate nici.\*

Taki skład blaszek grzybkowych może ulegać zmianom, stosownie do okresu swego rozwoju, miejsca na którym powstały, i warunków osobistych chorego. I tak: nici rurkowate, u dorosłych osób wytwarzające się, są więcej stawowate, mniej ziarniste, a w miejsce ziarn posiadają częstokroć blade kropki; komórki nabłonka w ilości większej lub mniejszej ulegają wstecznej przemianie i t. p. W każdym jednakże wypadku, dla rozwoju grzybka potrzeba przygotowania odpowiedniego gruntu czyli zmian anatomicznych, w każdym wieku mogących nastąpić, a polegających głównie na podrażnieniu. Zmiany te (przy grzybku występującym samodzielnie) odnieść się dają do niezytu jamy ustnej, wyższego stopnia zapalenia, niekiedy z owrzodzeniami, i następstw dłuższego trwania grzybka; zmiany zaś zdarzające się przy grzybku wikłającym inne choroby, zależne będą od ich rodzaju i natężenia.

**Rozpoznanie** nie przedstawia żadnych trudności. Wyżej podaliśmy cechy makroskopijne, a w razie jeżeli takowe następują wątpliwość, drobnowidz stanowczo rzecz rozstrzyga; znajdują się bowiem tutaj tak cechujące znaki, iż na pierwszy rzut oka na pole drobnowidza, na które podsunęto wyrób drobnowidzowy z pomienionych wyżej białych ognisk, zasiewających mniej lub więcej gęsto, lub pokrywających na większych przestrzeniach powierzchnię błony śluzowej i jamy ustnej, jesteśmy w możności przekonać się o naturze sprawy z którą mamy do czynienia. Jednakże z wejrzenia w niektórych razach zamienioną być może z zapaleniem błonicowem, pleśniawkami (*aphthae*), lub nagromadzeniem się nabłonka. Zapalenie błonicowe zajmuje zwykle pier-

wotnie jamę gardzielową i nosową, a wyjątkowo tylko sprawa ta pochyla się na wewnętrznej powierzchni policzków, dziąsłach, gardzieli lub przedniej części języka; a gdy sposób występowania nie jest nam dokładnie znany i nie wystarcza do rozpoznania, wówczas jakoś części składowych ukształtowanych, o których za pomocą drobnowidza przeświadczyć się możemy należyście rzecz wyjaśni.

Co się tyczy pleśniawek (*aphthae*), oznaczających sprawę zapalną błony śluzowej i jamy ustnej, przy których występują plamki błoniste, są one wypadkiem zapalenia błonicowatego i z wejrzenia mają wiele podobieństwa do plamek przybłonkowych; a jeżeli wraz z ostatnimi występują, rozpoznanie jest trudniejsze, lecz w takich razach częściej spotykamy się z włoskowcem policzkowym (*leptotrix buccalis*), aniżeli z pleśnią białawą (*oidium albicans*)

**Rokowanie.** Zależy od charakteru sprawy chorobnej, mianowicie: czy grzybki zjawiają się u dzieci samoistnie, lub jako objaw w przebiegu innych, częstokroć bardzo ciężkich chorób. Pierwszy rodzaj ma znaczenie, zwłaszcza jeżeli w odpowiednim czasie zastosowano właściwe środki lekarskie; rozwijają się one wówczas u dzieci zdrowych, dobrze wychowanych i odżywionych. Rokowanie pogorsza się, jeżeli grzybki występują u dzieci napozór zdrowych i nie przedstawiających zaburzeń ze strony jakiegokolwiek układu, lecz wątłych i źle odżywionych; w takie to zwłaszcza wypadkach grzybki, pozostawione dowolnemu rozwojowi, zapełniają jamę ustną, niekiedy gardziel, jamy nosogardzielowe i przełyk, tamując mechanicznie swobodne przesuwanie się pokarmu do żołądka i oddzielanie się wypłodu gruczołków błony śluzowej, na powierzchni której rozpostarły się. Dłuższe trwanie grzybka sprządza znaczne wyniszczenie i na rokowanie niepomyślnie wpływa. Przy obecności grzybków symptomatycznie występujących, rokowanie zależnym będzie od natury i natężenia chorób, wśród których pojawiły się; od stopnia upadku sił i odżywienia, gdyż choroby wikłające się z grzybkami u dzieci są zwykle ciężkie, gorączkowe lub przewlekłe, częstokroć prowadzące do smutnego zakończenia się sprawy.

**Leczenie.** Valleix odróżnia zapobiegawcze i właściwe leczenie. Zapobiegawcze zasadza się na zachowaniu przepisów higieniczno-dietetycznych. Z doświadczeń Vogla wiemy, że błonki grzybkowe w roztworze wodnym cukru, nie oddziaływającym alkalicznie, w 35° R. ciepłoty, po upływie dwóch dni więcej rozwijają się, co niema miejsca w płynach alkalicznych lub roztworach soli metalicznych. Z tego też powodu unikać należy podawania słodkich napojów, starannie oczyszczać jamę ustną po ssaniu lub przyjęciu pokarmu, brodawkę sutkową po każdym ssaniu obmywać i obcierać kawałkiem miękkiego płótna.

Dziecię nie powinno nigdy usypiać przy piersi, gdyż szczątki pokarmu w takich razach pozostające w jamie ustnej dziecięcia, znajdując przyjazne do fermentacji warunki, sprzyjają wytworzeniu się odpowiedniego gruntu dla rozwoju pleśnicy. Po wystąpieniu zaś grzybów możnaby je zniszczyć tylko za pomocą stężonych roztworów alkalicznych, których zastosowanie w jamie ustnej nie może bez złych następstw pozostać. Z tego powodu nie posiadamy środka zniszczenia grzybków na drodze chemicznej, a słabe roztwory alkaliczne są zdolne jedynie dalszy ich rozwój powstrzymać. Całe zatem leczenie ograniczać się będzie na mechanicznym usuwaniu powstałych już grzybków, i miejscowemu zastosowaniu roztworów solnych, lekko alkalicznych, które zobojętniając kwaśne oddziaływanie na ścianach jamy ustnej kawałkiem płótna zmaczanego w wodzie, a powtarzanego w miarę nowych warstw. Wycieranie powinno być wykonywane jak najłagodniej, a to celem uniknięcia nowego zadrażnienia błony śluzowej, a niekiedy krwawienia. Środek ten przy troskliwym i umiejętnym zastosowaniu jest niekiedy dostateczny dla usunięcia plamek, w przeciwnym razie należy wzmocnić jego działanie przez smarowanie roztworem wodnym boraxu (3j— $\text{g}\frac{1}{2}$ ) 2 do 3 razy dziennie. W uporzeczonych zaś wypadkach osiągamy pożądaną cel, smarując dwa razy dziennie wodnym roztworem saletranu srebra (gr. V—XV na  $\text{g}\frac{1}{2}$ ) i tyleż roztworem boraxu. Vid a! otrzymał dobre wypadki po zastosowaniu słabego roztworu chlorku rtęci, który również jak chlorek dwurzęci, jako sól metaliczna, powstrzymuje rozwój części organicznych.

Grzybki u dzieci, występujące wśród przebiegu innych chorób, oprócz leczenia miejscowego, wymagają zastosowania odpowiednich środków przeciwko chorobie przy której rozwinęły się.

Co się tyczy diety u dzieci pleśnią białawą dotkniętych, unikać należy pokarmów, zawierających materje łatwo ulegające fermentacji (papki, mléko jako zawierające cukier i sernik), zastępując ich bulionem lub klejkowatym rosołem; napar dziewanny posłuży za napój lub woda Vichy, jako alkaliczna; karmienie smoczkami stanowczo usunąć. Przy grzybkach zaś wśród ciężkich chorób zdarzających się, dyeta powinna być odpowiednią do rodzaju choroby, jéj okresu i osobistych dziecięcia warunków.

Opisując choroby jamy ustnej, właściwym będzie nadmienić kilka słów o znaczeniu obłożenia języka i o zaburzeniach zdarzających się podczas zębowania.

a) Z n a c z e n i e o b ł o ż e n i a j ę z y k a.

W pierwszym tygodniu życia dziecięcia, powlekanie się górnój powierzchni języka białawym osadem, nawet przy normalnym stanie przewodu pokarmowego, należy do bardzo częstych objawów. Tém częściej zdarza się to przy zaburzeniach w żołądku i kiszkaeh, i wpływa bez wątpienia na zmniejszenie apetytu. Warstwa powlekająca górną powierzchnię języka zwykle jest cienką, i przez długi przeciąg czasu utrzymywać się może, pomimo powrotu chęci do przyjmowania pokarmów i polepszenia się stanu żołądka i kiszek. Jednakże zdarzają się wypadki, w których obłożenie języka utrzymuje się całemi miesiącami, pozostając obojętne dla zdrowia dziecięcia, i takiemu to stanowi chciano nadać nazwę „*Pityrasis linguae*“, pochodzącemu od nagromadzenia się nabłonka pod formą białych krążków, wysepek lub półkolistych ognisk, rozsianych na różowój powierzchni języka. Niekiedy u dzieci ulegających zanikowi, płytkie rowki o dnie żółtawém poprzecznie rysują gładką, czerwoną powierzchnię języka. Opierają się one wszelkiemu działaniu, nawet saletranu srebra, i zwykle będąc zlemi zwiastunami, trwają do ostatniej chwili.

U dzieci starszych, obłożenie języka wśród przebiegu chorób gorączkowych, a szczególnieś ospy, odry, płonicy, durzycy i t. p., takie same ma znaczenie jak u dorosłych, o czém bliżej wspomnimy przy opisie szczegółowym tych chorób.

Lekkie obłożenie języka u dzieci małych nie posiada ważniejszego znaczenia dyagnostycznego, ani praktycznego. Jeżeli jest jednostajne, i pod postacią lekkiego nabiegnięcia białawym osadem do usunięcia wystarcza zachowanie przepisów higieniczno-dyetetycznych.

b) Powikłania podczas sprawy zębowania.  
(*Dentitis difficilis*).

Jakkolwiek w części ogólnej mieliśmy sposobność zapoznać czytelnika z fizyologiczną sprawą zębowania, i wyliczyliśmy szereg powikłań, zachodzących niekiedy podczas jój istnienia w rozmaitych narządach ustroju, przy opisie chorób jamy ustnej wypada zastanowić się nad znaczeniem tych zaburzeń i ich zależności od sprawy zębowania. Objawy tu spotykane jedne ściśle z niem pozostają w związku, inne zaś w części od niego są zależne lub przypadkowo współ występują.

Wiadomo, że w wielu razach wykluwanie zębów jest niepostrzeżalne i wolne od wszelkich powikłań; częściej jednakże dziąsła znacznie obrzmiewają, ilość śliny powiększa się, policzki chwilowo zaczerwieniają się, to znów bledną, dzieci doznają bólu lub swędzenia, które starają się usmierzać żuciem paluszków lub rozmaitych twardych przedmiotów. W innych wypadkach objawy te potęgują się, dziąsła silnie bo-

lą, są napięte, połyskują, a na pewien przeciąg czasu przed wykluciem się zęba, górują małe wyniosłości w miejscach, które przez ząb przernięte być mają, przyczem towarzyszą zwykle nieregularne gorączkowe poruszenia, wzmagające się nocną porą, bezsenność, nagłe zrywanie się, zaczerwienienie policzków, palenie dłoni, chęć do picia, podwyższenie ciepłoty w jamie ustnej, mocne obrzmienie dziąseł i t. p., a gdy powyższe objawy trwają przez dłuższy przeciąg czasu, dziecię mizernieje i ulega wyniszczeniu. Silny ból przy natężonem zapaleniu w jamie ustnej, rodzi niespokojność, częste zmienianie pozycyi, krzyk, płacz, chwilowe czerwienie twarzy, co na chwilę uspakaja się aby później z większém wystąpić natężeniem; w końcu dziecię zmęczone traci chęć do ssania lub przyjmowania pokarmu, jeżeli jest żywioném z garnuszka, mięśnie i tkanka tłuszczowa wiotczeją, skóra traci właściwy wygląd, siły coraz więcej nikną. tak, że dziecię nawet wolne od zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego (womity, biegunka) ulegają znacznemu wyniszczeniu. Skoro zaś korona zęba zaczyna przebiegać się nad powierzchnię dziąseł, wszystkie objawy miejscowe w jamie ustnej, tegoż samego dnia, niekiedy na 2gi lub 3ci dzień ustępują.

Oprócz powyżej wspomnianych zaburzeń w jamie ustnej, którym towarzyszą gorączkowe poruszenia, częstokroć peryodycznie występujące, zdarzają się jeszcze podczas zębowania inne cierpienia, jużto samoistne, już też w pewnej zależności z tą sprawą zostające, których punktem wyjścia bywają rozmaite narządy ustroju.

Jednym z najczęstszych powikłań jest *ostry* lub przewlekły niezbyt kiszek, wywołany przyczynami zewnętrznymi, lub jako następstwo wprowadzenia do przewodu pokarmowego znacznej ilości śliny, obficie wówczas wydzielanej. „Ślina, jak mówi *Vogel*, dostawszy się do przewodu pokarmowego na podobieństwo środka lekko czyszczącego, pobudza wypróżnienia stolcowe, których ilość, jeżeli nie jest zbyt obfitą (5—6 wypróżnień stolcowych na dobę) jest nawet pożądaną w okresie zębowania, jako zapobiegająca przyłączeniu się objawów mózgowych. Nieżyt kiszek bywa prawie równie często jak niezbyt jamy ustnej i te obiedwie sprawy, jeżeli utrzymują się w umiarkowanem natężeniu, raczej do fizyologicznych należą; przekroczenie tej błonicy wywołuje stan choroby, który powikławszy się z zapaleniem gruczołów torebkowatych błony śluzowej, wywołuje bardzo silną biegunkę, zanik tkanki tłuszczowej i ogólne wyniszczenie prowadzące do smutnego zakończenia się choroby.

W niektórych wypadkach wykluwaniu się każdego pojedynczego zęba towarzyszy zajęcie nieżyłotowych dróg oddechowych, które po wystąpieniu zęba wkrótce przemija. Mimo tego, nie może być po-

czytane jako mające bliższy związek z zębowaniem, o wszém pochodzi ono raczej od wpływu zwilgoconej ciągle odzieży przez ślinę, wpływającą obficie z jamy ustnej, przez co odzież do ciała dziecięcia przylega, oziębiając ciało jego. Troskliwe pielęgnowanie, utrzymywanie suche, zapobiegają wystąpieniu tego powikłania, które nie mając żadnego z zębowaniem związku, jako za przypadkowe powinno być poczytane.

Dieci ze skórą delikatną, cienką, gładką, lub dziedzicznie cierpiące na przewlekłe choroby skóry podczas zębowania, ulegać mogą niektórym wysypkom, mianowicie:

Pokrzywce (*utricaria*), objawiającej się pod formą mocno swędzących obrzemień, nieregularnie okrągłych lub podłużnych, lekko wzniesionych, płaskich, średnicy do kilku linii. Barwa powierzchni samych ognisk nie ulega zmianie, nawet bywa bledszą gdy części otaczające mocno czerwienieją. Naraz pojawia się kilkanaście w pewnej okolicy, wkrótce znika, lecz w inném miejscu znowu występuje; wykluciem się zęba przemija, lecz z następnym zębowania okresem wraca.

Pokrzywka występująca przy zębowaniu, w cechach swoich nie różni się niczém od wywołanej przyczynami tak zewnętrznymi jak i zależnymi od wewnętrznych ustroju warunków.

Oprócz powyższej formy, zdarzają się także ostre pierzchnica (*lichen strophulus*), swędzik (*prurigo*) i liszajec (*impetigo*); dwa pierwsze należą do wysypek grudkowatych. W pierzchnicy grudki są odosobnione, w swędziku mniejsze, zebrane w gromadki, z początku bledsze od barwy skóry w niezajętych miejscach, z czasem na szczytach pokryte brunatnymi strupkami skutkiem drapania. Pierzchnicę można jeszcze odróżnić od swędzika przez jakość cieczy, wpływającej po nakłuciu igłą szczytu każdej pojedynczej grudki. W pierwszej formie występuje kropelka krwi, gdy z grudki swędzika kropelka surowiczej cieczy; jednakże przez ciągłe drapanie i grudki swędzika mogą krwawić coraz więcej, zlewając się z sobą tak, że cały obraz wysypki do niepoznania się zmienia.

Pryszczycza (*eczema*) przedstawia się w dwojakiój formie: zwyczajna i czerwona (*ecz. simplex et rubrum*), jest zapaleniem skóry, przy którym wytworzony wysięk zbiera się pod naskórką i przedstawia się z początku pod formą drobnych pęcherzyków, napełnionych cieczą przezroczystą. W zwyczajnej pryszczycy skóra zlekką czerwienieje, a po pęknięciu pęcherzyków, przysychają cienkie, żółtawe warstwy, zostawiające po odpadnięciu nową powłokę, podobnież zasychającą. W pryszczycy czerwonej przebieg jest znacznie dłuższy, skóra mocno czerwienieje, obrzmiewa i takż występują na jaw drobne pę-

cherzyki, które po odpadnięciu zeschniętych blaszek. powstałych z rozlania się cieczy, na nowo się tworzą.

Nareszcie liszajca (*impetigo*) jest jeszcze wyższym stopniem zapalenia skóry, polegającym na wystąpieniu krost napełnionych, ropą, które po pęknięciu pozostawiają grube strupy, wilgocące, żółtawe, żółto-zielonawe lub przez przymieszkę barwnika krwi brunatno zabarwione; po odpadnięciu pozostawiają one zaczerwienioną powierzchnię obnażonej skóry (*corium*), a na nowo wydzielając obficie ciecz, dają początek tworzeniu się nowych strupów; sprawa chorobna sięga tu głębiej, na długi czas pozostawia obrzmienie i brunatnawe zabarwienie skóry.

Śluzotokowe zapalenie łącznicy włośnicy niekiedy wyrzynanie się kłów w szczęce górnej; powieki, a szczególnie górna, nagle brzmieją, naczynia łącznicy gałkowej mocno nabiegają, lecz rogówka nigdy prawie nie przyjmuje w tym udziału. Wypłód chorobny, wydzielający się przy tej formie śluzotokowego zapalenia, przedstawia się jako płyn kleisty, w nitki ciągliwy i bardzo wielkie podobieństwo mający do śluz jam nosowych, wydzielanego przy zastarzałym niezycie błon śluzowych.

Nareszcie jednym z najczęstszych i najgroźniejszych powikłań zębowania, są zaburzenia w układzie nerwowym. Manifestują się one pod formą napływów krwi do ośrodków, — występujące w tym okresie drgawki (*spasmi clonici*) nie odznaczają się drobną cechą i nie różnią się niczym od mających punkt wyjścia w chorobach mózgowia, których podstawa anatomiczna jest widoczną. Jeżeli zatem drgawki przyłączają się wśród wyrzynania się zębów, a żadnej zmiany anatomicznej wysledzić niepodobna, jesteśmy upoważnieni upatrywać z wielkim do prawdy podobieństwem przyczynę ich w sprawie zębowania. Drgawki najczęściej dotyczą mięśni twarzowych, a gdy mięśnie okoruchowe kurczą się, dzieci zębujące podczas snu utrzymują powieki napół zwarte, rogówki zwracają się ku górze, przez szparę powiek przeziera białkówka, co bardzo przeraża rodziców i skłania ich do szukania lekarskiej pomocy. W innych wypadkach przyłączają się podczas zębowania drgawki mięśni twarzowych i kończyn, zwłaszcza u dzieci drażliwych, dotkniętych innymi ważniejszymi cierpieniami.

Zestawiając zatem zaburzenia zdarzające się przy zębowaniu widzimy, że takowe odnieść się dają do układu krwi obiegu, trawienia, oddychania, do powłoki ogólnej ciała, narządu widzenia i układu nerwowego. Bez wątpienia każdy ściśle badający lekarz upatrzy w pewnych wypadkach zależność tych powikłań od zębowania, jednakże w wielu razach od innych zależą przyczyn, z zębowaniem żadnego nie mają związku i jedynie są przypadkowymi.



**Rozpoznanie** tych stanów chorobnych i rzetelne ocenienie, o ile są zależne od sprawy zębowania, częstokroć jest trudne, a praktyczna wprawa wiele może w tym względzie dopomóc. Sprawa nie zostaje bez wpływu na stan ogólny, a nawet na choroby przypadkowe, wydarzone w tym okresie, owszem pogorsza częstokroć ich przebieg i rokowanie.

Zaburzenia, zachodzące w ustroju w tym okresie życia dziecięcia, nietylko w zębowaniu znajdują punkt wyjścia, lecz niekiedy są wywołane innemi zmianami fizyologicznemi, zachodzącemi wówczas w ustroju, mianowicie w sferze układu mózgu rdzeniowego, krwi obiegu, gruczołowym, przyrządu trawienia, kostnym i t. p., które nie są pobudzone zębowaniem, lecz odbywają się niezależnie, wspólnie z témże mogą przyczynić się do wywołania różnych powikłań, z których najczęstsze dopiero przytoczyliśmy. Podczas drugiego zębowania, poczynającego się zwykle w drugiej połowie szóstego roku życia, zdarzające się powikłania są mniej ważne, mniej liczne od powikłań pierwszego zębowania, więcéj zaś dotyczą zaburzeń miejscowych, gdy w pierwszym przemagają objawy ogólne. Wspomnieć tu wypada o częstych nerwobólach różnych gałęzi nerwu trójdzielnego, kaszlu nie mającym żadnej anatomicznej podstawy w narządzie oddychania, i gwałtownej biegunce, utrzymującej się dopóki miejscowe objawy zastępowania mlęcznych zębów trwałemi, nie osiągną swojego szczytu. Inne choroby, o których wspominają autorzy, mianowicie zapalenia rozmaitych narządów: słuchu, wzroku, płciowych, gruczołów podszczękowych, układu nerwowego i t. p. są przypadkowemi, niezależnemi od zębowania, lecz bezwątpienia nie pozostają bez wpływu na stan ogólny dziecięcia podczas drugiego zębowania, a tém samém i na tę sprawę.

**Leczenie.** Co się tyczy postępowania lekarskiego, przedewszystkiém nadmienić wypada, że interwencya nasza przy zębowaniu nie wikłającém się z ważniejszemi cierpieniami, ogranicza się do zachowania przepisów higieniczno-dyetyetycznych, których lekceważenie nie zawsze bezkarnie przemija.

Przy poruszeniach gorączkowych od zębowania jedynie zależnych, należy podać mieszanke chłodzącą, np. wysycenie węglanu sody kwasem cytrynowym (*saturatio*); niespokojność uśmierza niekiedy kilka kropel nalewki szaleja (*tinctura hyosciami*). Silniejsza gorączka wymaga ograniczenia ssawcowi ilość mléka, lub jeżeli dziecię żywione z garnuszka, za wyłączne pożywienie służyć powinna zupka z mączki kruchli trzcinnéj (*arrowroot*), przyrządzona z trzecią częścią lub połową mléka i wody, lub téż biały odwar Sydenhama (*decoctum album Sydenhami*), zmieszany z jedną trzecią mléka. Małe dawki chlorku dwurteci w połączeniu z magnezją są

w stanie uśmierzyć gorączkę, której uporczywe utrzymywanie się niekiedy przez ciepłe kąpiele daje się usunąć.

Owrzodzenia w jamie ustnej wymagają starannego oczyszczania po każdym przyjęciu pokarmów i zastosowania roztworu boraksu sodowego.

Przy silnym zapaleniu błony śluzowej jamy ustnej, częstym towarzyszem zębowania, zbawiennie działa roztwór chloranu potażu dwa grana co cztery godziny; takowy podawany przez kilka dni po 10 gran jest w stanie usunąć chorobę. W niektórych wypadkach zapalenie błony śluzowej uporczywie utrzymuje się, dziąsła coraz więcej zaczerwieniają się, nawet sinieją, jak w gnilcu, brzmieją, a niekiedy następuje ropienie, trwające aż do wyrznięcia się zębów siecznych, potem zapalenie ustępuje, aby znów pojawić się przy wykluwaniu się zębów trzonowych. W takich razach czystość, china, kwasy roślinne i nieco wina wpływają na polepszenie. Niekiedy wykluwanie się zęba trwa kilka, kilkanaście dni; stan ogólny dziecięcia znacznie cierpi, gorączka trawi i pozbawia dziecię sił i tak już poprzednio nadwątlonych; zaczerwienienie i obrzmienie dziąseł wysokiego dosięga stopnia, a ząb tkwi jeszcze na kilka milimetrów pod powierzchnią błony śluzowej dziąseł. W innych wypadkach powyższe objawy towarzyszą wyrzynaniu się każdego pojedynczego zęba, przyłącza się biegunka lub drgawki jedynie zależne od sprawy zębowania: w takich razach dla przyspieszenia wydostania się korony zęba nad powierzchnię błony śluzowej i usunięcia groźnych towarzyszących objawów radzą nacięcie dziąseł (*scarificatio*).

Jednakże wielu lekarzy za pochopnie chwytają się tego środka, prawie w każdym wypadku utrudnionego zębowania, nie zastanawiając się należyte, czy groźne objawy zależą od zębowania i czy tym samym nacięcie dziąseł obiecuje poprawę stanu chorobnego wikłającego zębowanie. Każdy przyzna, że takie postępowanie jest barbarzyńskim, wypływa z czystego empiryzmu bez zadania sobie trudu, bliższego zastanowienia się nad wypadkiem, z którym się ma do czynienia; naraża niepotrzebnie na ból i stan zdrowia dziecięcia znacznie pogorszyć może. Nacięcie dziąseł zastosowane również bywa w celu przyspieszenia wyklucia się zęba, lecz i to nie stanowi wskazania; powolne przedostawanie się ścięzca pokrywający ząb błoną i przygotowanie ją ku temu, a w najlepszym razie jeżeli jest zastosowanym, będzie jedynie bolesnym i zbytecznym środkiem dopełniającym przez samą naturę mogący być zastąpiony. Właściwe przeto wskazanie do nacięć, ogranicza się do bardzo małej liczby wypadków i to na

parę dni przed przerznięciem się zęba, raz, celem zmniejszenia zbyt dokuczliwego bólu, a ztąd zapobieżenia niektórym powikłaniom; powtóre dla usunięcia zbyt obfitego przepelnienia krwią, dziąseł, nie zaś celem ułatwienia wydostania się zęba z pod błony śluzowej, którego zbyt troskliwe i ciekawe matki napróżno spodziewają się ujrzyć zaraz po wykonaniu nacięcia dziąsła. Jeżeli przytém wspomniemy, że zawczesne nacięcie utrudnić może wydostanie się korony zębów, gdyż nowo utworzona tkanka bliznowa nad zębem, jeszcze przed wykluciem się tegoż, oporniejszą się staje od błony śluzowej, właściwem będzie uciec się do nożyka tylko w razie konieczności. Skoro zachodzi rzeczywiste wskazanie, nacięcie powinno być krzyżowe, głębokie i dotykające korony tkwiącego zęba w szczęcie na kilka linii pod powierzchnią błony śluzowej.

Nieżyt kiszek należy łagodzić podawaniem roztworów węglanów alkalicznych, obojętnym klejkowatym napojem z małą ilością wyciągu winnego korzenia ipeki, a przy braku gorączki, małe dozy makowca, względnie do wieku dziecięcego i natężenia choroby.

Nieżyt w krtani, tchawicy i oskrzeli, jak wyżej wspomnieliśmy, o tyle z zębowaniem ma związku, ile wydzielająca się obficie ślina przemacza odzież i zaziębienia powodem się staje. Ilekroć razy dało się to usunąć, dzieci zębujące nie ulegały nieżytowi błony śluzowej dróg oddechowych. W tym celu należy im podwiązywać duże napiersniki podszewkowane warstwy żywicy tubańskiej (*Gutta-percha*). Idyopatyczny nieżyt wśród zębowania, wymaga odpowiedniego postępowania, o czém niżej przy opisie chorób płuc.

Przy wysypkach skórnych, zwykle swędzących, przedewszystki-  
 kiem paznogiutki krótko utrzymywać celem uchronienia od drapania się. W pokrzywce dokuczliwe palenie i swędzenie skóry łagodzą kąpiele kleiste i smarowania środkami tłustymi, a sama choroba po przerznięciu się zęba zwykle przemija. Inne formy skórne wśród zębowania zdarzające są uporeczywe. Jeżeli wystąpiły na częściach ciała włosami porośłych, to nie ma potrzeby takowych usuwać, owszem leczenie może być tak dobrze przeprowadzone jak po ostrzyżeniu. Rozmiękczone strupy olejem tłustym, obmywać wodą z mydłem. Przy obszerném zajęciu skóry i nieznośnóm paleniu, Vogel uważa za bardzo skuteczne, wcieranie 2 razy na dobę maści cynkowej (*ungt. zinci oxydati albi*) i codzienne kąpiele krochmalowe. Przebieg pryszczycy czerwonej przeciąga się dłużej; dopóki powierzchnia jest żywo czerwoną, właściwem będzie okładanie płacami płóciennymi, w odwarze nasienia lnianego zmoczanemi, po zblednieniu i zmniejszeniu ilości wysączonego z pęcherzyków płynu stosować należy smaro-

wanie olejkiem przyswędkowym jałowcowym (*Ol. juniperi empyreumaticum. Huile de cade*).

Zapalenie łącznicy ustępuje po zastosowaniu saletranu srebra, suchego ciepła i częstym oczyszczaniu oka spiczastymi kawałeczkami gąbki maczanej w ciepłej wodzie; obrzmienie w przeciągu jednego, a najpóźniej dwóch dni ustępuje, a roztwór wodny soli ściągających (siarczany cynku lub miedzi) (grj. — §j) wkraplany pod powieki, przyczynia się do ułatwienia rozejścia się zapalenia łącznicy.

Drgawki, zwłaszcza u dzieci z utrudnionem trawieniem, wymagają użycia środków lekko rozwalniających, jak: korzenia rzewienia, manny kalabryjskiej, zimnej lewatywki etc.; w razie gorączki kilku dawek chlorku dwurtęci po  $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$  dr. Środki jednakże powyższe częstokroć zostają bez skutku, dlatego właściwem będzie przy drgawkach i wszelkich zaburzeniach układu nerwowego, podczas zębowania zdarzających się, stosować 2—3 razy dziennie ciepłe kąpiele całego ciała z jednoczesnym oblewaniem główki zimną wodą, w przerwach zaś obcieranie gąbką w wodzie letniej zmoczoną, powtarzane w miarę wysychania, w czém kaszel lub biegunka nie stanowią przeciwwskazania.

## B. Gruczoł przyuszny.

### 1) Zapalenie gruczołu przyusznego (*Parotitis*).

Napotykanie bywa w trzech odmianach: a) samoistne, b) następcze i tak zwane c) przerzutowe v. metastyczne:

a) Zapalenie samoistne (*Parotitis idiopatica s. epidemica, s. polymorpha*). Występuje prawie wyłącznie nagminnie, że zaś jest bardzo rozpowszechnione i znacznie oszpeca twarz, otrzymało wiele niewłaściwych nazw, jak: (*Ziegenpeter, Bauernwetzeln, Tölpelkrankheit, Mumps* i t. p.) Zwykle tylko raz w życiu się zdarza i to najczęściej do 15-go roku, rzadko kiedy przed ukończeniem roku życia; przebiegiem dość długim ma pewne podobieństwo z ostremi wysypkami, od których jednakże różni się brakiem zaraźliwości. Najczęściej objawia się na wiosnę, czasem też w jesieni, na wilgotnych wybrzeżach Holandyi, Anglii i Francyi ma być epidemiczne czyli nagminne.

O b j a w y. Zapalenie samoistne, poprzedzane częstokroć bywa zwiastunami choroby. Dzieci w ciągu jednego, lub kilku dni są znużone, gorączkują, tracą chęć do jadła i zabawy, dobrowolnie kładą się w łóżko, u drażliwych występują prócz tego objawy mózgowo, ból głowy, bredzenia, drgawki, a dzieci żarłoczne zrzucają pokarmy, które poprzednio bez apetytu z chciwością przez łakomstwo przyjęły.

Po upływie 1—3 dni występuje ból pod jednem uchem, zwiększający się przy żuciu, otwieraniu ust, lub za naciskiem zajętej okolicy. Równocześnie wygładza się rowek istniejący pomiędzy szczęką dolną i wyrostkiem sutkowym kości skroniowej, następnie unosi się pod formą nabrzmiałości, a przez odsunięcie płatka usznego ku przodowi, nadaje twarzy szczególny wyraz cechujący dla tej choroby. Tkanka komórkowata podskórna odpowiedniej strony twarzy aż po dolną powiekę i na szyi, nasiąka surowiczym płynem, tak, że poruszenia szczęki dolnej i mięśniami twarzy stają się niemożliwymi. W miejscach odpowiadających położeniu samego gruczołu, istnieje znaczne stwardnienie tkanek, które zmniejsza się w miarę oddalania się od pośrodkowego stwardniałego ogniska, przedstawiając się jako nabrzękłość dość miękka, ciastowata, a po naciśnięciu palcem pozostawia dołek. Skóra pokrywająca nabrzękłość, zwykle jest lekko zaczerwienioną. Częstokroć brzmieje tylko jeden gruczoł przyuszny; niekiedy zaś i drugostronny, co następuje to dopiero po upływie kilku dni od chwili po zajęciu gruczołu pierwszego. Po zupełnym rozwinięciu się choroby, otwarcie ust jest prawie niemożliwe, mowa ograniczona, wydzielina gruczołów ślinowych częstokroć powiększa się, niekiedy zaś obficie z ust wypływa, bez szerszenia przykrój woni, jak to ma miejsce przy ślinopłynie rtęciowym. Ponieważ nabrzękłość wzrasta ku wewnątrz, dla tego dzieci cierpiące na zapalenie gruczołu przyusznego, nie doznają napadów zaduszenia.

Co się tyczy objawów ogólnych, dopóki obrzmienie jest twarde i bolesne, dotąd towarzyszy gorączka, jednakże ta ustępuje po upływie 3—5 dni, a pozostają jedynie objawy miejscowe i mało znaczące osłabienie ogólne, w krótkim czasie przemijające. Wielu autorów zwłaszcza starożytnych wspominają o współzuciowem *v.* sympatycznym zapaleniu jajników lub jąder, częstokroć występującem po stronie zajętego gruczołu. Jednakże dzisiaj rzadko się to zdarza: i tak *V o g e l* w 1851 r. podczas istnienia epidemii w Monachium, na kilkaset chorych dorosłych mężczyzn, zaledwie u jednego spotkał zapalenie jądra, ale u dzieci nigdy tego powikłania nie zauważył. Współczesne zajęcia opon mózgowych i błon surowiczych, tkanki łącznej podskórnej, błony śluzowej oskrzeli lub przewodu pokarmowego, również rzadko bywają spotykane, lubo częściej zdarza się to w niektórych epidemiach, których charakter w różnych czasach odmienne cechy może posiadać. Nieprzesadzając przeto ścisłości spostrzeżeń tych lekarzy, którzy często uważali wikłanie się zapalenia gruczołu przyusznego z zajęciem błon surowiczych, wspomnimy tylko, że jak panujące wówczas epidemie mogły rzeczywiście przedstawiać cechy przez

ówczesnych podawane, tak w przyszłości mogące się zdarzyć, również odmienny charakter posiadać mogą, a przedstawiając się inaczej wzbudzać w naszych następcach wątpliwość o prawdziwości naszych opisów.

**A n a t o m i a p a t o l o g i c z n a** samoistnego zapalenia gruczołu przyusznego, nie jest szczegółowo poznana z powodu małej śmiertelności zachodzącej w tej chorobie. Cały gruczoł przedstawia się powiększonym, zaczerwienionym. Miąższ skutkiem nasiąknięcia wysiękiem, nabrzęka i wietczeje; wypłodzony tu wysięk posiada różny stosunek włóknika, i zajmuje najpierw tkankę łączną, stanowiącą podścielisko samego gruczołu i jego otoczenie. Dopiero w dalszym rozwoju choroby, zapalenie przechodzi na sam miąższ, który czerwienieje i okazuje się znacznie powiększony, na rozkroju wejrzenia mięsistego. Wypłodzony wysięk może być wchłonięty, wówczas gruczoł wraca do prawidłowych rozmiarów i stanu skupienia, lub też zgęszcza się, tkanka łączna obficie wytwarza się, pociągając przez to stałe powiększenie objętości, lub zanik elementów samego gruczołu, szczególnie jeżeli sam miąższ skutkiem ucisku zwolna zanika.

**P r z e b i e g** samoistnego zapalenia gruczołu przyusznego prawie bez wyjątku jest pomyślny. Choroba wzmaga się od 2-go — 5-go dnia, poczem zmniejsza się gorączka i obrzmienie zajętej okolicy przyusznnej o tyle, że stopniowo wszystkie objawy miejscowe i ogólne po 10—14 dniach zupełnie znikają. Rozejście się zapalenia jest prawie zwykłym następstwem, jednakże u niektórych dzieci skrofulicznych przeciąga się dłużej; gruczoł ślinowy wraz z otaczającymi gruczołami chłoniczemi pozostaje jeszcze na długo powiększonym i stwardniałym, zropienie tkanki łącznej służącej za podścielisko gruczołu, które dziś w wyjątkowych wypadkach bywa napotykanie, według opisu dawniejszych było dość częstym następstwem. Ropień otwiera się wprost przez skórę na zewnątrz, lub przez kanał słuchowy zewnętrzny, powodując przewlekłe z ucha wypływanie żółtawej gęstej cieczy i stępienie słuchu, a nawet w razie przedziurawienia błony bębenkowej, pozostawić może głuchotę nieuleczoną, a jeżeli nerw twarzowy jest uciśnięty stwardniałym gruczołem, lub gdy tenże przejdzie w ropienie, bywa powodem czasowego lub długotrwałego bezwładu w narządzie okoruchowym lub mięśniach twarzy, których działanie od nerwu twarzowego zależy.

**R o k o w a n i e** zawsze pomyślne; zwykle w początkach epidemii zatrwożeni i nie obznajmieni z przebiegiem choroby rodzice, spieszą zasięgać pomocy lekarskiej, lecz wkrótce przekonawszy się,

że choroba ta nie pociąga za sobą złych następstw, w późniejszym okresie epidemii są mniej w tym względzie pochopni.

**L e c z e n i e.** Kierować się należy ogólnymi zasadami przyjętymi przy zapaleniu gruczołów. Dopóki trwają ogólne gorączkowe objawy, wystarcza ścisła dyeta, spoczynek i kwaskowaty napój. Po wystąpieniu napęcznienia, najważniejszym będzie smarowanie olejem tłustym. Zimno wcale nie wpływa na przyspieszenie rozejścia się zapalenia. Kataplasmy lub inne ciepłe okłady pociągają za sobą pewne niedogodności, mianowicie napływy krwi do głowy, z tego też powodu dzieci niechętnie je znoszą. Przy silnym bólu i rozległej napiętej nabrzękłości gruczołu, kilka pijawek są w stanie sprawić ulgę, W razach wielkiego niepokoju, skutecznie działa roztwór  $\frac{1}{4}$  gr. morfiny na 3 uncje wody, co godzina łyżeczkę od kawy, dopóki nie nastąpi działanie. Pozostałe stwardnienie pozapalne ustępuje częstokroć po zastosowaniu wcierań szarąj maści w okolicy zajętej, a jeżeli dziecię przytém jest blade, wychudłe z obrzękami gruczołami chłoniczemi, częstokroć zachodzi potrzeba zastosowania odżywczej diety i środków wzmacniających.

### C. Połyk i przełyk.

#### 1) Miąższowe zapalenie migdałków połykowych (*Angina tonsillaris, Amygdalitis, Cynanche*).

Migdałki złożone z nagromadzonych i właściwym sposobem ułożonych gruczołów śluzowych, mieszczą się pomiędzy łukami podniebienia, jeden z każdej strony. W stanie zdrowia zaledwie z pomiędzy nich wystają. Na powierzchni zwróconej ku ujściu połyku, znajduje się 10 — 20 wywodzących kanałów o nieregularnym ujściu, przez co powierzchnia przyjmuje wejrzenie jakby była podziurawioną, na podobieństwo migdałowej łupiny, od czego też nadano nazwę tym gruczołom. Kanałiki wyprowadzające będąc często wystawione z powodu swego anatomicznego położenia na rozmaite szkodliwe wpływy, ulegają częstokroć zapaleniu, w czém i sam miąższ gruczołu przyjmuje udział.

Ostre miąższowe zapalenie dotyczy jednocześnie obydwóch migdałów lub jednego, z postępowaniem choroby i drugi uczestniczy. Przy zropieniu, gruczoł mięknie w pewnym ograniczonym miejscu, które wznosi się, pęka, a otworem ztąd powstałym wypływa cuchnąca ropa. Niekiedy zapalenie zajmuje także przyległe części połyku, tkanka podsłuzowa obrzmiewa, twardnieje skutkiem nagromadzenia się elementów upostaciowanych, ropieje, lub ulega zgorzeli,

stając się powodem obszernych zniszczeń. Zwykle jednakże charakter zapalenia jest przewlekły, gruczoł twardnieje, obrzmiewa, wystaje z pomiędzy łuków. W innych razach zapalenie poczyna się w mięszu i obustronnie zajmuje migdałki. Zapalenie przewodów wprowadzających pozostawia przy ujściu nieregularne muiéj lub więcéj głébokie zapadnięcia na powierzchni, przez co zewnétrzny kształt zmienia się, a objétość maleje.

W miarę częstszych wzmagań się (*exacerbatio*) sprawy zapalnéj coraz więcéj torebek zanika, zmniejszając usposobienie do powtarzań; w pomyślnych wypadkach zupełnie czasem ustępuje, lecz tego rodzaju dobrowolne uleczenie siłami natury zdarza się nader rzadko.

**P r z y c z y n y.** Zapalenie mięszowe połyku występuje niekiedy epidemicznie, i napada osoby szczególniéj usposobione. Zapalenie migdałów jest stałym towarzyszem płonnicy, lecz w tym razie najczęściéj nie przyjmuje charakteru ropnego. Niekiedy pojawia się wśród przebiegu drugorzędnych objawów przymiotu, które częściéj spotykamy u dorosłych, niżeli u dzieci na migdałkach i łukach podniebieniowych.

Przed 12 rokiem życia nieczęsto się zdarza i prawie zawsze z mniejszém natężeniem niżeli u dorosłych, a przed 5-tym rokiem należy do rzadkości, lubo we własnéj praktyce zanotowaliśmy kilka wypadków u dzieci niżéj lat 3 liczących. W jednym z tychże musiano uciec się do tonsilotomii, jako jedynego środka usunięcia przeszkody w oddychaniu i przełykaniu z powodu znacznego powiększenia gruczołów.

**O b j a w y.** Zapalenie ostre występuje zwykle z gorączką, natężenie jéj zależy od charakteru sprawy zapalnéj; dziecię doznaje stosownie do wieku ziębienia lub dreszczów z następném rozpaleniem skóry, ciepłota podnosi się, tętno częste, małe, brak apetytu, pragnienie, i t. p. Jednocześnie z gorączką lub po upływie kilkunastu godzin, występuje utrudnienie połykania, palenie, uczucie jakby rany w połyku, lub silny kołący ból, rozpromieniający się ku uchu. Błona śluzowa z początku zasycha, co jeszcze bardziéj utrudnia połykanie i bolesném go czyni, lubo dziecię doznając fałszywego uczucia, jakby obcego ciała, usiłuje go przełknąć pobudzając tym sposobem uczucie bólu. Przełykanie małych ilości, zwłászcza płynów trudne i bolesne, części stałe, np. mięso, chleb, i t. p., łatwiéj przesuwają się. Obficie wydzielana ślina częstokroć mimowolnie kątami ust wypływa, język obłożony białym osadem, dźwięk głosu zmieniony, mowa staje się nosową, niekiedy szczéki zaledwie na kilka linii można rozewrzeć. Badanie jamy ustnéj dokonywać należy oględnie, aby dzieciciu nie



przysporzyć bólu i nie utrudnić obejrzenia połyku uporeczywém zaciśnięciem szczęk. Przed badaniem połyku dziecię należy umieścić wprost światła, skłonić go do otworzenia ust, a jeżeli przytém wysunie język i westchnie głęboko, można dokładnie obejrzeć ściany jamy ustnej, przedstawia się zaczerwienioną, obrzmiałą, migdały gęstym śluzem pokryte, obrzmiałe i niekiedy do tego stopnia powiększone, że stykając się z sobą, obejmują obrzmiałą języczek (*uvula*), zapelniają cały przesmyk gardzielowy. Jeżeli jeden migdał ulega cierpieniu tego rodzaju, języczek zostaje zepchnięty na przeciwległą stronę. Od zewnątrz w okolicy odpowiedniej migdałom, wyczuć można bolesne twarde obrzmienie, pochodzące od powiększonych gruczołów. Częstokroć sprawa zapalna szerzy się na trąbkę *Eustachego* i jamę bębenną, zaciska otwór gardzielowy pierwszej, stając się powodem szumu i stępienia słuchu. Przy natężonej sprawie przyłączają się, po kilku dniach objawy mózgowy, zdradzając swoją obecność bólem głowy, bezsennością, majaczeniem, i t. p., które ustępują wraz z innymi objawami ze stanu ogólnego po rozejściu się zapalenia, zwykle w 8—14 dni następuje uleczenie. Skoro sprawa przybrała charakter ropiastego zapalenia, ropień pęka niepostrzeżenie, poczem następuje poprawa, którą przyspieszyć można przez wczesne jego przecięcie i wypuszczenie cuchnącej ropy. Zdrowienie w takim razie szybko postępuje.

Przewlekłe zapalenie bywa pierwotném, lub następstwem zapalenia ostrego. Wówczas objawy są mniej dokuczliwe, towarzyszą tylko mało znaczące bóle, których może nawet zupełnie brakować; wydzielina jamy ustnej nieco powiększona, mowa jednakże posiada właściwą cechę, staje się nosową, a przerośnięte migdały podtrzymują przykre objawy, wywołane zatkaniem trąbki *Eustachego*, w której niezbyt podtrzymywany zostaje. Najmniejsza w takim razie przyczyna wywołuje wzmożenie się sprawy zapalnej, przybierającej znów na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu ostry charakter. Ostre zapalenie gardziela u dzieci przemija zwykle w 5—6 dni, i jak wspomniano przechodzi w ropienie, lub przybiera charakter przewlekły, którego następstwem jest stwardnienie migdałów. Dzieci przed 3—4 rokiem życia mniej podpadają, częściej po wyrznięciu się zębów stałych,

Leczenie zależy od wieku dziecięcia. Płukania nieodpowiadają celowi, dzieci rzadko kiedy umieją czynność tę odbywać, a zaczerpnięty do jamy ustnej płyn najczęściej połykają. *Oppolzer* przeciwny jest zalecaniu ich nawet u dorosłych, jako pobudzających ból. Z tych powodów płukania zastępujemy wstrzykiwaniami najle-

pięć z zimnej wody lub naparu rumianku. W ostrym przebiegu u dobrze odżywionych, pijawki w ilości odpowiedniej wiekowi dziecięcia, zmniejszają natężenie sprawy zapalnej, pamiętając wszakże, iż dzieci szybko po upustach krwi mizernieją. Ciepłe okłady i przyparki przez rozgrzewanie głowy niechętnie są zalecane, jakkolwiek wpływać mogą na szybszy przebieg choroby. Zimna woda w ustach trzymana i kawałki lodu, oraz okłady zimne, śmiało zastosowane, racjonalnie są wskazane i lepsze dają wypadki niżeli okłady ciepłe, jakkolwiek w prywatnej praktyce z powodu przesądów są trudne do zastosowania. Zaduszanie skutkiem znacznego powiększenia migdałów, wymaga ich nacięcia właściwym do tej operacji nożykiem, lub w braku tegoż zwyczajnym bisturem, którego ostrze w większej części jest osłonięte paskami plastru lipkiego. Przy niepodobieństwie wykonania nacięcia z powodu braku umiejętnej pomocy i niespokojności dziecka, udaje się niekiedy takowe zastąpić wymiotami; zwłaszcza gdy powiększenie zależy od ropnia w migdałach, kurczowe bowiem ściągania w gardzieli wywołane wymiotami, sprzyjają pęknięciu ściśnionej ścianki ropnego ogniska. Przy objawach mózgowych, środki lekko rozwalniające, np. odwar z powideł tamarindowych, napar korzenia rzewienia i t. p. Przyżeganie saletranem srebra, obwijanie szyi ręcznikami zmoczanymi w zimnej wodzie, zapobiegają ostremu wzmaganiu się choroby; nareszcie wycięcie stwardniałych przerosłych migdałów, a to w wypadkach grożącego niebezpieczeństwa, wywołanego znacznym powiększeniem migdałów.

## 2. Rozrost migdałków. (*Hypertropia tonsillarum*).

Rozrost obu migdałów bywa niekiedy dziedziczny, i jako taki rozwija się częstokroć już w 2-im roku bez poprzedniego zapalenia. Gruczoły po obu stronach powiększone do jednej objętości wypychają przedni łuk podniebienia, zaciskają pomiędzy sobą języczek, powiększają się ku jamie nosogardzielowej, przez co głos staje się nosowym. Zmiana stosunków anatomicznych migdałków, powoduje przedłużanie trąbki Eustachiusza, skutkiem czego w uszach wyradza się szum, słuch tępieje. Zacerwienienia, bólu, i wszelkich objawów przedmiotowych towarzyszących poprzedniemu cierpieniu tu niema; cechuje się głównie stopieniem słuchu, nosowym głosem, otwartymi w ciągu dnia i nocy ustami, głośnym podczas snu chrapaniem, obrzmieniem od zewnątrz okolicy odpowiadającej migdałkom, to wszystko budzi podejrzenie, że ostatnie są punktem wyjścia objawów dopiero wspomnianych. Mniemanie najpierw przez Dupuy-

tr en a podane, jakoby choroba ta szczególnie przy zaniedbaniu leczenia miała wpływać na powstawanie tak zwanéj gęsiéj klatki piersiowej (*pectus anserinum*) jest mylne, usposabia jednakże do zapaleń gardła.

Przed okresem dojrzałości, rozrost gruczołów zwykle wstrzymuje się dobrowolnie; pomniejszają one swoją objętość, a przesmyk jamy gardzielowéj zyskuje na objętości. Dzieci tém cierpieniem dotknięte, częstokroć są wątłe i ulegają jednocześnie różnym chorobom skóry, oczów, kości i t. p.

Leczenie. Ograniczony rozrost migdałków nie wymaga działania lekarskiego, takie wypadki najlepiej pozostawić saméj naturze. Podawanie stale przez kilka miesięcy tranu, celem wpłynięcia na ogólny stan dziecka, i usuwania rozmaitych uporczywych zaburzeń natury zołzowéj, sprowadzało znaczne pomniejszenie przerośniętych umiarkowanie gruczołów. Przyżeganie saletranem srebra przez długi czas powtarzane po 2 razy tygodniowo i umiejętnie dokonywane, mogą wpłynąć na ich zmniejszenie, a tym sposobem zapobiegają operacyi. Jeżeli choroba wysoko rozwinięta, gruczoły znacznie powiększone zapychają całe gardzielowé ujęcie, stając się przyczyną utrudnionego oddechania, a nawet objawów zaduszania; wówczas wyłuszczenie migdała jest niezbędne, usuwa przykre objawy i zapobiega niepomyślnym następstwom. Operacyę najlepiej dokonać tonsillotomem *M a t h i e u ' g o*, z pomocą którego w jednéj chwili migdał przerośnięty usunięty zostaje przez odcięcie części podważonéj igiełka, ujętéj w kółeczko instrumentu. Dziecię u którego udało nam się zapobiedz strwożenia, pozwala założyć na migdał narzędzie zakończone tępém kółkiem stalowém. W niem ukryte jest ostrze, i w jednéj chwili, zanim się dziecko spostrzeże, migdał bywa nadziany i bezpośrednio odcięty, a gardzielowy przesmyk zostaje swobodny po stronie wyłuszczonego gruczołu. Czynność tę można powtórzyć i na drugim migdale, jeżeli tylko przerażone dziecko daje się uspokoić i nie zapobiega założeniu narzędzia.

Skoro pomimo wycięcia i gojenia pozostałej rany, objawy chorobne nie złagodniały dostatecznie, wycięcie drugiego gruczołu jest konieczne. W braku tonsillotoma pozostaje użycie nożyka, ujmując powiększony migdał kleszczami *M u s s e u x*. Sposób ku wyłuszczeniu mozolny, a nawet niebezpieczny, dla tego, że tętnica domózgowa leżąca od zewnątrz i z tyłu tuż przy migdale, łatwo może być skaleczoną, zwłaszcza u dzieci niespokojnych.

### 3. Ropień tylny-półkowy. (*Abscessus retropharyngealis*).

Postępując w kierunku przednio-tylnym przy badaniu anatomicznych stosunków tylnej ściany połyku, spotykamy najprzód: błonę śluzową, powięź szyjną głęboką, tkankę łączną wiotką przesuwaną się w pośrodku i pokrywającą po bokach głębokie mięśnie szyi na przedniej powierzchni części szyjowej kręgosłupa przytwierdzone, wiąz podłużny przedni kręgosłupa w linii pośrodkowej, a po bokach więzy kręgożebrowe, okostną i nareszcie same kręgi.

Po bokach zaś połyk otoczony jest częściami miękkimi, mianowicie powięzią głęboką szyi, w części gruczołem tarczowym, od którego oddzieloną jest tylko przez cienką błonkę ścięgnistą, jedynie za pomocą wiotkiej tkanki oddzieloną od blaszki głębokiej powięzi szyjnej. Siedliskiem cierpienia o którym mowa, zwykle bywa tylna ściana.

Tkanka łączna dopiero wspomniana, mieszcząca się pomiędzy połykiem i kręgami szyjowymi, ulega częstokroć u dzieci zapaleniu ropnemu, które może mieć punkt wyjścia w zapaleniu gruczołów chłonicznych, przyległych połykowi, lub w próchnieniu kręgów szyjnych. B o k a j zasadzając się na sposobie powstawania, różni 3 rodzaje ropni zdarzających się na tylnej ścianie połyku:

a) s a m o i s t n e, z zapalenia gardziela i otaczającej tkanki łącznej;

b) n a s t ę p e z e, skutkiem ropienia zapalonych gruczołów chłonicznych szyjowych;

c) j a k o p o w i k ł a n i e z próchnieniem kręgów szyjowych.

Pierwszym objawem we wszystkich trzech rodzajach jest ból w przełyku powolnie wzmagający się, do czego zwykle przyłącza się pewna sztywność przy poruszeniu głową, bez zewnętrznych chorobowych objawów na tych częściach. Głos przybiera dźwięk nosowy a badanie jamy ustnej, wykazuje zmniejszenie objętości jamy gardzielowej, zaczerwienienie tylnej jej ściany i niejednakowe z obu stron oddalenie od łuków podniebieniowych. Z postępem choroby, sztywność szyi występuje wybitniej, dzieci nachylają głowę stale ku tyłowi, aby ułatwić oddechanie, gdyż takowe zostaje bardzo utrudnione, skoro podbródek zbliży do mostka. Po za kątem szczęki dolnej, szyja mniej lub więcej obrzmiewa. Ze stanu ogólnego dołącza się gorączka, niespokojność wzrasta z każdym dniem w miarę powiększania się ropnia. Choroba w najwyższym swoim rozwoju wiąże się z niemożnością przełykania i wielkim utrudnieniem oddycha-

nia, połączonego z głośném chrapaniem, wyraz twarzy maluje przykre cierpienia. Chrapanie towarzyszące wówczas oddychaniu, różny posiada charakter od chrapania towarzyszącego dławcowi, z którąto chorobą w pierwszej chwili zamienić można, zwłaszcza, że i tu istnieje utrudnienie mowy i głos bez dźwięku.

Jama ustna ciągle jest pełna śluzu, ściana tylna gardzieli ustępuje pod palcem, dając uczucie mniej lub więcej wydatnego chełbotania.

Ropień dosięga częstokroć aż do łuków podniebienia miękkiego, zdając się być nim pokryty. W razie jeżeli sięgnie głęboko ku dołowi uciska kość gnykową i krtań ku przodowi lub na bok. Po pęknięciu zaś lub otworzeniu ropnia, wypływa obficie ropiasta jego zawartość, poczem ustępują wszystkie objawy. Cytują wypadki zaduszenia ropą, która dostała się podczas snu do krtani, po nagłym pęknięciu ropnia.

Drugi rodzaj bierze początek w zapaleniu i ropieniu gruczołów szyjowych chłonicznych, przyległych połykowi, z których jednę są mniej lub więcej powiększone, inne zaś uległy zropieniu.

Trzeci nareszcie rodzaj najczęstszy u dzieci, poprzedzany bywa objawami zapalenia kręgów szyjowych, przeciągającemi się kilka miesięcy, mianowicie bólem w części szyjowej kolumny kręgowéj, bolesnemi a utrudnionemi ruchami głowy, zwieszaniem jéj ku tyłowi, ściąganiem ramion ku górze, oraz zgrubieniem lub zmianą kształtów zaatakowanych kręgów.

Co się tyczy r o k o w a n i a, to w formie samoistnego ropnia zwykle jest pomyślne. Jeżeli występuje jako powikłanie z zapaleniem gruczołów szyjowych, należącym do codziennych chorób wieku dziecięcego, nader rzadko zdarzają się tego rodzaju ropnie gardzielowe, któreby się powtarzały; rokowanie takich ropni zawsze jest wątpliwe. Przy próchnieniu zaś kręgów szyjnych, uważać można chorobę tę za śmiertelną.

L e c z e n i e. Dopiero po otworzeniu się ropnia, rozpoznanie jest niewątpliwe; z tego powodu mało spodziewać się można od środków przeciwzapalnych, pijawek, okładów lodowych, środków oczyszczających, jak również od wpływających na rozejście się zapalenia, jak maść rtęciowa, maści jodowe lub także nalewki, przyparki i t. d.

Kawałki lodu dawane starszym dzieciom, sprawiają im wielką ulgę przez swą własność ściągającą i łagodzącą ból. Skoro o obecności ropnia niema wątpliwości, należy go koniecznie zaraz otworzyć, i tém usunąć bolesne objawy. Jeżeli równocześnie cierpi kolumna kręgową, o czém niezawsze łatwo się przekonać, radzi służyć B a m-

berger, aby wstrzymać się z otworzeniem do chwili rzeczywistego niebezpieczeństwa, z uwagi, że przystęp powietrza przyspiesza zwykle rozwój sprawy próchnienia i zniszczenia kręgów. W podobnych wypadkach leczenie ogranicza się na spokojnym leżeniu kilkomiesięcznym na plecach. Zarazem starać się trzeba o ile można o utrzymanie sił, później zaś aby zgrubiałą część usiłować sprowadzić do pierwotnej objętości, przez środki pobudzające wchłonięcie utworzonych chorobnie wyplądów i przez środki wzmacniające. Jodek żelaza w podobnych wypadkach bardzo jest do zalecenia.

### Zapalenie przełyku. (*Oesophagitis. Dysphagia inflammatoria*).

Prawie wszystkie choroby w jamie ustnej na błonie śluzowej zdarzające się, przy sprzyjających warunkach rozszerzać się mogą na błonę śluzową przełyku aż do wpustu żołądkowego. Na wspomnienie zasługuje zapalenie nieżytowe, błonicowe, z utworzeniem krost, owrzodzeń, zapalenie tkanki łącznej podśluzowej i zapalenia wywołane ciałami żrącymi; niektóre z tych form chorobnych wikłają się z nagromadzeniem grzybków (*oidium albicans*) na powierzchni błony śluzowej, wysiękającej przełyk. Najczęstszymi zaś zaburzeniami są te, które wywołane bywają przez ciała żrące i obce ciała działające mechanicznie. U dzieci przed ukończeniem 1-go roku zdarzają się nader rzadko, co zawdzięczają sposobowi żywienia. Dopiero u dzieci starszych, zwykle powierzonych opiece piastunek, częściej bywają napotykanie przypadkowe wnikięcia szkodliwie działającego ciała do przełyku; lecz takie dzieci nie umieją zdać sprawy ze swojego stanu i jeżeli niema na dostępnych dla oka częściach szkodliwej substancji, lub przynajmniej następstw jęj działania, trudno częstokroć odgadnąć rzeczywistą przyczynę niepokojących objawów, która jednakże u starszych łatwiej może być odkryta.

**Zmiany anatomiczne.** W zapaleniu nieżytowém ostrém, występuje żywe zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej, powierzchnia jęj dość grubą warstwą śluzu pokryta. W formie przewlekłej zgrubienie błony, szczególniej w trzeciej dolnej części, barwa szarawa, łupkowa, a niekiedy brunatna, powierzchnia także grubą warstwą śluzu powleczone. Jeżeli sprawa dłużej trwa, następuje zgrubienie nie tylko błony śluzowej, lecz także mięsnej, światło przełyku zmniejsza się, powodując z wężenie, nad którym skutkiem zwięczenia ścian i rozpychania stałymi pokarmami, z trudnością przez miejsce zwiężenia przesunąć się mogącami, następuje rozszerzenie. Na szczęście tego rodzaju następstwa właściwsze są osobom starszym, u dzieci zaś do wyjątków należą.

Przy zapaleniu błonnicowym błona śluzowa jest ciemno-zaczerwieniona i pokryta płatkami białawymi na mniejszej lub większej przestrzeni. Zapalenie wywołane działaniem emetyku użytego w większej ilości, cechuje się z początku czerwonoccią, lecz później wznoszą się ograniczone pęcherzyki, wypełnione ropiastą cieczą, krosty z czasem pękają, zostawiając głębokie owrzodzenia, i te ostatnie mogą mieć inny początek w przełyku, i bywają powierzchowne lub głębsze; niekiedy utrata tkanek zapuszcza się do warstwy mięsnej i tkanki łącznej otaczającej takową. Przy zapaleniu tkanki podśluzowej, wyradza się zgrubienie ścian przełyku z właściwymi sobie następstwami, lub w razie ostrego przebiegu, sprawa przybrać może charakter ropiastego zapalenia. Ciała żrące niszczą tkanki, zostawiają strupy czarne lub ciemno-brunatne, okoliczne części zaczerwieniają się, brzmieją. Po odpadnięciu strupów wrzody czasami wypełniają się ziarniną, następnie blizną, która wywołać może ograniczone zwężenie.

**O b j a w y.** Tylko przez starsze dzieci podane, za prawdziwe poczytać można; uskarżają się na strzelający ból lub palenie części szyjowej i piersiowej przełyku pomiędzy łopatkami lub w górnej części okolicy żołądka przy wyrostku mieczykowatym. Połykanie nawet najpłynniejszej cieczy i w małej ilości nie obejdzie się bez bólu, a względnie do jego natężenia wywołuje głośnie wydobywanie się z żołądka gazów lub wymioty. Utrudnienie w połykaniu najwydatniej uczuć się daje przy pozycji leżącej ciała, gdyż podczas wygięcia głowy w tył, przednia ściana kręgosłupa tworzy wypukłość w jamie połyku. Niemniej przykry objaw stanowi zwiększona chęć do picia, dziecię pragnie napoju z powodu uczucia palenia w dołku, ale unika go całymi dniami, chcąc uchronić się od przykrzejszego uczucia, jakie mu sprawia przełykanie.

**P r z y c z y n y.** Oparzenie wodą gorącą, nadżarcie ługiem, stężonymi kwasami, emetykiem i t. p., są najczęstszymi przyczynami zapalenia przełyku; w takich razach rozpoznanie nie następuje trudnością gdyż na ustach i w jamie ustnej pozostają zmiany, wywołane oparzeniem lub działaniem środków żrących. Zablźnienie tym sposobem powstałych wrzodów następuje bardzo powolnie, z powodu rozciągania się przełyku podczas przesuwania się pokarmów do żołądka i częstokroć staje się powodem zwężeń znacznego stopnia czasami się gojących. Odłamki kostne śpilki, igły, ości rybnie, lub niezręczne usiłowanie wydalania podobnych przedmiotów kolezystych lub ostrokończastych utkwionych w przełyku, mogą stać się powodem bardzo przykrych objawów.

**L e c z e n i e** w cięższych wypadkach może być racjonalnie wskazane, lżejsze zaś częstokroć nie zostają rozpoznane. W razie utkwie-

nia obcych ciał, od których zapalenie bierze początek, kierować się należy wedle zasad chirurgii; jednakże wydobyć obcego ciała jest szczęśliwym trafem, nie mogąc oznaczyć miejsca i sposobu utkwienia tegoż. Ciała w wodzie rozmiękające (kęsy chleba, twarde cukierki, nawet gładkie kawałki drewniane), mogą przesunąć się do żołądka, po mniej lub więcej długim przeciągu czasu pozostawania ich w przełyku. Im dłużej ciało obce pozostaje utkwione, tém zapalenie i obrzmienie połyku dosięga wyższego stopnia. Świeże wypadki nadniszczenia kwasami lub gryzącymi alkaliami, wymagają odpowiednich przeciwtrucizn zobojętniających ich działanie niszczące, następnie środków łagodzących. Jeżeli już pewien przeciąg czasu upłynął od chwili podziałania środków w gryzących, ograniczyć się należy na podawaniu wody lodowej, lub małych kawałków lodu. Środki wewnętrzne nie prowadzą do celu, lubo Oppolzer zaleca środki ściągające (*zinc. sulphuricum*) z makowcem, a gdy towarzyszy silny ból w okolicy szyi, pijawki i zimne okłady. W podobnym wypadku Vogel zaleca ciepłe okłady na szyję i makowiec do wewnątrz w ilości odpowiedniej do wieku: 2-letniemu dziecku kroplę nalewki makowcowej, 3-letniemu dwie krople i t. d. — Zwężenia usuwać i zapobiegać im należy zapuszczeniem coraz grubszych zgłębników przełykowych. Niemniej ważnym jest sposób żywienia: skoro chore dziecko może przełykać, należy podawać pokarmy płynne, w przeciwnym razie użyć należy zgębnika przełykowego, za pomocą którego wpuszczać potrzeba płynne lecz pożywe pokarmy do żołądka lub przez odbytnicę pod formą lewatyw. Przy owrzodzeniach przewlekłych zalecano rozmaite środki; stosowanie ich jest zbyteczne, a głównem tu będzie zadaniem należyte odżywianie.

##### 5. Wrodzona przetoka szyi (*Fistula colli congenita*).

Należy do rzadkości i przez małą ilość lekarzy była spostrzeżaną. Dotyczy wypadków, w których zewnętrzne jęj ujście znajdowało się w okolicy bocznej na pół cala od obojczyka i stawu obojczyko-mostkowego, ujście wewnętrzne mieści się w połyku obok nakrywki głośni lub w jęj pobliżu, przetoka ślepo kończy się; wydzielinę jęj stanowi śluz, uwydatnia się podczas żucia i połykania, wstrzyknięta woda w przetokę, pobudza do ruchów połykowych. Leczenie za pomocą przyżegań okazało się dotąd bezskuteczne.

#### D. Żołądek i przewód kiszkowy.

Choroby przewodu pokarmowego, obejmują wszystkie nieprawidłowości jamy ustnej, gardzielowej, przełyku, żołądka i kiszek. O pierwszych trzech mówiliśmy powyżej, tu zaś zastanówić się wypada nad zaburzeniem części przewodu umieszczonej w jamie brzucha. Tak-



we zwykle w dziecięcym organizmie są pierwotnym cierpieniem, a rzadko kiedy następstwem innych chorób; owszem stanowią najczęstsze, źródło zmian anatomicznych rozmaitych narządów, np. mózgu i jego opon, płuc i innych, wpływając częstokroć na zmianę prawidłowego układu krwi.

W obecnym stanie nauki opisy chorób żołądka i kiszek u dzieci pozostawiają jeszcze pole do badania; przyczyna tego tkwi w trudności badania. Łatwe przejście jednych form chorobnych w drugie, jednoczesne wystąpienie ostrych i przewlekłych spraw, niedokładne zeznanie towarzyszących objawów, a częstokroć niemożność ocenienia zachodzących zmian anatomicznych, jeszcze więcej utrudnia ściśle zapoznanie i ocenienie natury choroby z jaką przychodzi walczyć. Przy oznaczaniu rodzaju choroby w przewodzie kiszkowym, nie powinno być pominięciem to, co może posłużyć do wyjaśnienia jej natury. Doświadczenie uczy, że dzieci dotknięte chorobami kiszek, niekiedy posiadają do ostatniej chwili chęć do jadła, co bezwzględnie wpływa na ilość i jakość wypróżnień stolcowych. Od rodzaju pokarmu zależy ich barwa, stan skupienia; nie na mniejszą uwagę zasługuje woń, sposób oddawania, ilość stolców i t. p. Badania pośmiertne przez rozmaitych pediatrów wykonywane, przekonywają, że biodrowe jelito (*ileum*), okrężnica (*colon*) i odbytnica (*rectum*), są najczęściej siedliskiem zmian anatomicznych przy zaburzeniach w przewodzie kiszkowym u dzieci, rzadziej częste jelito (*jejunum*), dwunastnica (*duodenum*) i kiszka ślepa (*coecum*); niekiedy jednocześnie ulegają cierpieniu pewne części przewodu. Ostry nieżyt zajmuje częściej częste i biodrowe jelito, przewlekły zaś, oraz sprawy wysiękowe i z owrzodzeniem wikłające się, atakują przeważnie część zstępującą okrężnicy i kiszkę prostą. Ze wszystkich spraw chorobnych nieżyt jest najczęstszym i groźnym cierpieniem, podobnie jak u dorosłych bywa ostry lub przewlekły, samoistny lub na, stępczy czyli tak zwany symptomatyczny, o czym szczegółowo poniżej.

Ponieważ w rozmaitych chorobach żołądka i kiszek częstokroć spotykamy się z jednymi i temiż samymi objawami mianowicie: niestrawnością (*dyspepsia*) wilczym apetytem (*bulimia*), wymiotami (*vomitus*), wietrznicą i kolką brzusznią (*flatulentia et colica abdominalis*), biegunką (*diarrhoea*), i zatrzymaniem wypróżnień stolcowych (*obstipatio*); z tego powodu wypada nad nimi szczegółowo zastanowić się, zanim przystąpimy do szczegółowego opisu pojedynczych form które, wówczas więcej ze strony patologiczno-anatomicznej właściwem będzie opisać.

#### a) Niestrawność. Utrudnienie trawienia (*Dyspepsia*).

Pod tą nazwą rozumiemy zmniejszoną lub zupełnie zniszczoną chęć do jadła; w pierwszym wypadku dziecko nabiera wstępu do zwykłych po-

karmów, przyjmuje tylko ulubione, które stosunkowo w małej ilości pożywa. Stan ten polega na zmianach zachodzących w przewodzie pokarmowym. U osób dorosłych, przy oznaczeniu rozmaitych chorób zmniejszona chęć do przyjmowania pokarmów, stanowi jeden z najważniejszych i częstych objawów; w wieku dziecięcym zaś zwykle nie możemy o jego mierze mieć pojęcia z zeznań podanych przez dzieci lub dozorujące osoby, przy badaniu zatem nie dać się zbywać krótkiej mi i ogólnikowymi odpowiedziami, lecz o zmniejszonym apetycie wnosić należy z ilości i jakości spożytych pokarmów, obejrzeć naczynie z którego dziecko jadło, o ile to naczynie było napełnione, wiele spożytym z niego zostało, i t. p. Po ocenieniu tych momentów można wywnioskować ile dziecko skutkiem nadużycia w ilości przyjętego pokarmu, częstokroć niewłaściwego wiekowi swojemu, wpłynęło na powstanie zaburzeń ze strony żołądka.

Bamberger w swoim dziele: „*Lehrbuch der Krankheiten des chylopoetischen Systems*,” przyjmuje cztery rodzaje niestrawności:

- 1) ze zmian anatomicznych narzędzi trawienia,
- 2) ze zбочeń jakościowych w wydzielinach tychże narzędzi,
- 3) z zaburzeń w układzie nerwowym, będących również przyczyną rozmaitych zбочeń trawienia przy różnych chorobach; nareszcie
- 4) rodzaj niestrawności bywa wywołany przez podrażnienie niewłaściwymi dla dziecięcia pokarmami, lub spożytymi w nieodpowiedniej ilości.

Wszystkie wymienione rodzaje zdarzają się tak u dorosłych jak i w dziecięcym wieku, najrzadszym jest pierwszy, drugi zaś bardzo częsty i towarzyszy głównie zwiększonej wydzielinie kiszek (biegunce). Trzeci rodzaj spotykany bywa przy ostrych gorączkowych chorobach, stanowiąc poniekąd miarę przy oznaczeniu natężenia i trwanie rychłe. Jedną z najczęstszych chorób wieku dziecięcego szczególnież u niemowląt sztucznie żywionych, jest dyspepsia z dyetetycznych błędów. Pomiędzy rzeczonymi czterema rodzajami ścisłych granic oznaczyć niemożna, zostają one z sobą w ścisłym związku i od siebie są zależnemi.

Przy dyspepsyi, trawienie podupada, wyradzają się miejscowe i ogólne zaburzenia, pokarmy niestrawione i zalegające przez dłuższy czas w żołądku, skutkiem rozkładu wywiązują gazy, posiadające niezbyt wydatną woń, podobną do woni spożytego pokarmu, i takową odróżnić należy od czystego atmosferycznego powietrza wnikającego do żołądka wraz z połykanymi pokarmami i napojami. Żołądek jednakże nie jest pracownią owych gazów, wytwarzają się one głównie w przewodzie kiszkowym, powodują jego rozdęcie, a ztąd ból brzucha

przy uciskaniu, lub przy ruchach ciała, znikający zwykle po usunięciu się znaczniejszej ilości wytworzonych gazów.

Starsze dzieci doznające niestrawności, częstokroć uskarżają się na uczucie ciśnienia, pełności, nawet bólu w okolicy żołądka, i bólu w okolicy czołowej lub szczytu głowy objawiającego się w różnym natężeniu. Zwykłym następstwem dyspepsy, szczególnie błędami dyetycznymi wywołanej, są wymioty; po usunięciu się zawartości drażniących i zalegających w żołądku, objawy miejscowe jak i ogólne ustępują, i dziecię w krótkim czasie wraca do zdrowia, lub też do wymiot przyłącza się biegunka, dziecię w przeciągu doby kilka do kilkunastu razy wyrzuca zawartości z przewodu pokarmowego, różniące się nawet w ciągu jednej doby tak we własnościach chemicznych jak i fizycznych. Kolka hrzuszna (*colica flatulenta*), grzybki (*soor*), pleśniawki (*aphthae*), niezbyt oskrzeli (*bronchitis*), by wają najczęstszemi powikłaniami dyspepsy występującej częstokroć wśród przebiegu ważniejszych chorób. Trwa nie jój zależy od natężenia i podtrzymywania się szkodliwego wpływu

**Leczenie.** Stosownie do przyczyny leczenie będzie radykalne, przeciwko objawowe, lub tak zwane wyczekujące. W wielu razach przyczyna jest trudną do odgadnięcia, wówczas postawienie racjonalnych wskazań wiele też napotyka trudności. Niezbędnym warunkiem w leczeniu dyspepsy jest zachowanie ścisłej dyety; jakakolwiek byłaby przyczyna niestrawności, skutek jój zawsze jeden, to jest upośledzenie trawienia, z tego powodu wszelki nowy przybytek pokarmów zwłaszcza stałych podtrzymuje chorobę.

Ponieważ dyspepsya zależy od nieprawidłowego stanu błony śluzowej przewodu pokarmowego, brak apetytu, który jest tegoż głównym następstwem, utrzymywać się będzie, dopóki zaburzenia w tejże błonie zachodzące nie zaczną się wyrównywać. Niestrawność polegająca na zboczeniu wydzieliny, daje się częstokroć usunąć w krótkim przeciągu czasu po zastosowaniu odpowiednich środków. U dzieci sztucznie karmionych często zdarza się, że skutkiem żywienia pokarmami dla wieku dziecięcia niewłaściwemi, sok żołądkowy daleko jest kwaśniejszy niż u karmionych mlekiem niewieścim, a chociaż dyeta później uregulowaną została odpowiednio do wieku dziecięcia, to wydzielany sok w większej ilości jeszcze się wypładza, powodując niestrawność i wymioty bez podziałania nowój od zewnątrz przyczyny. Taki stan żołądka usuwają środki alkaliczne, jak węglan potażu, węglan potażu, węglan sody, odpowiedniejsze od zalecanych dawniej raczych oczów (*lapides cancrorum*).

Wybór jednego z tych środków zobojętniających jest dowolny—wszystkie trzy wysycają w jednakowy sposób nadmierną ilość zbytecznie kwaśnego soku, a zadawane przez parę dni w odpowiedniej

wiekowi dziecięcia ilości, ułatwiają uregulowanie czynności błony śluzowej w przewodzie pokarmowym, zatem sprawę trawienia i wracają chęć do przyjmowania pokarmów.

Dyspepsya zależna od chorób gorączkowych, nie wymaga oddzielnego postępowania lekarskiego, które przeciwko głównej chorobie skierowane być winno. Dzieci w tym względzie posiadają może bystrzejszy instynkt niżeli dorośli, unikając w czasie trwania gorączki wszelkich pokarmów, a nawet napojów zawierających części azotowe (rosół, mleko, zupy), łakną jedynie zimnej wody czystej, którą przekładają nad wszelkie zaprawne napoje. Otóż przy niestrawności, zależnej od choroby gorączkowej, której jest jedynym z najpierwszych objawów, nie należy oddzielnie występować, gdyż wszelkie środki wskazane przeciwko dyspepsyi obecnością gorączki, mogą być przeciwskazywane. Znajdują się jednakże zwolennicy zadający w podobnych wypadkach emetyk w małych dozach, korzeń ipeki, sole średnie, kwasy i t. d., które dłużej podtrzymują zaburzenia w trawieniu, niżeli trwa gorączka, wpływając na przedłużenie się okresu zdrowienia (*convalescentio*). Niestrawność wywołana przez podrażnienie błony śluzowej żołądka niewłaściwymi dla wieku dziecięcia pokarmami lub ich nadmierną ilością, wymaga najściślejszej diety; ograniczyć się należy na kleiku, naparze rumianku, lub nasienia kopru z małą ilością mleka, następnie zaś zachować ogólne prawidła żywienia dzieci. Przy tego rodzaju podrażnieniu błony śluzowej żołądka, chlorek 2-rtęci w małych dawkach po  $\frac{1}{8}$  grana, 2—3 razy dziennie podawany bardzo pomyślnie daje wyniki, pobudza kilka mniej lub więcej gęstych zielonawych stolców, zmniejsza wzdęcie brzucha, dziecię uspakaja się, zasypia, poczem trawienie wraca do stanu prawidłowego.

### b) Wilczy apetyt

(*Bulimia. Polyphagia. Fames canina*).

Chorobliwe zwiększenie chęci do jedzenia może być następstwem nawyknienia lub sposobu żywienia dzieci przeciwnego przepisom dietyki, częściej jednakże występuje jako objaw wśród najrozmaitszych stanów chorobnych, głównie przy obecności wewnątrzaków w przewodzie pokarmowym, rozroście gruczołów chłonicznych i przewlekłych chorobach mózgu. Zwiększenie nieprawidłowe apetytu trwające przez pewien przeciąg czasu po chorobach obłożnych, mianowicie po tyfusie, i po zapaleniach rozmaitych narządów, pociągających znaczne wyniszczenie ustroju, nie może tu być zaliczane, jako niebędące objawem

samój choroby, lecz tylko następstwem, wynikającym z usiłowania natury celem zastąpienia zanikłych tkanek nową materją. W innych nareszcie wypadkach dzieci stają się żarłocznymi mimo niemożności dopatrzania jakichkolwiek zaburzeń w ich ustroju. Jedzą prawie bezprześcześnie, chętniej łakocie, nie gardzą jednakże surową marchwią, burakami, zieleninami i rozmaitego rodzaju korzeniami, czarnym chlebem, słowem pokarmem jakimkolwiek mogącym wypełnić rozdęty żołądek. Takie dzieci chociaż spożywają znaczną ilość pokarmów nie zyskują więcej na wadze od umiarkowanie jedzących, są częstokroć mizerne, blade, oddają obfite cuchnące stolce i leniwo rozwijają się. Przy badaniu pośmiertném spotykamy znacznie rozdęty żołądek, ściany zgrubiałe, oraz zmiany anatomiczne zachodzące w rozmaitych narządach.

**Leczenie** skierowane być winno przeciw głównej przyczynie; przy obecności wewnątrzaków w przewodzie pokarmowym, środki przeciw wewnątrzakowe (*anthelmintica*). Przy chorobach mózgu mianowicie (*hydrocephalus chronicus*), lub rozroście gruczołów kreskowych, towarzyszący wilczy apetyt trudny do usunięcia, i usiłowania nasze zwykle pozostają bez skutku. W takich razach ograniczyć się należy na zastosowaniu diety pożywniej, podawać łatwo strawne łagodne pokarmy, co również będzie właściwém przy żarłoczności powstałej z nawyknięcia

### c) Wymioty (*vomitus*).

W dziecięcym wieku są innego znaczenia od wymiotów osób dorosłych, to szczególniej odnosi się do niemowląt, u których wymioty należą do bardzo częstych objawów. Po nassaniu się lub przyjęciu obojętnego napoju, ssawcy wesołe i spokojne, bez zmiany w rysach twarzy i bez żadnych następstw, wymiotują przyjętym pokarmem, zwłaszcza gdy będą bujane lub kołysane.

Przyczyna tego tkwi w anatomicznych warunkach, żołądek w wieku niemowlęcym prawie zupełnie dna (*fundus ventriculi*) pozbawiony, podczas ruchu robaczkowego nie może utrzymać zawartości usuwającej się ku wpustowi żołądka, a przez nieobecność dna nie mając gdzie się schronić, wraca przez jamę ustną na zewnątrz. Wyrzucane przez wymioty masy złożone są z płynnego jeszcze lub ściętego mleka, w innych razach wyrzucany bywa płyn żółtawy lub zielonawy od przymieszki żółci. Przyjęte mleko zwykle w części zwróconem zostaje, reszta ulega przeróbce, przesuwają się do kiszek i wessaną zostaje na korzyść ustroju. Wymioty tego rodzaju zdarzają się zwykle u ssawców, sztucznie karmione podlegają także dość często wymiotom, lecz takowe są poprzedzane niedomaganiem, senu-

ścią, nawet poruszeniem gorączkowym, poczem dopiero występują wymioty połączone z krztuszeniem, przy współdziałaniu tłoczni brzusznej; dłużej trwając sprowadzają głębsze zaburzenie w układzie trawienia i wychudnięcie. Wyrzucone masy wymiotne u dzieci sztucznie żywionych składają się ze szczątków spożytych pokarmów, ściętego twarogu, papki, i t. p. pomieszanych ze śluzem kwaśno oddziaływającym. U starszych dzieci wymioty najczęściej pochodzą z błędów dyetetycznych, poprzedzane są wydobywaniem się cuchnących gazów z żołądka, niespokojnością, utratą chęci do przyjmowania pokarmów, pragnieniem napoju, uczuciem gnecenia lub bólu w okolicy żołądka, bólem głowy, i t. p.; usunięcie zalegających mass w żołądku siłami natury lub sztucznie pobudzonemi wymiotami usuwa dalsze następstwa, dziecię wpada w głęboki sen, poczem budzi się od razu zdrowe lub téż pozostaje jeszcze lekki niezbyt żołądka, ustępujący po krótkim przeciągu czasu zwłaszcza przy zastosowaniu odpowiednich środków. Ostre gorączkowe choroby, tyfus, zapalenie płuc, opłucnej, ostre wysypki skórne, wnikięcie wnętrzaków do żołądka, wikłają się zwykle z wymiotami niestrawionych mass z powodu zaskoczonej gorączki lub rozdrażnienia ścian żołądka, lecz wymioty tego rodzaju, poczynać należy za zbawienne; sprawiają nawet ulgę przez pozbawienie żołądka zawartości, które obecnością swoją mogłyby stać się przyczyną wzmożenia się głównej choroby. Wymioty jako objaw chorób mózgowia, zwłaszcza ostrych (*meningitis, commotio cerebri, hydrocephalus acutus*) występują bez nudności i krztuszenia, jak to bywa u dzieci zdrowych, lecz wśród chorób mózgowia stanowią bardzo niepomyślny objaw. Nareszcie mogą występować przy rozmaitych zaburzeniach w ważniejszych narządach ustroju, a znaczenie ich zależy od rodzaju cierpienia, w którym okazały się. Wiadomo jak często u dzieci znajdują się glisty (*ascaris lumbricoides*) w przewodzie pokarmowym, i te dostawszy się do żołądka, (co u dzieci, nie mających roku bardzo rzadko, u starszych zaś dość często się zdarza), drażnią ściany żołądka; wywołują wymioty, przez pobudzenie ruchu przeciwbaczkowego w ścianach żołądka.

**Leczenie** womitów u dzieci skierowane być winno przeciwko przyczynie, dopóki umiarkowane wracanie się wyssanego przez niemowlę pokarmu nie wpływa na odżywianie, możemy się zachować biernie. W przeciwnym razie, zwłaszcza gdy ilość wyrzucanego mleka jest znaczniejsza, należy ograniczyć podawanie pokarmu, przez skrócenie do połowy czasu ssania, starając się łagodnie dziecię uspokoić, bez bujania na rękach lub kołysania. Tym sposobem częstokroć udaje się zapobiec obfitym i zbyt częstym wymiotom, w przeciwnym razie

przed podawaniem piersi, dobrze jest napoić dziecię kilkoma łyżeczkami tegoż naparu rumianku nie osłodzonego.

Womity u dzieci żywionych z garnuszka prawie zawsze są objawem utrudnionego trawienia, są jednakże łatwe do usunięcia przez zastosowanie węglanu potażu, lub węglanu magnezyi, obok diety umiejętnie przeprowadzonej. Przy jednoczesnem zajęciu kiszek, zdradzającym się biegunką, takową wprawdy powstrzymać należy, zanim spodziewać się można uśmierzenia wymiotów.

W tym celu ze wszystkich próbowanych środków chlorek 2-rtęci (*calomel*), 2—3 razy dziennie po  $\frac{1}{6}$  grana podawany, najlepsze oddaje usługi. W razie potrzeby wywołania sztucznych wymiotów przy obecności drażniącego bodźca w żołądku, gdy dziecko niespokojne doznaje obawy, starać się należy unikać środków pobudzających womity, zastępując je mechaniczną czynnością, którą Vogel wykonywa następującym sposobem: koniec palców obydwóch rąk opiera na przedniej ścianie brzucha nad pępkiem i naciska stopniowo coraz silniej ku okolicy żołądka, obracając jednocześnie ręce około osi podłużnej; pobudzone tym sposobem skurcze żołądka pobudzają wymioty, które jeżeli za pomocą tego rękoczynu nie nastąpią, łechcze podniebienie miękkie końcem palca wprowadzonego w jamę ustną. Bezskuteczność i tego środka świadczy, że żołądek jest wolny od drażniącego bodźca, pobudzającego womity i wszelkie środki wymiotne apteczne, a szczególnie emetyk, nie doprowadzi do pożądanego celu. Jednakże w razie trwania objawów wymagających koniecznego pobudzenia wymiotów, gdy wspomniane mechaniczne działanie nie wystarcza, podać należy 4—8 gran proszku korzenia ipeki, które jeżeli nie pobudzają wymiotów, można być pewnym, że żołądek jest wolnym od zalegającej zawartości, a silniejsze środki wymiotne więcej mogłyby zaszkodzić niż pomódz. Wymioty wywołane wstrząśnieniem mózgowia z przyczyn traumatycznych, wymagają chirurgicznej pomocy, jeżeli zaś stanowią objaw innej choroby mózgowej, zwykle trudne są do powstrzymania a nawet ograniczenia, ich częstość i obfitość wyrzucanych mass zależy od natężenia i okresu choroby mózgowia, której objaw stanowią.

d) Wietrznica (*Flatulentia*) i kolka brzuszna (*Colica abdominalis*).

Powstają z nagromadzenia się gazów w przewodzie pokarmowym, niemogących usunąć się odbytem. Wówczas żołądek i kiszki rozdymają się, ściany brzuszne zostają naprężone, a w miarę szybkości

z jaką objaw ten wzmagą się, przy ostrym przebiegu nazywamy: *meteorismus*, przy powolnym *flatulentia*, albo *tympanitis*.

Przy czyny. Zwiększanie wydzieliny błony śluzowej, żołądka i kiszek, użycie pokarmów, łatwo ulegających chemicznemu rozkładowi, mącznych, nadpsutych owoców, i t. p. Dzieciom niżej roku mającym podawane pokarmy mianowicie: mleko, supki, chleb i mączne, nie wywołują wzdęcia brzucha, jeżeli przewód pokarmowy fizjologicznie swoje czynności odbywa. Skoro jednakże przyłączy się biegunka, już trudno rozstrzygnąć czy wzdęcie kiszek jest następstwem rozkładu spożytych pokarmów lub zwiększenia się ilości wydzieliny przewodu kiszkowego. Wstrzymanie oddawania kału może być również przyczyną wzdęcia brzucha. W chorobach gorączkowych np. tyfusie, ostrym wysypkach i t. p. występuje *meteorismus*, z powodu zmniejszonej kurczliwości warstwy mięsnej w ścianie żołądka i kiszek.

Z mechanicznych przyczyn (rąk żołądka i kiszek, zaciśnięte przepukliny, zwężenia kiszek, blizny, skręcenia), które u osób dorosłych są dość częstym powodem niebezpiecznego nagromadzenia się gazów, u dzieci starszych rzadko, u saawców zaś wcale nie bywają napotymane.

Co się tyczy morzyska czyli tak zwanój kolki brzusznej (*colica* ή *Χωλική νόσος*, rznienie brzucha), pod tą nazwą rozumiemy ból w ścianach kiszek siedlisko mający; występuje napadami z mniejszym lub większym natężeniem, względnie do rodzaju choroby, której stanowi jeden z objawów. Towarzyszy on rozmaitym chorobom narządów brzusznych, jednakże przyłącza się stale przy wzdęciu, wywołaném przez nagromadzenie się gazów w kiskkach. Morzyszko częstokroć pobudzoném bywa także przez przeziębienie, zwłaszcza zamoczenie nóg, lub obecnością znaczniejszej ilości wnetrzaków, mała zaś ich ilość nie wywołuje bólu brzucha. Nareszcie w niektórych wypadkach, pojawia się on pomimo braku jakiegokolwiek zaburzenia, w przewodzie kiskkowym dającego się wysłedzić.

Objawy. Wietrznica (*Flatulentia*) cechuje się powiększeniem objętości brzucha, odnoszącém się do całej powierzchni przedniej i bocznych jego ścian, lub ogranicza się na mniejszej lub większej przestrzeni w górnej lub dolnej jego okolicy, stosownie czy kiszki grube lub cienkie gazami wypełnione zostały. Granice te nie są stałymi, gazy bowiem zmieniają siedlisko, przesuwiają się z jednej pętli kiskkowej w drugą, a wówczas przed chwilą zajęta okolica wzdęta opada, gdy inna odpowiednia miejscu usunięcia się gazu wznosi się. Jeżeli gazy rozdymają kiszki cienkie, dolna część brzucha zostaje jakby



zaostrzoną, gdy przy rozděciu kiszek grubych rozszerza się i więcéj płaskie przyjmuje wejrzenie, co może mieć miejsce przy niejednostajnej elastyczności i kurczliwości ścian kiszek. W przeciwnym razie ściśle ograniczenie i tu jest niepodobnym, gdyż gazy zajmują przeważnie jedną lub drugą część kiszek, co zależy od siedliska i rodzaju choroby, lecz znajdują się tak w kiszkach cienkich jak i grubych, a ściany brzucha mnićj lub więcéj jednostajnie zostają wzdętymi. Nagromadzenie się gazów w przewodzie pokarmowym dzieci, zwłaszcza wśród przebiegu ostrych zapalnych chorób, tyfusu z zajęciem narzędzi trawienia i t. p. pogorsza stan chorego, utrudniając oddychanie i krążenie krwi przez nacisk trzewiami brzuszniemi narządów klatki piersiowej. Dziecię staje się niespokojnym, często krzyczy lub jęczy, grzbiebie kończynami dolnymi, przygina uda do brzuszka z powodu bólu jaki doznaje skutkiem rozpierania kiszek gazami i uciskania sąsiednich narządów. Niestrawność lub niezbyt ostry żołądka i kiszek jako następstwo dyetetycznych błędów u niemowląt, są najczęstszą przyczyną przykrego i niepomyślnego objawu choroby.

Morzysko (*colica*) zdradza obecność swoją nagłém wykrzywianiem twarzy, a głównie kątów ust, wypuszczaniem brodawki piersiowej jeżeli ta w ustach tkwiła, wywracaniem gałek ocznych, przechyleniem główki w tył, nagłym głośnym krzykiem, niezwykłemi silnemi ruchami kończyn, tuleniem kończyn dolnych ku ścianie przedniej brzucha, bolesnością tegoż przy uciskaniu, niekiedy drganiem szczęki i rąk, a nawet ogólnemi drgawkami. W innych wypadkach dziecię prostuje kończyny, mięśnie naprężają się, przednia ściana brzuszna zostaje bardzo napiętą, i zaledwie nieco wznosi się i opada lub wcale nieporuszaną się staje przy oddychaniu; takowe jest spieszne, krótko trwałe, a z powodu wielkiej niespokojności skurcze serca częste i prędkie. Z czasem odchodzą gazy lub wodniste stolce, częstokroć nawet przyłączają się wymioty, poczem wszystkie objawy na pewien przeciąg czasu lub bezpowrotnie ustępują.

Dla uniknięcia błędu przy rozpoznawaniu różniczkowém, uległé temu stanowi dziecię należy obnażyć, i przez kilkanaście minut badać, nie polegając na zeznaniach osób które poczytując niespokojność i krzyk dziecka jako oznakę głodu w niektórych razach prawdziwą, pragną uspokoić dziecię podaniem piersi, mleka lub innego pokarmu, nie wiedząc o bezskuteczności tego środka, lub co najwięcej o krótkotrwałém uspokojeniu, wnikięty bowiem pokarm po krótkim przeciągu czasu, skutkiem nowego podrażnienia sprowadzi jeszcze przykrzejszy ból, ztąd głośniejszy i długotrwały krzyk. Powyższy stan zmieniony być może z zapaleniem otrzewnej, lecz przy bólu z nagromadzenia się gazów

w kiszkiach, ciepłota ciała nie podwyższa się, a ból występuje napadami częściej w nocy, niekiedy zaś w pewnych godzinach wieczorem.

**Leczenie.** Usiłowania lekarza głównie powinny być skierowane przy nagromadzeniu się gazów w przewodzie kiszkowym, ku usunięciu takowych odbytnicą, co chwilowo najłatwiej udaje się uskutecznić lewatywami z ciepłej wody lub naparu rumianku, z dodatkiem obojętnego tłustego oleju w ilości odpowiedniej wiekowi dziecięcia. Lodowe okłady w podobnych wypadkach pomyślnie u dorosłych osób działające, dzieciom nietylko nie sprawiają ulgi, ale nawet wzmagają cierpienie. Zimne lewatywy u dzieci starszych działają pomyślnie, jednakże tylko chwilowo, po pewnym przeciągu czas stan poprzedni wraca, zwłaszcza, gdy znów niewłaściwy pokarm użyty zostanie. U dzieci z garnuszka żywionych, usposobionych do łatwego wyrabiania się gazów w przewodzie pokarmowym, podawać pokarmy najmniej sprzyjające wytwarzaniu się tychże; w przeciwnym razie, gdy pokarm niewłaściwy, w części ulega rozkładowi, drażni ściany przewodu, wywołuje stan nieżytowy błony śluzowej kiszek, wzmożenie się ilości wydzieliny, biegunkę, a pośrednie wzdęcie brzucha, — wówczas takie pokarmy jak papki z mączki, wszelkie potrawy przyrządzone z ciał mącznych i krowiego mleka, któremi dziecię żywione z garnuszka zostaje karmione powinny być unikane. U ssawców wzdęcie brzucha rzadko się zdarza, natomiast u karmionych sztucznie jest dość częstym objawem; z tego powodu, ograniczyć się na rosole wolnym od zapraw korzennych i tłuszczu, z początku raz, później 2 razy dziennie podawanym. Zupy z pszennego chleba, ryżu, i t. p., prędko przykrzą się. Podczas napadu morzyska, napar melissy, mięty, rumianku, lub innych ziół aromatycznych, niekiedy z dodatkiem nalewki makowca, wroniego oka i t. p. środków, w odpowiedniej wiekowi dziecięcia ilości, ciepłe okłady na brzuch, ogrzewania ciała kamionkami wypełnionymi gorącą wodą, materacyki ogrzane z wonnych ziół, nacierania brzucha wonnymi tłuszczami i t. p., przyczyniają się do zmniejszenia bólu, lub jego usunięcia. Po uśmierzeniu napadu, leczenie skierowane być winno przeciwko podtrzymującej przyczynie. Przy zaleganiu zawartości żołądka, takową starać się usunąć środkami mechanicznymi lub korzeniem ipeki, po przejściu zaś odzwiernika (*pylorus*) działają one drażniąco, pobudzają biegunkę, za pomocą której same téż zostają usuniętymi, a po ich usunięciu się użyć raczej należy środków powstrzymujących biegunkę.

Przy obecności robaków w przewodzie pokarmowym jeżeli towarzyszy morzysko, zadać środki uspakajające, a dopiero po uśmierzeniu bólu i zatrzymaniu biegunki należy podawać środki przeciwoznaczne

Ból brzucha jako objaw głębszych zaburzeń w tkankach składających ściany przewodu pokarmowego wymaga właściwego postępowania przeciwko przyczynowej chorobie, celem zaś usunięcia ataku bolesnego, środków narkotycznych. Morzysko z otrucia, np. ołowiem, arsenikiem i innymi truciznami, znosi odpowiednie przeciwtrucizny.

Nareszcie zdarzają się bóle w brzuchu jako następstwo zalegania szczątków trudnostrawnych pokarmów lub ciał niemogących być strawionymi (pestki rozmaitych owoców). Ciała te, zalegając niekiedy w kiszce w postaci wielkiego kłębu w wyższej lub niższej części przewodu, nie mogą usunąć się jak tylko po użyciu środków pobudzających obfitą wydzielinę kiszek, np. chlorku 2-rtęci 4—5 gran i obfitą ilości obojętnego napoju, kłęb zalegający i częstokroć stwardniały mięknie, i rozrobiony zostaje tak, że jest w stanie przesunąć się przez dalszą część przewodu i wydaląć na zewnątrz.

#### e) B i e g u n k a (*Diarrhoea*).

Dawniejsi autorowie pod tą nazwą umieszczali wszystkie formy chorobne, wikłające się z nieprawidłowym powiększeniem wypróżnień stolcowych. Nowocześni zaś trzymając się kierunku patologo-anatomicznego, słusznie odmawiają oddzielnego dla niej w nosologii miejsca jako będącej jednym z objawów rozmaitych chorób przewodu pokarmowego, nie zaś oddzielną sprawą chorobną, objawem cechującym się powiększeniem ilości i zmianą jakościową wypróżnień stolcowych. Stan skupienia zwykle papkowy dziecięcych odchodów, zmienia się na płynny z zawieszonymi częściami stałszymi, lub resztkami jeszcze niestrawionych pokarmów. Ilość odchodów podczas trwania biegunki zawsze powiększa się, wszakże dokładne oznaczenie liczbami jest niemożliwym, z powodu, że u dzieci odchody nie dadzą się należycie zebrać, tém samém przez ważenie ilość ich tylko w przybliżeniu oznaczoną być może. Sądząc z samego wejrzenia łatwo spostrzedz, że podczas biegunki ilość odchodów stolcowych mniej lub więcej powiększoną zostaje, a to stosownie do rodzaju, natężenia i okresu choroby, odbytnica częściej odbywa swą czynność, a przez podrażnienie zwieraczy otworu stolcowego następuje częstsze pozывanie nieodpowiednio do ilości wydalanych mass.

Wypróżnienia stolcowe różnią się wonią, barwą i postacią, niemniej własnościami chemicznymi i drobnowidzowymi. Woń odchodów biegunkowych stanowi ważny moment w rozpoznawaniu i rokowaniu

cierpień błony śluzowej przewodu pokarmowego. Przy jednakowym na pozór wyglądzie i równym stopniu płynności, mogą być jej pozbawione, inne posiadają woń fekalną lub zgniłą, co niemylną stanowi cechę torebkowego zapalenia (*Enteritis folliculosa*), najczęściej śmiertelnie zakończającego się. W takim razie rozszerzająca się woń stolców podobieństwo mająca do woni zepsutych jaj przykrą jest do zniesienia, zanieczyszcza do tego stopnia powietrze pokojowe, w którym dziecię zostaje, że trudno dłużej w nim wytrwać. Wypróżnienie, takich odchodów połączone jest z bólem, a odbyt i jego okolica ulegają zaczerwienieniu, co na większej przestrzeni ma miejsce w razach, gdy towarzyszy wyplądanie się grzybków (*soor*), wówczas okolica odbytu, pośladki i międzykrocze, są żywo zaczerwienione, również wewnętrzne powierzchnie ud, pięty i części sromne zewnętrzne, a miejscami nawet pozbawione nabłonka. Pod względem chemicznego składu i cech drobnowidzowych, żadnych ważniejszych nie spotykano zmian, jedynym cechującym dla nich objawem pozostaje woń.

Postać odchodów stolcowych u dziecięcia w 1-ym roku życia, w normalnym stanie jest mazistą, barwa żółtka jaja, woni lekko kwasowatej, nigdy zgniłej. Dzieci karmione potrawami mięsnymi wydają massy przykrój, drażliwej woni, podobnie jak u dorosłych. W drugim już roku i dalej odchody mają cechy jak u dorosłych osób. Podczas biegunki zaś wypróżnienia stolcowe mogą być płynniejsze, żółto zabarwione, zawierające massy łajniste (*Diarrhoea simplex, stercoralis s. fusa*), w innych wypadkach z niestrawionymi pokarmami zmieszane (*Diarrhoea lienterica*). Ostatnie, u dzieci sztucznie żywionych zdarzają się bardzo często skutkiem błędów dyetetycznych, którym z niedbalstwa lub nieroztropności rodziców i pielęgnujących osób takie dzieci podlegają. Przypuszczone do ogólnego stołu spożywają mięso, jarzyny, owoce, dla małych dzieci niewłaściwie, a jakkolwiek mięso drobno posiekane bywa niekiedy strawione, częściej jednakże z braku zębów połykają twarde i duże kawałki niemogące być przez sok żołądkowy przerobionymi, przesuwają się przez cały przewód kiszkowy jako ciało obce, drażniące i uległe rozkładowi. Jarzyny i surowe owoce wychodzą zwykle niezmienione, bez wywoływania biegunki, lub też sprowadzają obfite niebezpieczne wypróżnienia.

Jednym z cechujących objawów tak zwaną cholery dziecięcą (*cholera infantum*) lub azyatyckiej, są wypróżnienia stolcowe wodniste, z początku żółte, później serwatczane; chłustają one gwałtownie z odbytu, z powodu swojej nadzwyczajnej płynności. Podobne zdarzają się po odstawieniu niemowlęcia od piersi (*Diarrhoea ab lactato-rum*). Massy stolcowe wówczas oddawane bywają bez woni lub

takowa jest bardzo przenikliwą, zgniłą; oddziałują ją obojętnie na papiery probiercze, a niekiedy nawet alkalicznie w razie przymieszki większej ilości węglanów alkalicznych. Odstałe w szklanném naczyniu dzielą się na dwie warstwy, podobnie jak w tyfusie; górną jasną, prawie przezroczystą i dolną pomieszaną z płatkami i grudkami kału, obejmującą prawie  $\frac{1}{10}$  część górnej. Drobnowidz wykazuje w niej szczątki niestrawionych pokarmów, elementa upostaciowane roślinne, kulki mleczne, szczątki i komórki nabłonka słupkowego, kulki ropy, mnóstwo brunatnych ciałek różnych wymiarów bez własnych otoczek, a w odchodach alkalicznych kryształki fosforanów mających podobieństwo do wieka trumny. Odchody wodniste zwykle są pozbawione białka, które niekiedy bywa obecném w razie przymieszki małej ilości krwi, nadającej odchodom barwę różową lub brunatno czerwoną i takowe wykazała się daje za pomocą kwasu saletrzanego. Odchody zielone u dzieci nazywają bezzasadnie żółciowemi; nie wykazano w nich dotąd większej ilości żółci od żółtych lub brunatnych. Zwyczajny barwnik żółci jest brunatny (*bilifain*), ztąd barwa normalnych odchodów, u dzieci mlekiem karmionych żółta. Brunatny barwnik żółci nader łatwo wielu chemicznymi działaczami, nawet przez zetknięcie z powietrzem zmienia się w zielony (*biliverdin*). Zmianę tę można wywołać przez użycie chlorku 2-rtęci, dlatego chciano tłumaczyć że przemiana jego na siarczyk rtęci jest przyczyną zmiany brunatnej barwy odchodów, na zieloną. Mniemanie to jest mylne, przymieszka tak małej ilości siarczyku, która z zadanego w małych dawkach chlorku dwurtego mogłaby utworzyć się i mechanicznie z odchodami zmieszać, nie jest w stanie tak silnie ich zabarwić.

O bezzasadności tego mniemania jeszcze to przekonywa, że wypróżnienia zielone przeciągają się często do kilku dni, i są obfite, pomimo że już dnia następnego rtęci nie wysledzi, oraz że rozcieńczone i przefiltrowane odchody, zatrzymują barwę zieloną, mogącą wówczas pochodzić od barwnika w nich rozpuszczonego, nie zaś mechanicznie zawieszzonego czyli od zmienionego barwnika żółtego na zielony pod wpływem działania zwiększonej wydzieliny błony śluzowej kiszek.

Zielone stolce u małych dzieci towarzyszą częstokroć zębowaniu, prawie każdemu nieżyłowi jelit, wywołanemu niestrawnymi pokarmami. Wielekroć razy zdarza się, że świeżo oddane masy stolcowe bywają zupełnie żółte i dopiero po paru godzinach zielenieją, w tych razach domyślać się można lekkich zaburzeń trawienia. Zmiana ta w zabarwieniu poczyna się na powierzchni przenikając z czasem wszystkie warstwy aż do dna naczynia barwą jednostajnie zieloną. W innych wypadkach jednocześnie z wodnistymi odchodami wydalona

zostaje znaczna ilość galaretowatych kłębków zawierających nabłonek, ciała śluzowe i drobnziarnistą masę. Dzieci żywione z garnuszka, rozwijające się powoli, miewają niekiedy odchody gliniaste, szare lub jasno żółte, i najczęściej przy znaczném usiłowaniu tłoczni brzusznej wydalone. Ta zmiana barwy i stanu skupienia pochodzi od mniej lub więcej zmniejszonej ilości barwnika żółci. Pomimo to dzieci mogą się czuć zdrowymi, i nie ulegać żadnym zaburzeniom w układzie trawienia, i ogólnym ciała rozwojowi; w takich wypadkach można zachować się biernie, w przeciwnym razie podać należy środki pobudzające wydzielanie się żółci, np. korzeń rzewienia w odpowiednich wiekowi dziecięcia dawkach.

f) Zatrzymanie wypróżnień stolcowych  
(*Obstipatio, Obstructio alvi*).

Dwa do trzech stolców u małych dzieci, jeden u starszych, należy do prawidłowego stanu, od téj typowej ilości wypróżnień zbaczające wypróżnienia zwykle po za granice filozoficzne sięgają. Im dłużej zalegają w przewodzie pokarmowym, tém oddawanie bywa trudniejsze, z powodu wessania części płynnych, przybierania stałego stanu skupienia; sprawiają one wzdęcie przez nagromadzenie się gazów, nawet utrudnienie oddychania, które zostaje usunięciem po ich wydaleniu.

Przy czynnym. Niedostateczna ilość wydzielonego śluzu lub gdy takowy jest zbyt gęsty, jak to ma miejsce wśród gorączkowych chorób lub powiększonych ilości wydzielanego potu, lub moczu bez udziału środków takowe pobudzających. Karmiące kobiety częstokroć są skłonne do konstypacji i posiadają mleko za gęste, to usposabia ssawców do wydawania stolców stałego stanu skupienia i w nieodpowiedniej wiekowi dziecięcia ilości.

Pokarmy mączne u młodszych tak chętnie podawane, zupki, z krochmalu, ryżu, mąki, sago, i t. p., u starszych potrawy z grochu, soczewicy, słodkich kasztanów, fasoli, oraz środki ściągające, zalecane celem powstrzymania biegunki, tak roślinne garbnik posiadające jak metaliczne, wpływają również na opóźnianie oddawania wypróżnień stolcowych.

Zmniejszenie ruchu robaczkowego kiszek, jako następstwo rozmaitych chorób ośrodków nerwowych lub spraw zapalnych w obrębie trzewiów brzusznych oraz wysokiego stopnia ogólnego zaniku tkanek ustroju, może być przyczyną zatrzymania się odchodów stolcowych, które także następuje z mechanicznych przeszkód, na szczęście rzadko

zdarzających się u dzieci, mianowicie: wpochwienia kiszek, zaciśniętych przepuklin, skręcenia kiszek około osi, zupełnego zatkania ich wnętrza zalegającym kałem, u noworodków zaś przez wrodzony zarost odbytu, o którym szczegółowo poniżej.

Objawy. Brzuch wzdyma się, nie jest bolesny za dotknięciem, jeżeli zatrzymanie się odchodów stolcowych nie jest wynikiem ważniejszych zaburzeń. Skoro podtrzymująca przyczyna trwa dłużej, większe przybiera rozmiary, wytwarzające się w kiszkiach gazy nie mogą odejść, wzdymają brzuch do tego stopnia, że wątroba zostaje ku jamie klatki piersiowej wyparta, granice zupełnej tępości śledziony znikają, brzuch za dotknięciem staje się bolesny; zaatakowane w ten sposób dzieci tracą apetyt, stają się niespokojnymi, chwilami wydają przez usta gazy cuchnące, wymiotują, lecz objawy te zwykle ustępują po jednym lub kilku wypróżnieniach. Przeciąganie się choroby wywołuje przewlekłe wzdęcie brzucha, brak chęci do jedzenia wycieńcza dzieci, a skutkiem uporczywego naciskania żył brzusznych powstają znaczne rozszerzenia się naczyń żylnych.

**Leczenie** głównie przeciw przyczynowe. Przedewszystkiem zbadać należy sposób żywienia. Częstokroć wystarcza mała zmiana w sposobie przyrządzania pokarmów, ich jakości, oraz sposobie podawania co do ilości i częstości. Do usunięcia zatrzymanych mass stolcowych przez zbyt klejkie pokarmy, zwykle wystarcza ograniczenie ilości papki z 3 dań na 2 dania, zastępując to przydatkiem mleka; skuteczną również bywa odmiana klejkich zup na lekki rosółek z bułeczką lub kaszką. Dzieciom nieco starszym można z łatwością pobudzić wydalanie zalegającego kału podaniem owoców surowych lub gotowanych, winogron, jabłek, gruszek, nawet zimnej wody użytej obficie. Najwłaściwszym będzie przedewszystkiem uregulować wypróżnienia zalecaniem odpowiedniej diety; gdy takowe okazuje się bezskutecznym, konieczność zmusza do podania środków rozwalniających. Kał zalegający w odbytnicy usiłować należy wyprowadzić lewatywkami z naparu liści senesu aleksandryjskiego, wody słonej z miodem, wody zimnej i obojętnym tłuszczem lub czopkami z mydła. Jeżeli te nie wystarczają, zalecić olej kleszczowinowy, napar z korzenia rzewienia, magnezyę, i t. p., unikając ile można podanie chlorku 2-rtęci, do którego u publiczności ogólny istnieje przesąd. Niekiedy zaparcie jest tak silne, że kał wydobyć się nie może, wówczas próbować pobudzenie stolca mechanicznym wygarnięciem mass zalegających, w pobliżu mięśnia zwieracza odbytnicy. Zaparcie mass stolcowych występujące wśród chorób gorączkowych lub zapaleń narządów umieszczonych

w jamie brzusznej, wymaga postępowania lekarskiego wedle zachodzących wskazań.

### Nieżył błony śluzowej żołądka (*Catarrhus ventriculi*).

Objawia się podobnie jak u dorosłych; u niemowląt rzadziej się zdarza i do rozpoznania więcej przedstawia trudności, u starszych zaś dzieci towarzyszące przy tej chorobie objawy są te same co u osób dorosłych.

Oznaki nieżytu błony śluzowej żołądka są następujące: miejscowy trwały ból w okolicy żołądka powiększający się za naciskiem, wzdęcie i podwyższenie ciepłoty we wspomnianej okolicy dające się przez dotknięcie ocenić oraz nagromadzenie się gazów w żołądku. Potrawy stałe i ciepłe, napoje gorące zwiększają ból, napoje zimne szczególnie mleko uspakajają. Dzieci częstokroć wyrzucają spożyty pokarm, lecz to niema ważnego znaczenia, którego dopiero nabiera wówczas, gdy masy wymiotne są gęstym, połyskującym, mętym, szarawym lub zielonkawym śluzem i gdy te występują przed jedzeniem lub w kilka godzin po użyciu pokarmu. Gorączka jest prawie stałym towarzyszem. W początku choroby ogólne odżywianie nie szwankuje, ponieważ spożyte potrawy nie zawsze są wyrzucane, a będąc przerobione, zostają w części wessane przez naczynia chłonicze kiszek. Z czasem dziecię znacznie niszczeje, rysy twarzy zmieniają się, na zwłokach zaś błona śluzowa przedstawia się obrzmiałą, pofałdowaną, pokrytą grubą warstwą śluzu i niejednostajnie brodawkowaną, któreto brodawkowate wyniosłości nawet po rozciągnięciu ścian żołądka nie zacierają się.

Przyczyny są rozmaite, podobnie jak wspomniano przy opisie niestrawności (*dyspepsia*), wytwarzaniu się gazów w przewodzie pokarmowym (*flatulentia*), wymiotach (*vomitus*) i t. p.

**Leczenie** zasadza się głównie na uregulowaniu odpowiedniej diety; przez kilka dni unikać należy wszelkich pokarmów oprócz zimnego mleka. Przy uporczywych wymiotach Vogel radzi podawać dzieciom młodszym od 2 lat roztwór saletranu srebra z  $\frac{1}{2}$  grana na  $\mathfrak{J}$  wody destylowanej bez dodatku cukru lub klejkowatych roztworów. Starszym jeżeli umieją łykać lepiej jest podać saletran srebra w pigułkach zawierających po  $\frac{1}{6}$  grana. Działa on jako środek ściągający (*adstringens*) i ograniczający ilość śluzu chorobnie zwiększoną. W uporczywych wypadkach opierających się działaniu powyższego środka zaleca podawanie kreosotu w płynie klejkowatym (gtt.  $\mathfrak{V}$ — $\mathfrak{J}$ ); jednakże z powodu przykrego smaku i odrażającej woni



kreosotu, saletran srebra zasługuje na pierwszeństwo. Można także porównać o traktowaniu przeciw wymiotom na str. 165.

### Zapalenie żołądka wywołane nżyciem trucizn

(*Inflammatio ventriculi toxica*).

Dzieci jako z natury łakome, szczególnie między 1—5 rokiem połykają chciwie rozmaite materye częstokroć szkodliwe, jakie im pod rękę popadną. Przy niedostatecznym dozorze w miejscach gdzie żywane są ciała żrące, mocne kwasy i ługi alkaliczne np. w warsztatach, o wypadki tego rodzaju nie trudno. Nie tu miejsce zajmować czytelnika opisem ogólnego działania trucizn, traktuje o tém toxicologia; właściwem tu będzie głównie ograniczyć się na opisie miejscowych zmian zachodzących wówczas w przewodzie pokarmowym.

Objawy i cechy anatomiczne. Jama ustna jest najpewniejszą wskazówką zniszczeń w żołądku zachodzących. Trucizny stężone gryzące zmieniają błonę śluzową ust w masę białą szarą; po jej oddzieleniu uwydatnia się tkanka podśluzowa ciemno czerwono zabarwiona, niekiedy ze znacznem wynaczynieniem krwi. Kwas saletrowy żółci błonę śluzową i więcej ją marszczy niż rozmięcza. Ciała żrące bardzo stężone dostawszy się w nieco większej ilości do jamy ustnej, niszczą także tkankę podśluzową, tak, że na pierwszy rzut oka powierzchnia w miejscach zetknięcia z temiż ciałami przyjmuje wejrzanie obumarłej czyli zgorzelowaciałej tkanki na podobieństwo zgorzeli wnętrza policzków (*noma*). Toż samo napotyka się w żołądku. Lżejsze obrażenia słabszymi ciałami gryzącymi lub użytymi w małej ilości, tak że po rozcieńczeniu ich płynami żołądka tracą swoje niszczące własności, rzadko bywają badane na stole anatomicznym, gdyż śmiertelne zejście wcale nie ma miejsca lub znacznie później następuje. W wypadkach szybkiej śmierci błona śluzowa żołądka przedstawia się pod postacią brudnych lub czarnych platków. Warstwa mięsna i surowicza pulchnieją, częstokroć ulegają przedziurawieniu, a zawartości żołądka dostają się do jamy otrzewnej i swoją tamże obecnością powodują zwykłe następstwa. Niekiedy oprócz żołądka i dwunastnica ulega obrażeniom przez ciała gryzące, jednakże w mniejszym stopniu od tegoż. Jeżeli śmierć nie nastąpi wkrótce po użyciu żrącej trucizny, w skutek przedziurawienia żołądka, co u łakomych dzieci rzadziej się zdarza niż u samobójców, rozmyślnie większą ilość połykających, wówczas żołądek a szczególnie przyłek ulegają

owrzodzeniom mniej lub więcej głęboko sięgającym, które stają się powodem zwężeń i twardych blizn.

Objawy są rozmaite i zależne od ilości i stężenia gryzącego pierwiastku, od głębokości do której zdołał tenże przeniknąć ściany żołądka od czasu pozostawania w tymże i od ilości znajdujących się w nim zawartości. Ciało żrące wprowadzone do jamy ustnej, wywołują bezpośrednio ruchy wymiotowe i kurczowe ściągania się przełyku; tym sposobem gryzący płyn spotyka przeszkodę wnikięcia do żołądka i zostaje cofany do jamy ustnej. W wypadkach dostania się ciała żrącego do żołądka; na twarzy dziecięcia maluje się wielka obawa, dziecię unika poruszeń aby uchronić się od wzmaganania dokuczliwych bólów, z jamy ustnej wypływa krwawo zabarwiona ślina, a niekiedy przyłączają się wymioty massami czarnymi. Głos utracą właściwy dźwięk, przy każdym usiłowaniu połykania towarzyszy gwałtowny ból, nawet omdlewanie lub drgawki: zimny pot zrasza twarz, posiniałe powieki zapadają w ślad za gałkami ocznymi w głąb oczodołów, gałki oczne trwożliwie zostają poruszane, tętno bardzo małe, zaledwie domacalne. Skoro ciało żrące wniknie do przewodu kiszkiwego, wywołuje krwawą biegunkę. Wzmoczenie się powyższych objawów sprowadza śmierć wkrótce po przyjęciu trucizny żrącej skutkiem przedziurawienia żołądka, lub nieco później z porażenia nerwu błędnego. Po przeminięciu pierwszych dni rokowanie staje się pomyślniejsze, zwykle choroba przeciąga się, towarzyszą jej jeszcze dokuczliwe bóle w drogach pierwszych siedlisko mające, odżywianie ogólne upada, ciało chudnie i przynajmniej kilku miesięcy potrzeba czasu do polepszenia stanu zdrowia, lubo zwykle pozostają pewne następstwa, jak: nienormalne przyczepy, zmiany kształtu, zwężenia, wypuklenia miejscowe mniej lub więcej ograniczone, wywołują cały szereg następnych zaburzeń.

**Leczenie.** Otrucie wodanami i węglanami alkalicznymi, wymaga śpiesznego zobojetnienia rozcieńczonemi roślinnemi kwasami (octem, sokiem cytrynowym, kwasem winnym, lub zmydlenia za pomocą olejów tłustych (oliwy, olejku migdałowego) podawanych dzieciom filiżankami. Roztwory klejowate nie prowadzą do celu. Środki wymiotne winny być zaniechane w podobnych wypadkach z uwagi, że przyczynić się mogą do nagłego przedziurawienia żołądka przez pobudzenie silnych skurczów tegoż. Podobnież żrące kwasy wymagają jak najspieszniejszego zobojetnienia; w tym celu podajemy paloną magnezję rozmieszaną w wodzie, w braku tejże na razie dla uniknienia straty czasu mogącej przyczynić się do przedśwj śmierci dziecięcia,

podać należy wodę mydlaną, a w ostatnim razie proszek kredy, która jednakże niechętnie zostaje podawaną i tylko w razie braku innego zobojętniającego środka użytą być winna; proszek bowiem kredowy, będący jak wiadomo węglanem wapna, zetknięty z kwasami do żołądka wnikiętymi, ulega rozkładowi, a uwolniony wówczas kwas węglany rozpierając zwietczone i nadżarte ściany żołądka, przyczynić się może do niebezpiecznego wzdęcia pierwój, zanim wywiązany w jamie żołądka gaz, przez jamę ustną na zewnątrz wydalonym nie zostanie. W razie braku pod ręką powyższych środków użyć można słabego roztworu popiołu i ługu.

Po uśmierzaniu najgroźniejszych objawów należy podać przetwór makowca, jako środek najstosowniejszy do uśmierzenia bólu i zmniejszenia ruchu robaczkowego żołądka. Najdogodniej podawać nalewkę makowca w małej ilości obojętnego roztworu, jedną do kilku kropel w miarę wieku dziecięcia, i powtarzać tę dozę co dwie godziny, dopóki dziecię się nie uspokoï.

Co się tyczy diety, przez cały okres leczenia najlepszym pokarmem nawet dla dzieci dorosłych będzie mleko krowie zadawane z początku na zimno, później letnie w dowolnej ilości.

#### 4) Wrzód żołądka.

*(Ulcus ventriculi rotundum sive perforans).*

U dzieci młodszych do lat dziesięciu, napotyka się bardzo rzadko, natomiast częstym bywa u dziewcząt przed dojściem do dojrzałości dotkniętych błędną. Ściśle przeto mówiąc, nie jest to choroba właściwa wiekowi dziecięcemu, a Vogel jedynie dlatego o niej wspomina, aby uniknąć błędu w razie wątpliwości w rozpoznaniu choroby, mającej pewną wspólność w objawach z wrzodem żołądka u dzieci młodszych od lat dziesięciu. Wrzód żołądka u dzieci starszych, a szczególnie dziewcząt, w objawach, zmianach anatomicznych, zejściu choroby i leczeniu, niczem się nie różni od tejsze u osób dorosłych. Zwracamy w tym względzie uwagę czytelnika na dzieła głównie Rokitańsky'ego (*Pathologische Anatomie*) i Bambergera (*Die Krankheiten des chylopoetischen Systemes*).

### 5) Krwawiące nadżarcie błony śluzowej żołądka.

(*Erosiones hæmorrhagicae membranae mucosae ventriculi*).

Częstokroć w zwłokach dzieci zmarłych na rozmaite choroby, spotykać się dają na błonie śluzowej żołądka mniejsze lub większe wynaczynienia krwi, w postaci okrągłych ognisk, wielkości ziarna prosa lub grochu, lub pasków podłużnych, wązkich, usadowionych na szczycie fałd błony śluzowej żołądka. W miejscach tymże ogniskom odpowiadających, błona śluzowa jest ciemna, zaczerwieniona, krwawa; niekiedy przy dłuższém trwaniu przedstawiają płytkie wgłębienie, skutkiem ubytku jęj treści. Zwykle po nad takimi miejscami poruszają się kłaczkowate strzępki, brunatno-czerwone, a po ich usunięciu, po wyżej przytoczone zmiany w rzeczonych ogniskach więcej uwydatniają się. Wynaczynienia te, według zdania Vogla, nie sięgają tkanki podśluzowej, a tém bardziej warstwy mięsnej.

Najczęstszém siedliskiem tych nadżarć krwawiących, jest okolica odźwiernika (*pylorus*): tam znajdują się one najobficiej. W obecnym stanie nauki nie rozstrzygnięto, czy początkiem ich są gruczoły błony śluzowej żołądka, lub téz inne jęj części składowe, albowiem bywają wypadki, w których wynaczynienia dotyczą nietylko gruczołków śluzowych, lecz większych przestrzeni okrągławych lub podłużnych. Cruveilhier nazywa ten stan *gastritis folliculosa*. Odnosnie do wspomnionych faktów, że w zwłokach dzieci na rozmaite zmarłych choroby dają się napotykać krwawiące nadżarcia, objawy są nader niedokładne i niepewne. Zdarzają się zarówno u dzieci dotkniętych ogólną gruźlicą wyniszczonych, traktowanych przez dłuższy czas emetykiem lub innymi wymiotnymi i drastycznymi środkami, lub téz u takich, które w przebiegu ostatniej choroby ulegały ciągłym wymiotom, u cierpiących na miejscowe sprawy zapalne nietylko trzewiów brzusznych ale i płuc, także u cierpiących na sprawy chorobne ogólne; w tych różnych jednakże wypadkach nie mogą być wyśledzone przez objawy towarzyszące za życia, więcej przedstawiają interesu dla anatomii patologicznej, aniżeli pod względem klinicznym.

Dla dopełnienia opisu chorób żołądka wypada jeszcze zastanowić się nad jednym z objawów pośmiertnych, który był przedmiotem sporu w nauce przez długi przeciąg czasu, tym objawem jest:

R o z m i ę k c z e n i e ż o łą d k a (*Gastromalacia*).

Zasługuje tu na wspomnienie dlatego, iż znajdują się autorzy i praktyczni lekarze, którzy poczytują objaw ten za oddzielną chorobę, powątpiewają o jego śmiertelném pochodzeniu. I rzeczywiście do

czasu okazania się pracy Jäger'a, powszechnie takim go uważano (Morgani, John Hunter, Armstrong, Treviranus, Carswell). Dopiero w 1811 r. Jäger w czasopiśmie medycyny praktycznej Hufelanda zaczął głosić o odkryciu nowej choroby rozmiękczeniem żołądka zwanéj, której objawy tak trafnie zauważył Krenser cechują ostry niezbyt przewodu pokarmowego z silną biegunką. W początku występuje gorączka, nieregularne oddychanie, bolesność brzucha, silne pragnienie, brak chęci do jedzenia, wymioty i biegunka powodująca po upływie krótkiego przeciągu czasu wyniszczenie organizmu, ciągła niespokojność, bezsenność, ziębnienie twarzy i kończyn i prawie zawsze śmiertelne zejście.

Mniemanie powyższe Jägera nie długo utrzymywało się w nauce, zachodziły bowiem wypadki, w których nie zawsze spotykano te objawy za życia u dzieci, a po śmierci znajdowano żołądek w stanie rozmiękczenia, co dało powód do rozróżnienia dwóch form: ostréj i przewlekłéj. Pierwszą miały cechować objawy powyżéj przytoczone kończące się śmiercią po 7—8 dniach trwania, przejście w przewlekłą już 4-go dnia miało następować. Ta ostatnia mogła się również zdradzać od początku łagodnymi i nie wydatnymi objawami, a dzieci zamierały przy objawach ogólnego zaniku. Przy takim pojęciu często spotykanoby mniemaną przewlekłą formą, jéj obecność należałoby zawsze przypuszczać, gdy dziecię wymiotowało, ulegało biegunce, a przy badaniu pośmiertném znajdowano żołądek w stanie rozmiękczenia. Z postępem czasu i ciągłych badań klinicznych i anatomicznych, przypuszczenie Jägera coraz więcej znajdowało przeciwników, wzmagała się wątpliwość istnienia związku pomiędzy objawem pośmiertnym i sztucznie zestawioną grupą objawów, tak że narreszcie rozmiękczenie żołądka uznane zostało stanowczo przez wielu autorów za pośmiertny objaw, a nie oddzielną formę chorobną. Takiego byli mniemania Virchow i jego uczniowie, następnie Engel, Bednár, Oppolzer, Bamberger, King i Trousseau. Jednakże wielu lekarzy francuzkich i niemieckich, niemogąc otrząsnąć się z bezzasadnego przypuszczenia, w całości lub w części hołdują fałszowi; Louis, Lallemand, Billard; Richter, Nagel uważają rozmiękczenie żołądka jako następstwo zapalenia. Andral, Berendt, Winter, jako wynik zadrażnienia, przekrwienia i działania zmienionych w swoich własnościach soków żołądka. Camerer, Authenrieth, Schönlein, Neumann, Most, Teuffel i inni widzą przyczynę rozmiękczenia w zmienionéj czynności układu nerwowego, w zapaleniu nerwów lub paraliżu. Cruveilhier i Ro-

kitansky przyjmują 2 rodzaje: występujący za życia i jako objaw pośmiertny; Oanstat upatruje przyczynę w zmianie wydzielin żołądka; Eisenmann nareszcie we właściwym zarazku.

Oprócz dwóch wyżej wspomnianych obozów znajduje się trzeci, dość znaczną liczbę posiadający zwolenników. Sądzą oni, że rozmięczenie żołądka poczyna się za życia, lecz wyższego stopnia, a nawet przedziurawienia dosięga po śmierci. Tu należą Chaus sier, Meckel i w części Andral.

Tak różnorodne pojęcia istniały w nauce do 1846 r. znajdując jedne mniej, drugie więcej zwolenników. Dopiero po ukazaniu się monografii Elsässera o rozmięczeniu żołądka, wykazującej w jakich warunkach występuje ta zmiana, ucichły długo toczące się sprzeczki, a teoria Morgani'ego i Huntera znów zyskała uznanie.

Zanim wskazaną zostanie słuszna zasada poczytywania tego obawu za pośmiertny, właściwem będzie opisać zmiany przy rozmięczeniu spotykane w żołądku. Wówczas błony jego na znacznej przestrzeni miękną, a nawet zupełnie niszczą się bez żadnych objawów zapalenia, owrządzenia lub powstawania nowotworów. Najczęstszem siedliskiem jest dno (*fundus ventriculi*), szczególnie tylna jego ściana, co łatwo objaśnić układaniem trupa dziecięcia zwykle na grzbiecie. Zmiana pośmiertna poczyna się od błony śluzowej, poczem zajmuje warstwę mięsną i w końcu surowiczą. Stosunki te dają się wykazać dokładnie na granicach miejsca zniszczonego od zdrowej jeszcze tkanki

Stosownie do barwy ognisk rozmięknienia rozróżniano dwa rodzaje: galaretowate i czarne. Przy pierwszym miejsca zajęte rozpadają się na masę żółto-brunatną, trzęską, przy drugim na ciemno-brunatną lub czarną. Natężenie barwy właściwie zależy od większej lub mniejszej ilości krwi znajdującej się w naczyniach ścian żołądka w chwili konania; im więcej krwi, tém zabarwienie będzie ciemniejsze. Takowe dotyczą wyłącznie błony śluzowej z tkanką podśluzową, a wówczas warstwa mięsna przedstawia się jakby sztucznie odsłonięta; lecz gdy i mięsna zniszczona, nietknięta jeszcze wówczas warstwa surowicza nabiera wejrzenia wiotkiej tkaniny i za lekkim dotknięciem (koniecznym do wyjęcia żołądka ze zwłok), ulega rozdarciu. Zdarza się przy otwarciu jamy brzusznej napotkać żołądek przedziurawiony i zawartość jego do jamy otrzewnej wnikła; nigdy jednakże w tych wypadkach nie widziano zaczerwienia otrzewnej, lub wypłodu ropiastego w teje jamie jako sprawy pobudzonej wniknięciem zawartości żołądka: to dostatecznie przekonywająco świadczy, że rozmięczenie żołądka jest objawem pośmiertnym. Za słusnością tego mniemania przemawia jeszcze brak ostrego odgraniczenia rozmięknię-

kniętych ognisk od zdrowej tkaniny; owszem w miarę posuwania się na tkanę zdrową rozmięknienie staje się coraz powierzchowniejsze i nareszcie zaciera się, bez jakiegokolwiek zapalnego odznaczenia, choćby tylko pod postacią przekrwienia. Elsässer wykazał również, że zawartość rozmiękczonego żołądka nigdy nie jest wyłącznie śluzowa. owszem bywa mocno kwaśna, w największej liczbie wypadków mleczna. Trzewia przyległe żołądkowi, także niekiedy rozmiękczają się, pomimo że żołądek nie został przedziurawiony. Niekiedy śledziona, lewa połowa przepony, przełyk ulegają téj zmianie; w ostatnim wypadku, skoro przełyk zostanie przedziurawiony, zawartości żołądka dostają się do lewej opłucnej, naturalnie wnikańszy tam po śmierci (co najczęściej następuje przy przenoszeniu trupów dziecięcych). Spotykano również rozmięknienie tkanki płucnej, a nawet zawartość rozmiękniętego żołądka w oskrzelach, co jedynie wytłumaczyć się daje przechyleniem dziecka główką ku dołowi podczas przenoszenia lub umywania zwłok; zawartość wówczas dostała się do gardła, ztąd przez krtań do tchawicy i oskrzeli, gdzie zalegając wywołuje podobny rozkład jak w żołądku. W innych narządach spotykane bywają rozmaitego rodzaju zmiany, któremi można objaśnić przyczynę śmierci.

Po tych dopiero uwagach śmielój przyjąć można, że rozmiękczenie żołądka jest objawem czyli *zmianą pośmiertną* za życia nie istniejącą. Świadczące o tém dowody w następnych punktach zestawic się dadzą:

1) Umiejscawianie się sprawy na tylnéj ścianie dna żołądka jako okolicy najniżéj leżącej przy położeniu zwłok dziecięcia na grzbiecie; tu jako w najniższej części nagromadza się zawartość żołądka i niszczy tkanki do których przylega.

Doświadczenia téż na zwierzętach czynione przekonywają dostatecznie, że rozmiękczenie żołądka zajmuje tylko te warstwy, które z zawartością pokarmową były zetknięte. Karmiono bowiem zwierzęta substancjami łatwo ulegającymi robieniu (fermentacyi), wkrótce zabijano je i dawano różne pozycye na brzuchu, grzbiecie, bokach i t. p., a rozmiękczenie natępowało zawsze w okolicach żołądka najniżéj położonych, stosownie do pozycyi jaką ciału zabitego zwierzęcia nadano. Elsässer wykazał to tamo na trupie dziecięcym zaraz po śmierci ułożonym na prawym boku i przez 22 godzin w teźże pozycyi utrzymywanym; dno żołądka pozostało nietknięte, gdy błona śluzowa i w części warstwa mięsna zmieniły się w masę śluzowo-galaretową, a zawartość w papkę szarą oddziaływającą kwaśno, serwatczanej woni i pomieszana z płatkami ściętego twarogu. Doświadczenia prze-

mawiają dostatecznie, że rozmięczenie żołądka w chwili śmierci jeszcze nie istnieje i że dopiero wówczas powstaje, jeżeli odpowiednio zmieniona zawartość żołądka w trupie, ze ścianami takowego zostanie zetkniętą.

Obszerność rozmięczonych ognisk zależy od wielkości powierzchni żołądka stykających się z zawartościami. W trupie dziecięcym, który do chwili otwierania zwłok w spoczynku zostawał, rozmięczenie ogranicza się do okolicy stanowiącej łożysko dla zawartości żołądka.

2) Inne doswiadczenia, szczególnie przez Elsässera czynione i przez wielu innych badaczy powtórzone wykazały: że świeży i niezmienny patologicznie żołądek ulegać może podobnym jak w gastromalacji zmianom przez działanie kwasów i wszelkich substancji zdolnych uleść kwaśnemu robieniu, zwłaszcza mleko i cukier jeżeli będą utrzymywane w ciepłocie jaka po śmierci zachowuje się przez pewien przeciąg czasu.

3) Doświadczeniami czynionymi na królikach i psach wykazano również, że u zwierząt karmionych roślinnymi pokarmami, podczas trawienia zabitych i przez 24 godzin pozostawionych w temperaturze do fermentacji sprzyjającej, następuje rozmięczenie żołądka, nawet przedziurawienie, a u królików prawie zupełne zniszczenie całego żołądka, przedstawiającego się wówczas pod postacią masy kleistej powlekającej kłęby spożytych pokarmów roślinnych. Tak samo spostrzegano niekiedy przy sekcji osób nagle zmarłych. Z tego wynika że rozmięczenie żołądka sztucznie wywołane być może zewnątrz ustroju, a w trupach zwierząt skutecznie się daje bardzo prostym sposobem.

4) Powyżej wspomniano, że objawy mające cechować rozmięknienie żołądka według niektórych autorów właściwie odpowiadają objawom cholery swojskiej (*Cholera infantum*), z której dzieci mogą wyzdrowieć. Zdarzyły się wypadki, że wkrótce umierały z innych chorób; jeżeli zatem rozmięknienie miało miejsce, powinnyby pozostać już po najłagodniejszej formie następstwa, znaczne blizny i ściągnięcia w ogniskach gdzie takowe odbywało się, czego nigdy nie spostrzeżono, a jak wyżej przytoczono w granicach rozmięknienia w tkance przylegającej żadnego nie można dopatrzeć śladu odczynu zapalnego, któryby bezwątpienia nastąpił jeżeliby sprawa odbywała się za życia.

5) Objawy mające cechować rozmięknienie żołądka za życia są rozmaite stosownie do pojęć autorów przyjmujących ten objaw pośmiertny za chorobę. Największa ich liczba opisuje objawy należące do dziecięcej cholery swojskiej (*cholera nostras*), drudzy podciągają objawy podrażnienia mózgowia, inni nareszcie zwykłego zaniku (*atrophia infantum*), tworząc sztucznie oddzielną formę chorobną, rzeczywiście nie istniejącą w naturze; bo jeżeliby dzieci za życia uległy



rozmięczeniu żołądka wymiotowały, musiałyby oddawać masy żołądkowe z przymieszką krwi wnikłej do jamy żołądka z otwartych gałązek tętniczych, o czem żaden z autorów nie podaje.

6) Nareszcie inni upatrywali wpływ układu nerwowego na powstawanie rozmięknienia żołądka, mianowicie usiłowali pewnym rodzajem nie zupełnego sparaliżowania nerwu błędnego objaśnić wszystkie objawy, a głównie brak bólu, odczynu i częste wikłanie się rozmięknienia żołądka z chorobami mózgu i płuc. Jednakże *Elsässer* trafną w tym względzie zrobił uwagę, że rozmięknienie żołądka również często występuje jak zmiany anatomiczne w jamie czaszkowej szczególnie u dzieci, i że ich jednoczesne wspólne występowanie będzie zawsze dla nas nie jasnym, dopóki ścisłe statystyczne tabele nie wykażą częstości powstawania tak samego rozmięknienia żołądka jak i zmian w mózgowiu, oraz jak często bywają spotykane jednocześnie w żołądku i w mózgowiu. Ze statystyki dotychczasowej zaprzecza *Elsässer* jakiegokolwiek związku pomiędzy cierpieniami mózgowia i rozmięknieniem żołądka.

Doświadczenia *Camerer'a* czynione w celu poparcia teorii opartej na sparaliżowaniu nerwu błędnego nie wytrzymują krytyki. Doszedł z doświadczeń on z swoich do następnych rezultatów. Rozmiękczone żołądek wprowadzony do żołądków zdrowych królików żadnych złych następstw nie wywołuje, lecz jeżeli nerwy błędne i sympatyczne z obydwóch stron będą przecięte, zwierzę zdycha po upływie około 16 godzin. U jednego królika znalazł rozmięknienie wszystkich warstw żołądka już po upływie 6½ godzin, u innego dopiero po 18 godzinach badanego od chwili skonania, większa część żołądka była zniszczoną. Doświadczenia jednakże *Camerer'a* nie są dokładne, bo zdrowe króliki także mogą ulegać tej zmianie, aby zaś doświadczenie udało się, potrzeba po wprowadzeniu do przewodu pokarmowego rozmiękczonego żołądka dziecięcego lub jakiegokolwiek innej substancji kwaśnej zdatnej do chemicznego robienia, zwierze wkrótce zabić, inaczey ruchami trawiącego żołądka szkodliwa substancja przesunie się z żołądka do przewodu kiszkiowego i tu już jako bardzo rozprowadzona zawartościami kiszkiowymi traci na swoich szkodliwych własnościach. Zdarza się jednak, że u królików zabitych po upływie 16 godzin od chwili połknięcia kwaśnej zawartości rozmiękczonego żołądka, występuje ten objaw przez zaleganie kwaśnych zawartości, ale to tylko wówczas ma miejsce, gdy warstwa mięsna zostanie sparaliżowaną i ruch robaczkowy żołądka wcześniej za życia ustaje. Niektórzy badacze przypisywali kwaśnienie zawartości żołądka ustaniu czynności gałązek nerwu błędnego. Mniemanie to sprzeciwia się za-

sadom fizyologii, gdyż T i e d e m a n i wielu po nim fizyologów wykazali, że po przecięciu nerwu błędnego, sok żołądkowy oddziaływa obojętnie lub tylko nieco kwaśniej niż w normalnym stanie, co jednakże nie może wpłynąć na rozmięczenie ścian żołądka.

Powyższe dane według V o g l a zdają się dostatecznie przekonująco; że rozmięczenie żołądka nie jest wcale oddzielną formą chorobną, lecz zmianą pośmiertną, a objawy przez wielu autorów podawane jako cechować mające zmianę tę za życia, należą do pewnej formy chorobnej, jak to wyżej wspomniano.

## 6) Nieżyt kiszek.

(*Catarrhus intestinorum—Enteritis catarrhalis*).

Nieżyt błony śluzowej kiszek u dzieci jest najczęstszym ze wszystkich zaburzeń w przewodzie kiszkowym. Występuje samodzielnie lub jako powikłanie wśród rozmaitych chorób. Forma ta jednocześnie z zajęciem żołądka w domach podrzutek przy nagromadzeniu niemowląt w przeważnym stosunku do liczby matek, nie tylko że jest najczęstszą chorobą, ale zarazem stanowi prawdziwą plagę powiększając znacznie cyfrę śmiertelności. Choroba ta cechuje się głównie biegunką i oddawaniem mass stolcowych w nadmiernej ilości, nieprawidłowego składu i mniej lub więcej często.

**Przyczyny** bywają rozmaite. Dzieci żywione z garnuszka podlegają bardzo często samodzielnemu nieżytowi skutkiem niewłaściwego pokarmu; ssawcy zaś rzadko kiedy ulegają tej chorobie, wyjąwszy gdy karmiąca jest ohorą lub uległa normalnym wzruszeniom. Wówczas ssawiec staje się niespokojny skutkiem lekkich zaburzeń w przewodzie pokarmowym, wkrótce przemijających bez wpływu na normalny rozwój dziecięcia.

Najczęstszą zaś przyczyną tej choroby u ssawców jest zaziębienie, wykłuwanie się zębów siecznych skutkiem wydzielania i połykanie znacznej ilości śliny, oraz odstawienie dziecięcia od piersi (*diarrhoea ablactatorum*). U dzieci żywionych z garnuszka, rodzaj pokarmu nieodpowiedni wiekowi jest najczęstszą przyczyną nieżyty przewodu pokarmowego.

W ogólnej części mieliśmy sposobność wspomnieć, że sernik mleka krowiego w żołądku niemowląt ścina się w duże płatki, kobiece zaś w drobne i delikatne; to stanowi wielką różnicę pomiędzy mlekiem krowim chociażby najlepszymi własnościami posiadającym i mlekiem kobiet. Karmienie piersią nie zawsze jest możebnym, w większych miastach

brak dobrych matek daje się częstokroć uczuwać, dziecię wówczas skazane być musi na karmienie sztuczne, gdzie dość trudno mieć za zawsze mleko świeże i nie zafałszowane.

Tym sposobem żywione dziecię łatwo ulega nieżyтови przewodu pokarmowego, które często powtarzając się i trwając niekiedy przez całe miesiące, wstrzymuje rozwój ciała i sprowadza ogólne wyniszczenie. U dzieci starszych od roku sprawa ząbkowania bywa najczęstszą przyczyną nieżytu żołądka i kiszek. Wiadomo, że sprawa ta sama przez się, w normalnym przebiegu i przy odpowiednim pokarmie, częstokroć wikła się z umiarkowaną biegunką, niekiedy sięgającą wysokiego stopnia, tak, że w ciągu doby może wywołać znaczne wyniszczenie ogólne a nawet śmierć. W późniejszym dopiero wieku dziecięcia żołądek łatwiej trawi odpowiednio do wieku pokarmy, dlatego téż nieżyt kiszek u dzieci starszych, wynikający z błędów dyეტycznych pojawia się znacznie rzadziej, lecz i to ma swe granice; letnią porą zanim owoce w zupełności dojrzeją; bywają częstokroć przez łąko me dzieci spożywane, wywołują zaburzenia w przewodzie pokarmowym nie tylko w formie nieżytu, ale nawet jako dysenterya.

Następcze formy nieżytu występują przy chorobach płuc (*bronchitis; bronchopneumonia, tuberculosis pulmonum*) i wielu innych.

**Objawy** bywają rozmaite względnie do formy, siedliska i czasu trwania choroby. Najbardziej cechującym objawem jest biegunka, lecz zanim takowa wystąpi, poprzedzają inne świadczące o obecności kolki brzusznój, mianowicie: niespokojność, chwilowy lub niekiedy ciągły krzyk, tulenie nóżek do brzucha, niechęć ssania i t. p., dopóki nie nastąpi pierwsze obfitsze wypróżnienie, a wraz z niem skoro przeminęła przyczyna, choroba ustaje. Jednakże przebieg tego rodzaju rzadko spostrzegać się daje, przyczyna zwykle trwa dłużej, a ztąd choroba zostając w przyjaznych dla swego rozwoju warunkach, a nawet ciągle podniecana. Na trwanie choroby, na obfitość wypróżnień stolcowych, a ztąd i na ogólne odżywianie dziecięcego ustroju wielki wywiera wpływ obszerność przestrzeni błony śluzowój nieżytem zajętej.

Jeżeli sprawa chorobna dotyczy jedynie kiszek cienkich, zwykle nie towarzyszą objawy kolki brzusznój, biegunka jest umiarkowaną z powodu, że stosunkowo dość znaczna część płynu przesuując się przez niższą część kiszek zostaje wchłonięta, gdy przeciwnie nieżyt jednocześnie zajmujący błonę śluzową kiszek grubych, a szczególnieij odbytnicy manifestuje się obfitą biegunką, niekiedy połączoną z wydymaniem (*tenesmus*).

Z początkiem rozwoju choroby dziecię traci apetyt, unika ssania i dopóki biegunka trwa, chętnie przestaje na zimnej wodzie, lub klejko-watym napoju; z uśmierzeniem biegunki znów chętnie do piersi po-wraca. Zmuszanie w takich razach dziecięcia do przyjmowania pokar-mu, może być dla niego połączone z niepomysłnemi następstwami. Wprawdzie dzieci żywione z garnuszka, uległe nieżyłtowi żołądka i kiszek uspakajają się przez podanie kilka łyżeczek pokarmu lub sztuc-znie przyrządzonej zupki, trwa to jednakże bardzo krótko, gdyż wpro-wadzona nowa ilość substancji ulegających robieniu (fermentacji), po-budza gwałtowniejszy atak bólów i zaniepokaja dziecię na całe go-dziny. Ważném przeto będzie przestrzegać osoby dozorujące, ażeby niespokojność i krzyk dzieci dotkniętych nieżyłtem przewodu pokar-mowego, nie uśmierzały podawaniem jakiegokolwiek pokarmu lub smoczków, jak to powszechnie się dzieje, gdyż tym sposobem przez podtrzymywanie przyczyny, choroba do wysokiego stopnia zostaje spotęgowana, a dziecię ostatecznie zmęczone krzykiem i bólami, wy-niszczone biegunką, bezwątpienia zamrze. Rozpowszechnionemu w tym względzie zwyczajowi w prywatnej praktyce łatwiej zapobiegać, tu rozsądek pielęgnujących matek lub osób dozorujących przychodzi nam bardzo w pomoc, lecz inaczej dzieje się w domu podrzutek, gdzie pomimo najściślejszego dozoru, o ile ten jest możliwy, trudno ustrzedz nieuniejętne i przesadne mamki od podawania rozmaitych środków, smoczków, papek i t. p. potajemnie niemowlętom podawanych celem ich uspokojenia, zwłaszcza wówczas gdy jedna mamka dwoje a często-kroć i troje niemowląt zmuszoną jest karmić.

Znaki fizyczne przy nieżycie przewodu pokarmowego wykazują mniejsze lub większe wzdęcie przedniej ściany brzucha, bolesność w okolicy pępkowej dająca się wyśledzić przez omacywanie i częste przelewanie w kiszkaach (*borborygmi*). Opukiwanie przy obecności zawartości w pojedynczych pętłach kiszek wydaje odgłos miejscami stłumiony bębnowy.

Z początku nieżyłtu, nawet przy obfitej bieguncie gorączki nie ma, owszem ciepłota niekiedy obniża się, wydechane powietrze jest chłodniejsze, koniec nosa bieleje i ziębnie, wargi i końce paluszków sinieją, a powodu szybkiego zaniku tkanki tłuszczowej w oczodołach zapadają gałki oczne, co nadaje właściwy wygląd dzieciom uległym silnej bie-guncie. Dopiero po zatrzymaniu się odchodów stolcowych, skutkiem podwyższonej czynności zmiany materji następuje odczyn gorączkowy przez dłuższy przeciąg czasu zwykle trwający, a wstrzymując wy-zdrowienie i wyniszczając ustrój prowadzi do ogólnego zaniku i całego szeregu niepomysłnych następstw.

Tak smutne zejście choroby wówczas ma miejsce, jeżeli zaburzenia były ważne, odczyn gorączkowy silny i długotrwały; gdy zaś reakcyja trwa krótki przeciąg czasu, szybko następuje poprawa, wypróżnienia przez pewien jeszcze przeciąg czasu posiadają nieprawidłowe własności, stają się śluzowe lub przybierają stały stan skupienia i zgniłą woń, powraca chęć przyjmowania pokarmów, spożyty pokarm nie wywołuje nowych zaburzeń w przewodzie pokarmowym, dziecię jak przedtem zostaje spokojném, co jest największym dowodem, że funkcyja trawienia wróciła do prawidłowego stanu.

Cieęższe wypadki wikłają się z wodną puchliną mózgu, gruźlicą, krzywicą, owrzodzeniami w jamie ustnej, zaczerwienieniem lub obnażeniem z naskórka okolicy odbytu, wywinięciem się błony śluzowej końca odbytnicy, przerodzeniem tłuszczowém wątroby, powiększeniem się śledziony, błonicowém zapaleniem, z owrzodzeniem torebek odosobnionych w okrężnicy, rozrostem gruczołów kreskowych, i nareszcie z ogólnym zanikiem.

Kilka jeszcze słów o własnościach odchodów stolcowych, bo jaki kolwiek powyżej przy opisie biegunki (str. 170), o tém wspomnieliśmy dla ściślejszego określenia wypadu jeszcze tu nadmienić o zmianach jakim ulegają przy nieżycie błony śluzowej przewodu pokarmowego.

Z początku choroby są prawidłowo zabarwione, z każdym niemal wypróżnieniem bledną przybierając barwę jasno-żółtą nawet szara, z czasem stają się podobne do ryżowego odwaru, coraz więcej tracą przykrą woń, której wracanie wpływa na pomyślność rokowania i pozwalają wnosić o ustaniu biegunki w krótkim przeciągu czasu i ustępowaniu nieżyty. Stolce podczas wypróżniania trawiasto zielono zabarwione zdarzają się tylko podczas nieżyty u ssawców i niemowląt w pierwszym roku życia, z wiekiem coraz rzadziej bywają spotykane. Kwaśna woń i mocno kwaśny odczyn występują najwydatniej w zielonych wypróżnieniach. Wodnistość odchodów zależy od obszerności przestrzeni zajętej nieżytem, od większej ilości przyjętego napoju, a mniejszej stalszych pokarmów. Od obszerności przestrzeni zajętej nieżytem w kiszkiach grubych zależy ilość śluzu przymieszanego do rzadkich lub wodnistych mass stolcowych. W nieżycie częstość wypróżnień nie dochodzi nigdy do tak znacznej cyfry jak to ma miejsce w zapaleniu torebkowym (*enteritis follicularis*), i dysenteryi, o których poniżej będzie mowa. Wypróżnienie bardzo wodniste chlustające z odbytu zdarzają się częściej u małych dzieci, mianowicie u ssawców, i to tém więcej, im obszerniejsza jest przestrzeń nieżytem zajęta. Im płynniejsze massy stolcowe, tém są jaśniejsze i więcej pozabawione woni.

Co się tyczy czynności nerek, to ilość moczu podczas biegunki lub odczynu gorączkowego znacznie zmniejszona, obfituje w barwiki, i zostawiona w niskiej temperaturze niżej  $10^{\circ}$  R., osadza moczan sodowy kwaśny w postaci ceglastego proszku.

Przy nieżycie błony śluzowej kiszki częstokroć żołądek przyjmuje udział, wymioty jednakże pierwój niż biegunka ustępują. Nie rzadko przyłącza się nieżyt błony śluzowej oskrzeli, u dzieci zaś sztucznie żywionych zapalenie torebkowe kiszki (*Enteritis folliculosa*).

Zmiany anatomiczne bywają nie stałe, ostry nieżyt lokalizuje się najczęściej w jelicio czczém (*jejunum*) i biodrowém (*ileum*), przewlekłe zaś równie jak i zapalne sprawy (*Enteritis folliculosa, cruposa*), przeważnie zajmują kiszki grube, a szczególniej okrężnicę zstępującą i odbytnicę. Jednakże w ostrym jak i przewlekłym nieżycie do pewnego stopnia cały przewód kiszkowy udział przyjmuje, gdyż błona śluzowa zwykle w całym przewodzie kiszki obrzmiewa, z tą jednakże różnicą, że w ostrym dotyczy to jedynie warstwy błony śluzowej w ścisłym znaczeniu, w przewlekłym brzmię tkanka podśluzowa, a nawet i warstwa mięsna; barwa na powierzchni zwykle blada, niekiedy z odcieniem blado czerwonym, miejscami naczynia nastrożone krwią przesuwają się w ścianie kiszki w postaci drzewkowatych rozgałęzień lub zmieniony barwnik krwi przenika błonę śluzową zwłaszcza na skrętach pętlic kiszkowych i zabarwia ją sinawo-czerwono. Częstokroć nad powierzchnię błony śluzowej zwłaszcza w kiszkach grubych, wyzieraają gruczołki samotne w postaci białawych wyniosłości okrągłych, dochodzą wielkością łebka szpilki.

Obrzmienie to gruczołów polega na zwiększonym rozmnażaniu się komórek okrągłych (*hyperplasia*), zatrzymujących te same cechy co komórki znajdujące się w gruczołach w normalnym stanie. Z początku nieżytu torebki te jak również zestawione w kępy Peyer'a utrzymują się jeszcze przez pewien przeciąg czasu w opisanym powyżej stanie. Dopiero gdy nieżyt przybrał charakter przewlekły, płaszczeją, otaczają się krążkiem łupkowo-szarym, a w pośrodku występuje czarniawy punkt. Nabłonek słupkowy wyścielający błonę śluzową kiszki szybko opada na znacznych częstokroć przestrzeniach i w postaci większych lub mniejszych płateczków usunięty zostaje z przewodu z massami stolcowymi, odradzający się zaś nowy nabłonek traci charakter słupkowego nabłonka przyjmując cechy ciałek śluzowych. Czarnego zabarwienia błony śluzowej występującego zwykle u dorosłych przy nieżycie przewlekłym, nawet uporczywym nie zdarza się

u ssawców u starszych dzieci w bardzo małym stopniu w postaci małych ograniczonych i rzadko rozsianych ognisk.

W nieżyście ostrym kiszek najstalszym objawem anatomicznym jest obrzmienie błony śluzowej. Przekrwienie jęj bywa jednostajnie rozprzestrzenione, w innych razach w postaci smug ograniczonych i małych okrągławych ognisk lub punktów najliczniej w kiszce biodrowej, okrężnicy i kiszce prostej. U dzieci bardzo anemicznych przy mocnym rozdęciu kiszek i obfitem odłuszczeniu się zmetnieniu nabłonka, nawet przy nieżyście ostrym może nie okazać się przekrwienie.

Następczemu nieżytyowi towarzyszy silniejsze nabiegnięcie naczyń krwionośnych stałej spotykane. Obrzmienie i zwietczenie błony śluzowej wyższego dosięga stopnia w kiszczach grubych, co jednakże może nastąpić po śmierci przy znacznym przepełnieniu kiszek płynem przez dłuższy przeciąg czasu zalegającym w kiszce od chwili zgonu. Dla uniknięcia błędów w takich razach anamnesis i przebieg choroby posłużą do ścisłego ocenienia zmian przedstawiających się badaczowi. Torebki odosobnione i kępy Peyer'a obrzmiewają przeważnie w pobliżu zastawki Bauchina i w kiszczach grubych. Zawartość kiszek przy ostrym nieżyście najczęściej żółto-brunatna, u ssawców zielonawo zabarwiona wodnista lub klejowata, niekiedy upstrzona płatkami śluzu i nabłonka, przy gwałtownym przebiegu podobna do odwaru ryżowego. Niekiedy zawartości są śluzowate rzadkie lub śluzowopropiaste z przymieszką resztek pokarmu i nabłonka. na papiery probiercze oddziałują kwaśno lub obojętnie. Ściany kiszek zwykle wzdęte, niekiedy ściągnięte w razie bardzo ostrego przebiegu i przy współdziałaniu kiszek grubych.

Co się tyczy formy przewlekłej, tu ściany bywają mniej lub więcej wzdęte, blade; bezkrwiste, ścięnczone, przeświecające i łatwiej ulegające rozdarciu. Fałdy błony śluzowej pu większej części wyglądzone, treść śluzowata lub galaretowata rozmaicie zabarwiona. Takie zmiany spotykane są prawie wyłącznie u dzieci młodszych od dwóch lat, szczególnie w kiszczach cienkich, u starszych zajmuje przeważnie кишки grube, błona śluzowa brudno-czerwona, szarawa, potrójnie lub poczwórnice zgrubiała, surowiczo nasiąkła. Torebki wyzierają jako szarawe grudki, bez żadnego otoczenia, lub są okolone krążkiem czerwonym lub szarym, na szczytach częstokroć czarno zabarwione. W wypadkach wysoko posuniętego nieżyty, na błonie śluzowej kiszek grubych spotykać się dają szarawe plamy. Gruczoły kręzkowe w żadnym wypadku nie przyjmują ważniejszego udziału, sprawa chorobna ogranicza się na przekrwieniu, niekiedy są mniej lub więcej czerwone, szare i surowicą nasiąkłe lub suche, powiększone skutkiem bujania

elementów komórkowych, których postać, jak to wyżej wspomniano, nie różni się od zwykłych okrągłych elementów gruczołów limfatycznych. Niekiedy przy przyczepie do kiszek blaszek otrzewnej kręzkowej, okazują się w postaci ciemno czerwonych ciałek, od wielkości soczewicy do wielkości ziarna grochu, co zwłaszcza wówczas ma miejsce, gdy ściany kiszek znacznemu uległy zgrubieniu. Z następczych zaburzeń spotykamy zmiany należące do dysenteryi, owrzodzenia torebkowe, rzadziej powierzchowne owrzodzenia błony śluzowej. Po naciśnięciu niektórych torebek posiadających małeńki otworek, wypływa gęsty, ropiasty płyn, a pozostaje małe owrzodzenie z podminowanemi brzegami.

**Rokowanie.** Nieżyt przewodu kiszkowego zarówno atakuje chłopców i dziewczęta; występuje najczęściej i jest najniebezpieczniejszy w dwóch pierwszych latach wieku dziecięcego, u starszych dzieci stanowi mniej częstą i mniej ważną chorobę; rokowanie w niezycie następczym jest zależne od ważności głównej choroby i osobnikowych warunków.

**Leczenie.** Przy leczeniu dzieci uległych niezytowi kiszek, najważniejsze zajmuje miejsce działanie przeciwko przyczynie. Szczególniejszą uwagę zwrócić należy na mamkę; już przy małych zaburzeniach ze strony przewodu pokarmowego, zmienić należy dyetę zwykłą na mleko, rosół, kaszę i t. p. Wprawdzie mamka tym sposobem karmiona, będzie mniejszą ilość wyrabiać mleka, ta jednakże wystarczy na pożywienie chorego ssawca. Przy ważniejszych zaburzeniach, gdy mamka wymiotuje, ma biegunkę, zastosować leczenie według prawideł terapii. Jakkolwiek byłaby przyczyna niezytu kiszek u dzieci, odpowiednie uregulowanie dyety będzie najgłówniejszym zadaniem lekarza; bez tego środki apteczne nic nie znaczą i są prawie bezskuteczne. Dla tego skoro mamy do czynienia z niezystem kiszek, najpierwszym warunkiem przywrócenia normalnego stanu, będzie: oznaczyć ściśle rodzaj i ilość mającego się podawać pokarmu, a dopiero gdy to nie pomaga, uciec się do środków aptecznych (*narcotica, adstringentia, tonica, resorbentia*). Makowiec odgrywa tu najgłówniejszą rolę; podawać go można w formie proszku, naléwki lub wyciągu. Vogel zaleca naléwkę (*tinct. opii crocata*); macza w nią pędzelek grubości kruczego pióra, usuwa pierwszą spływającą kroplę szybkim dotknięciem palca do końca pędzelka, wkłada go w usta na języczek, przyciska szczękę dolną ku górnej i wysuwa pędzelek z pomiędzy zaciśniętych ust. Tym sposobem prawie pół kropli pozostaje w jamie ustnej, którą spłukuje do przełyku kilkoma kroplami wody grubszym pędzelkiem wniesionej do jamy ustnej. Dziecię zwykle wkrótce zasypia na kilka



godzin, ustaje biegunka, bez żadnych szkodliwych następstw ze strony mózgowia, jeżeli tylko nie przesadzono dawki. Dobrze częstokroć działają lewatywki z odwarów klejkich z dodatkiem makowca, zadane w małej ilości sprykaną cynową z końcem posmarowanym oliwą lub obojętnym tłuszczem. Skutek następuje w  $\frac{1}{2}$  do jednej godziny.

U dzieci sztucznie żywionych zadanie jest trudniejsze, przyjąwszy tu należy za zasadę wolną od wszelkiej krytyki ażeby dzieciom uległym nieżyłtowi przewodu pokarmowego nie podawać mleka krowiego pod jakąkolwiek formą; szkodliwe jego działanie przy nieżycie wielokrotnie zostało stwierdzonem, ustanie zaś biegunki przy dalszém jego podawaniu należy do wyjątków. Najpierwszém wskazaniem przeto będzie zabronić dalszego podawania mleka, a zastąpić napojami klejkowatemi, np. ciepłym odwarem korzenia storczykowego, dwa razy dziennie sporządzanym (na koniec noża  $\frac{3}{4}$  wody z małym dodatkiem cukru). Dzieci piją go chętnie a częstokroć działanie jest tak pomyślne, że nie zachodzi potrzeba zastosowania środków aptecznych. Mleczne zupki zastąpi 2—3 razy dziennie świeżo przygotowana zupka kleista z chudego i lekkiego rosółu mało solonego z dodatkiem substancyj mączkowych i małej ilości cukru. Należy ją podawać dopóki stolca dłużej niż 24 godzin są normalnego stanu skupienia i powrócił apetyt do zwykłych pokarmów. Wówczas dopiero podawać można gęstsze ale zawsze kleiste mączkowate zupki na rosolu; dopiero gdy wypróżnienia stolcowe przez 2 dni są normalne, próbować należy zupki mlecznej i z postępem czasu wrócić do poprzedniego sposobu żywienia wedle dyetecznych przepisów powyżej (str. 29 i następne) podanych, napój zaś salepowy zastąpić wodą zwyczajną. Postępowanie tego rodzaju w obydwóch formach nieżyłtu powinno być zastosowane. Przy nieżycie ostrym towarzyszą silna biegunka z wypróżnianiem surowicznych odchodów wskazuje na podanie środków toniczno-aromatycznych i ściągających. Kwaśne odchody u ssawców zobujętniać należy węglanem magnezyi, dwuwęglanem sody, wodą wapienną w połączeniu z aromatyczną lub małą ilością korzenia rzewienia, który z przymieszką proszku Dowera w małej dawce, niekiedy dobre świadczą usługi. Wypadki wikłające się z obfitą biegunką i oddawaniem mass wodnistych zwłaszcza w miesiącach letnich, w razach gdy makowiec zostaje bez skutku, częstokroć znacznie poprawiają się, po użyciu kalomelu  $\frac{1}{8}$  grana 3—4 razy dziennie. Bednar widział dobre skutki po użyciu  $\frac{1}{2}$  grana na dozę niekiedy z korzeniem jalapy. Vogel zaleca roztwór saletranu srebra ( $\frac{1}{2}$  gr. —  $\frac{3}{4}$  jii) z makowcem bez ulepku.

Celem usunięcia morzyska (*colica flatulenta*) występującego przed okazaniem się nieżyłtu lub w przebiegu tegoż, podajemy środki aromaty-

czne (*aq. foeniculi*) z makowcem, 2—3 razy dziennie powtarzane, ciepłe kąpiele, ciepłe okłady z odwaru rumiankowego, wonne nacierania i t. p. Przy nagłym upadku sił, środki drażniące skórę, dobrze ciepłe kąpiele, wino (Malaga).

Przewlekły nieżył stosownie do okresu i indywidualnych warunków, wymaga rozmaitych środków; posługujemy się tu głównie środkami odurzającymi (*narcotica*), ściągającymi, klejkami i łagodzącymi a nareszcie może zachodzić potrzeba zastosowania środków tonicznych. Przy wypróżnieniach śluzowatych oddawanych nieregularnie w rozmaitych porach dnia lub przeplatanych wypróżnieniami które posiadają własności więcej do naturalnych zbliżone, niekiedy dobrze działa winna nalewka rzewienia (*Tinct. rhei vinosa*), 1—3 łyżeczek dziennie. Uporczywe wypadki częstokroć ustępują po zastosowaniu odwaru z drzewa brazylijskiego (*Dtum ltgni campechiani*  $\text{℥}\beta$ — $\text{℥}\text{iv}$ ) z dodatkiem nalewki makowcowej (gutt. vj.—vjjj), również po użyciu odwaru z korzenia kolumbowego lub ratanii. Saletran srebra nie obiecuje poprawy jeżeli powyższe środki pozostały bez skutku. Lewatywki klejkowate z przetworami narkotycznymi lub ściągającymi (ałun, octan ołowiu, tanina) wspomagają niekiedy działanie powyższych środków, szczególnie przy nieżycie okrężnicy i odbytnicy. Obfite śluzo-ropne wypróżnienia zmniejszają się przez użycie lewatyw z siarczanem cynku (2—4 gran na dawkę), jakkolwiek częstokroć zawodzą.

Wsunięcie błony śluzowej odbytnicy z części otworowi stolcowemu przyległej ustępuje po zastosowaniu zimnych okładów zawierających środki ściągające; przy podtrzymywaniu się tego cierpienia wskazanem bywa wyciąg wroniego oka, który także bywa właściwym obok jednoczesnego zastosowania zimnych siedzeniowych kąpieleli i lewatyw, przy mimowolnem oddawaniu odchodów stolcowych jako następstwie nieżytu.

## 7. Zapalenie torebkowe kiszek i wiąd kryzkowy.

(*Enteritis folliculosa et Tabes mesaraica*).

Ważnem jest ze względu klinicznego ścisłe rozróżnienia zapalenia torebkowego kiszek od zwyczajnego nieżytu kiszkiowego, wszelako różnice anatomo-patologiczne nie są uderzające a przejścia jednej formy w drugą nader bywają częste.

**Objawy.** Choroba rozpoczyna się nieżytem kiszek; różnica zachodzi w tém, że odchody stolcowe mniej lub więcej wodniste po kilku dniach lub nieco dłuższym czasie trwania nie przybierają stalszego

stanu skupienia, jak się to dzieje w zwyczajnym niezycie: tu pozostają zupełnie rzadkie, przyjmują woń odrażająco zgniłą, przez drażnienie wywołują zaczerwienienie lub powierzchowne nadżarcia w okolicy odbytu, części płciowych, wewnętrznej powierzchni paśladków, ud, goleni i piętek.

Gorączka jest prawie stałą towarzyszką, ciepłota ciała podwyższoną, silne pragnienie, błona śluzowa ust niekiedy i koniec języka podsycają, ostatni częstokroć czerwienieje, staje się gładkim i jak gdyby czerwonym ulepkiem posmarowany, lub pokrywa się cienką białą warstwą; błona śluzowa wyściełająca jamę ustną i gardziel mniej lub więcej zaczerwieniona, wkrótce wysepkowato lub na większych przestrzeniach nieregularnie pokrywa się białą błonką, przez osadzenie się pleśniawek (soor). Częstokroć towarzyszą wymioty dosyć często powtarzające się. U dzieci poprzednio dobrze żywionych występują drobne fałdy na wewnętrznej powierzchni ud; warstwa tłuszczowapodskórna poprzednio jedrna wiotczeje, tłuszcz skutkiem obfitej biegunki i gorączki do tego stopnia znika, że po kilku dniach trwania choroby dziecię niszczaje, kończyny tracą okrągłe zarysy, uwydatniają się wyniosłości kostne na rączkach i nóżkach, skóra na udach fałduje się, gruczoły limfatyczne pachwinowe skutkiem powiększenia swój objętości i z powodu zaniku tłuszczu podskórnego uwydatniają się. Gałki oczne zapadają w głąb oczodołów, powieki postępują za nimi w ślad, tworzy się wydatna fałda od wewnętrznego kąta oka ku łukowi jarzmowemu, policzki bledną, wiotczeją, brzegi żwaczów rysują się, podbródek jest zaostrozony, skóra na szyi pofałdowana, mięśnie mostko-obojęzykowo sutkowe i krtań podają się naprzód; uwydatnione żebra łatwo bez dotykania można policzyć, a kręgosłup i miednica straciwszy pokład tłuszczowy, tracą właściwe zarysy. Brzegi kości czaszkowych zasuwają się na siebie, mianowicie ma to miejsce w szwie koronowym i węglowym (między kością potylicową i ciemieniowemi). Zwykle brzegi tylne kości ciemieniowych zasuwają się na brzeg górny kości potylicowej, w niektórych zaś wypadkach przeciwny zachodzi stosunek, w szwie koronowym brzeg kości czołowej podsuwa się pod przednie brzegi kości ciemieniowych. Objaw ten jest następstwem zmniejszenia się jamy czaszkowej i to zależy od zmniejszenia się objętości mózgowia, który zawierając znaczną część tłuszczu, podlega wraz z tkanką tłuszczową podskórną ogólnemu zanikowi a przynajmniej jest pewne, że stosunek tłuszczu w mózgowiu zmniejsza się. Zasunięcie się brzegów kości czaszkowych niepomyślnie wpływa na rokowanie, gdyż dziecię coraz więcej niszczając umiera, pomimo wstrzymania się biegunki i spożywania nawet dość znacznej

ilości pokarmów. Taki zanik mózgu wywołuje szereg objawów mózgowych objętych nazwą „*hydrocephaloid*” (*Marchale Chale*).

U wyniszczonych dzieci brzuch bywa zwykle wzdęty, skóra ujęta we dwa palce tworzy fałdę, która po ich oddaleniu nie łatwo się wygładza dając możność ocenienia stopnia zaniku. Na powierzchni miejscami dostrzegać się dają drobne guziczki wielkości łepka szpilki, połączone z sobą cienkimi nitkami, dającymi się wyśledzić przez omacywanie; jedni przyjmują je za zarośnięte żyły, inni zaś i to prawdopodobniej za naczynia chłonniczne.

Przebieg trwa 15 — 21 dni, niekiedy następuje mała poprawa, lecz po krótkim przeciągu czasu przyłączają się objawy mózgowie prowadzące śmiertelne zejście. W innych wypadkach przebieg trwa dłużej, dziecię przybiera wejrzenie niemile, staruszkowate, następuje ogólny zanik, gruczoły kreskowe i pachwinowe zyskują na objętości czyli powstają tak zwane suchoty brzuszne czyli wiał kryzkowy (*Atrophia s. tabes mesaraica*).

**Zmiany anatomiczne.** Zapalenie torebkowe przeważnie zajmuje kiszkę grubą i najczęściej jest następstwem nieżyty kiszek. Tu tkanka podśluzowa bardzo nasiąka surowiczym płynem i przez to na grubości zyskuje, jednocześnie w okrężnicy i na znacznej przestrzeni kiszek cienkich, błona śluzowa ulega ostremu nieżyтови a na jej powierzchni miejsce ślupkowego nabłonka zastępują ciała śluzowe. Odosobnione torebki i kępy Peyer'a są mocno obrzękłe, na pierwsze wejrzenie uwydatniają się ponad błoną śluzową w postaci małych guziczków i wysepek, które po pęknięciu przyjmują formę lejkowatych zagłębień okazujących się na wzniesieniach powstałych z pierwszego nabrzęku. Kryzki także nabrzmiewają, naczynia chłonicze uwydatniają się w postaci smug, gruczoły kreskowe powiększają się 2—4 razy, ich powierzchnia przekroju w świeżych wypadkach różowa, później przyjmuje barwę żółto-białą.

Co się tyczy zabarwienia błony śluzowej, takowe pomimo długiego trwania sprawy chorobnej małej ulega zmianie.

Główną anatomo-patologiczną różnicą pomiędzy nieżytem kiszkiowym i tak zwanym zapaleniem torebkowym, stanowi udział gruczołów kryzkowych wywołujący właściwe następstwa; bo jakkolwiek nie udało się dotąd wykazać doświadczeniami przedsięwziętymi w celu przekonania się czy przez powiększone i stwardniałe gruczoły kryzkowe mleczko (*chylus*) w dalsze części układu chłonicznego może przepływać, to jednakże z wielkim prawdopodobieństwem przypuszczać można, że dziecię uległe ogólnemu zanikowi, po przemi-

nięciu już zapalenia torebkowego, pomimo obfitego spożywania pokarmów w ostatnich kilku tygodniach a nawet miesiącach i powstrzymania biegunki, z żadnej innej przyczyny zdaje się nie ulega ogólnemu zanikowi, jak tylko z utrudnionego przepływu mleczka przez gruczoły w wyższą część układu mleczowego. Na tej zasadzie *tabes mesaraica* dawniejszych autorów może mieć słuszną podstawę, jakkolwiek jest zaprzeczany przez niektórych nowszych lekarzy. Dawniejsi mylą się tylko sądząc, że powiększone gruczoły przez ścianę brzuszną są domacalne. Przy rozroście gruczołów, кишки są zwykle wzdęte i uniemożliwiają wycucie drobnych nabrzmiń wielkością zaledwie orzecha laskowego dochodzących i utkwionych poza napiętymi pętlcami kiszki przeszkadzających naciśnięciu gruczołów przez ścianę brzucha do kręgosłupa. Wprawdzie przy zaniku z innych przyczyn powstałym, mianowicie skutkiem gruźlicy gruczołów kreskowych zdarzającej się u kilkoletnich dzieci, udaje się wymacać przez ścianę brzucha większe lub mniejsze guzy w jego wnętrzu, ale wówczas większych dochodzą one rozmiarów, przedstawiają się pod formą pakietów powstałych ze zrośnięcia pojedynczych gruczołów zgruźlonych i uległych serowatej przemianie, drobne zaś powiększenia, jak się to zdarza przy *enteritis follicularis* niepodobna za życia domacać.

**Leczenie.** Środki przy niezycie kiszki podobne i tu mogą być wskazanymi, względnie do towarzyszących objawów. Skuteczność ich wątpliwa, najważniejszym środkiem od którego spodziewać się można poprawy przy znacznym zaniku (*atrophia*) jest mleko kobiece. Dziecię uległe zanikowi, przez kilka miesięcy zostające bez nadziei życia, trapiące uporczywą biegunką i wytwarzaniem się pleśniawek w jamie ustnej, do wysokiego stopnia niespokojne, skoro zostanie powierzone troskliwej mamce, wkrótce zyskuje poprawę. Wprawdzie z początku ssie tylko po kilka minut powracając do nawykłej niespokojności, wszelako po kilku dniach ssą zupełnie jak zdrowe dzieci, śpią po kilka godzin bez przerwy, odchody zmieniają się coraz więcej na żółte, stałsze, normalne kwaskowatej woni, słowem po kilku tygodniach dzieci zmieniają się na lepsze, prawie nie do poznania. Przeciwny zachodzi wypadek i to prawie śmiertelny, gdy okoliczności zmuszają pozostawić dziecko na właściwym pokarmie. Niekiedy gorączkę daje się uśmierzyć podaniem chininy do dwóch gran dziennie, a jeżeli dozoruujące osoby umiejętnie podawać będą właściwe pokarmy, dziecko może jeszcze do zdrowia wrócić, do czego dopomagamy podawaniem przez długi przeciąg czasu po kilka kropli, kilka razy dziennie nalewki z jabłkanu żelaza; niestety rzadkiem jest takie zejście, zwykle dziecko

coraz więcej nędznieje i cała sprawa chorobna zakończy się niepomysłnie.

## 8) Czerwonka.

(*Dysenteria*).

Niemowlęta w pierwszym roku życia są prawie wolne od czerwonki epidemicznej, natomiast dzieci starsze, mianowicie po drugim zębowaniu podpadają jej na równi z dorosłymi. Sporadyczna forma dysenterji bywa także i u niemowląt spotykana, jednakże w przebiegu jest o wiele łagodniejszą od formy epidemicznej i na tém też główna różnica zachodzi pomiędzy temi dwiema formami.

**Objawy** obydwóch form dysenterji są jednakowe, różnią się natężeniem i niebezpieczeństwem w przebiegu; choroba umiejscawia się głównie w kiszkiach grubych, poczyna się biegunką; a własności odchodów stolcowych wnosimy o natężeniu sprawy chorobnej odbywającej się na błonie śluzowej; z rozwojem choroby, każde wypróżnienie staje się coraz mniej fekalnym, mniej cuchnącym, z przymieszką szklistego śluzu, świadczącego o zajęciu błony śluzowej kiszki grubych. Niekiedy po krótkim przeciągu czasu masy stolcowe zostają jednostajnie czerwono zabarwione, lub tylko w części śluzowatej przesuwają się mniej lub więcej krwawych żyłek a to względnie do odległości miejsca, w którym wynaczynienie następuje: w pierwszym razie pochodzi z wyższej części kiszki, w drugim z odbytnicy, a krew mając różny czas do zmieszania się z kałem, różnie się przedstawia w odchodach. W miarę zwiększenia się ilości śluzu w stolcach, ilość właściwego kału bywa mniejszą tak, że w końcu odchodzi wyłącznie sam śluz, w którym łatwo rozpoznać przymieszkę krwi. Jeżeli zaś ta dłużej była w zetknięciu ze śluzem, zabarwia go jednostajnie a wypróżnienie przyjmuje barwę różową lub czerwoną.

Niekiedy wypróżnienia stają się bardzo szare lub szaro czerwone, zgnikłej woni, skutkiem utworzenia się owrzodzeń wydzielających dość znaczną ilość ropy ze swęj powierzchni i obfitęj przymieszki nabłonka. Wśród takich stolców zdarzające się niekiedy kawałki masy fekalnych stalszych nie wpływają wcale na rokowanie, gdyż pochodzą z części kiszki nie zajętych chorobą; po ich odejściu odchody przybierają napowrót cechy właściwe dla dysenterji. Badanie drobnowidzowe odchodów, wykazuje wśród masy drobnoziarnistej, zwykle alkalicznie oddziaływującej obecność nabłonka, ciałek śluzowych, kulek ropy, tłuszczu, szczątków pokarmów, fosforanów trzypasadowych, wymoczków, a rozcieńczone z dystylowaną wodą i przefiltr-

wane przez białą bibułę z kwasem saletrzanym oddziaływają na białko. Częstokroć wypróżnień zależy od natężenia sprawy chorobnej, w lepszych wypadkach 4—8 razy, w cięższych 20—30 w przeciągu doby, co zależy od stopnia wydymania (*tenesmus*), a nie od ilości wypróżnianych mass. Ten ostatni objaw t. j. wydymanie, stałym jest towarzyszem dysenterji, objawem przykrym i męczącym dla dziecka, wynikiem podrażnienia i obrzmienia błony śluzowej znajdującej się w pobliżu otworu stolcowego, a fałdy jęj zaczerwienione i obrznięte z czasem wysuwają się na zewnątrz otworu stolcowego. W takich razach stosowanie lewatywek, które mogłyby wielką sprawić ulgę, zostaje utrudnionem lub nawet niemożliwym z powodu bólu wzmagającego się niekiedy do tego stopnia, że dziecię w chwili zasadzania kanki wpada w drgawki. Zdarza się także bezwład zwieraczy odbytu i wypadanie odbytnicy (*prolapsus recti*); wówczas wydymanie ustępuje, ale rokowanie pogorsza się.

Również stałym objawem jest ból brzucha, zwykle napadowy i wzmagający się na szczycie choroby do tego stopnia, że dziecię bezustannie jęczy; przy omacywaniu brzucha najwięcej uwydatnia się on w okolicy pępkowej i na przebiegu okrężnicy. Wymioty w formie sporadycznej wyjątkowo się zdarzają, w epidemicznej zaś zdradzają przyłączające się zapalenie otrzewnej. Gorączka występuje dopiero w przebiegu choroby gdy zachodzą zmiany anatomiczne w kiszki, ciepłota ciała rzadko podwyższona, zwykle normalna, w ciężkich formach nawet zmniejszona. Tętno nie może być miarą natężenia choroby. Niekiedy przyłączają się objawy mózgowie (drgawki, majaczenie) nawet w formie sporadycznej. Trwanie bywa różne: sporadycznej 4—6 dni, epidemicznej 10—14 dni; jednakże powstające wyniszczenie ustroju, wysokiego dochodzi stopnia i u wielu dzieci jeszcze na długi przeciąg czasu tamuje powrót do prawidłowego stanu zdrowia. Śmierć następuje albo w pierwszych dniach choroby lub w przewlekłych wypadkach w ostatnim okresie.

Co się tyczy powikłań przy formie sporadycznej spotykane bywa zapalenie płuc; z następstw: ogólny zanik z obrzmieniem gruczołów kryzkowych (*tabes mesaraica*); epidemiczną formę wikłają różne ostre i przewlekłe choroby zapalne, z następczych zaś cierpienie spotykane bywają bezkrwistość, ropnica, wyniszczenie ogólne, przedziurawienie kiszki, zapalenie otrzewnej, zwężenia kiszek, żółtaczką, ropnie wątroby i t. p.

Zmiany anatomiczne. Badania anatomo-patologiczne dokonane na zwłokach dzieci zmarłych z dysenterji wykazują umiejscowienie się sprawy chorobnej głównie w okrężnicy i odbytnicy. Po-

wierzchnia wewnętrzna rzeczonyj części kiszek, okazuje się nie jednostajnie obrzmiałą i zabarwioną, na szczytach fałd błony śluzowej, a głównie w zgięciach кишки grubiej zalegają warstewki brudno szarozółtawe, szaro-czerwone lub ciemno zabarwione, grubością do jednej linii dochodzące, łatwo dające się usunąć, a obnażona w tych miejscach błona śluzowa przedstawia się mocno zaczerwienioną, nabrzmiętą, spulchnioną, a tym sposobem wewnętrzna powierzchnia кишки staje się nierówną, w jednych miejscach wzniesiona, w innych pozagłębiana. Wypłód ten chorobny osadzający się na wewnętrznej powierzchni kiszek oddziela się po kilku dniach, a stosownie do głębokości miąższu przenikłego wypłodem chorobnym powstają płytsze lub głębsze owrzodzenia z nierównymi jakby poszarpanymi brzegami. Torebki odosobnione silnie obrzmiałe, niekiedy ulegają płytkim owrzodzeniom, które w formie epidemicznej są znacznie głębsze. Inne narządy w stanie bezkrwistości, jedynie otrzewna tu i owdzie zaczerwieniona, zwłaszcza w miejscach odpowiadających głębszym zaburzeniom błony śluzowej кишки.

**Leczenie.** Najpierwszém i główném wskazaniem jest zastosowanie warunków higienicznych i dyetetycznych. Chore dzieci umieszczone być powinno w pokoju jednostajnie ogrzanym i przewietrzanym. Ssawcy mogą pozostać przy piersi, żywionym sztucznie lub starszym podawać kleikowate odvary i cienki mały solony rosół przygotowany bez przypraw korzennych.

Z początku choroby przy obecności bólów w brzuchu celem usunięcia zawartości z przewodu pokarmowego, właściwém będzie olej kleszczowinowy podany w klejowatym odwarze. Przy bardzo silnej gorączce, znaczném podrażnieniu w przewodzie pokarmowym, kilka pijawek w okolicy odbytu, ale tylko u dzieci starszych, przyczém strzedz się należy zbytznego upływu krwi. Niemowlętom niechętnie takowe zalecamy. Jednym z najwięcej użytecznych środków przeciwko dysenterji jest makowiec pod formą lewatywki z klejowatym odwarem, lub wewnętrznie w mieszance łągodzącej; wówczas objawy podrażnienia, jako to: wydymanie, bolesność w brzuchu, niespokojność, biegunka, częstokroć zmniejszają się, a nawet ustępują już po krótkim przeciągu czasu. Przy uporczywości sprawy chorobnej, skutecznie może działać dwuchlorek rtęci z makowcem, np. rocznemu niemowlęciu proszki kalomelu  $\frac{1}{8}$  gr., makowca  $\frac{1}{24}$  gr. z 5 granami cukru. Podwyższoną chęć napoju uśmierza letni klejowaty płyn. Nieprawidłowe pobudzenie narządu nerwowego uspokojaniem bywa częstemi kąpielami powtarzaniem 2—3 razy na dobę. Skoro ustąpiły objawy okresu podrażnienia, będzie na czasie zapobiegać biegunce łatwo przybierającej charakter przewlekły; tu kwalifikują się do użycia



środki ściągające i wonne (*extr. lign. campechiani, tra. catechu, argentum nitricum, ac. tannicum, alumen* i t. p.), oraz okłady ciepłe na brzuch, kąpiele ciepłe ogólnie stosowane.

### 9) Wpochwienie kiszek.

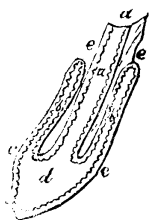
(*Intussusceptio*).

Wsunięcie się części kiszki w sąsiedni kawałek na podobieństwo zawijającego się palca ciasnej rękawiczki przy zdejmowaniu, nazywamy wpochwieniem. Przy badaniu zwłok dziecięcych bywa ono często spotykane nie zdradzając się żadnymi za życia objawami. Bywają napotymane w jednym lub jednocześnie w kilku miejscach wyłącznie w obrębie kiszek cienkich. W trupach cholerycznych, dysenterycznych tyfusach i zmarłych na zapalenie otrzewnej nie bywa spotykane; występujące przy chorobach mózgowych prawdopodobnie jest następstwem niejednostajnej inervacji warstwy mięsnej kiszek w chwili konania.

Zdarzają się jednakże wypadki u dzieci młodszych od roku wpochwinię z całym szeregiem następstw, mianowicie zwężeniem kiszki, krwotokiem, wyrzucaniem z żołądka mass krwawych, szybkim upadkiem sił i t. p., zwykle kończące się niepomyślnie.

Anatomiczne stosunki w obydwóch rodzajach wpochwienia bywają te same. Każde wpochwienie składa się z trzech warstw, z których zewnętrzna i średnia są ku sobie zwrócone błoną śluzową, średnia i wewnętrzna warstwą surowiczą, jak tu figura 10 przedstawia. Zewnętrzną warstwę *co* nazywa Rokitański pochwą (*intussuscipiens*),

Fig. 10.



wewnętrzną *aa* nazywa wnikającą, średnią zaś *bb* wysuwającą się (a obiedwie razem *intussusceptum*). Po między częścią kiszki wnikającą i wysuwającą się zagłębia się stożkowato część zmiętej kryzki, należącej do tak zwaney pochwy nadając pewną formę wpochwieniu. Pociągania kryzek są powodem, że uwięziona część kiszki (*intussusceptum*) przedstawia pewną krzywiznę, nie przebiega równolegle do pochwy, lecz przy jednej ze ścian; tym sposobem ujście części wpochwioney nigdy nie jest okrągłem lecz zawsze przedstawia się podłużnie. Przedłużanie się wpochwienia odbywa się przez nasuwanie warstwy zewnętrznej czyli pochwy na część dalszą, a ujście (*d*) części wnikięj (*ab*) tworzy punkt stały.

Przyczyny są nie jasne, prawdopodobnie mouniej ściągnięta część kiszki służy za punkt wyjścia, na który zasuwa się przyległa część

przez szybszy ruch robaczkowy. Za przypuszczeniem tém przemawia powstawanie wPOCHWIENIA przy długotrwałych biegunkach, wówczas wewnętrzna warstwa (*intussuscipiens*) prawdopodobnie w skutek niezytu jest zwiotezoną, gdy wnikająca znajduje się w normalnym stanie.

Następstwami wPOCHWIENIA bywają: wadliwy obieg krwi w uwięźniętój kryzce, obrzęk i przekrwienie w części wPOCHWIONÉJ, zapalenie wysiękowe powłoki otrzewnej w części wstępującej i występującej wPOCHWIENIA. Skutkiem nabręknienia części wPOCHWIONÉJ z początku jeszcze istniejące światło kiszki z czasem przy wysokim stopniu obrzmienia zostaje zamknięte, massy stolcowe nie mają swobodnego przejścia, a odchodzące mają wejrzenie krwistego śluzu, z postępowaniem czasu przyłączają się jeszcze wymioty massami falkalnemi. Zasuwanie się kiszki zwykle postępuje z góry ku dołowi, niekiedy dosięga kiszek grubych, tak, że uwięzioną można wyczuwać przez odbyt. Śmiertelne zejście następuje skutkiem zapalenia otrzewnej lub zgorzeli części wPOCHWIONÉJ.

**Objawy** nie są wybitne dopóki światło kiszki nie zupełnie jeszcze zamknięte zostanie, a gdy to nastąpi występują objawy znane przy zaciśniętych przepuklinach. Skoro zaciśnięcie jest niezupełne, samo zawinięcie się kiszek sprowadza gwałtowne bóle, brzuch wzdyma się znacznie, niekiedy wymacać można przez ściany brzuszne podłużny guz, prawdopodobnie skutkiem nagromadzenia się zapartego kału po nad częścią wPOCHWINOWĄ; wówczas dzieci najczęściej mają stolec utrudniony, niekiedy jednakże towarzyszy biegunka, a odchody stolcowe zawierają przymieszkę krwi w rozmaitym stosunku.

Również stałym objawem bywają wymioty najprzód spożytemi pokarmami, później massami śluzowemi barwy żółtój lub zielonój. Dzieci szybko upadają na siłach, a wygląd ich twarzy przypomina cholerycznych; tentno maleje, w końcu zaledwie jest wymacalne, przyłączają się omdlenia, a zwykle w 3—4 dni śmierć. Najpomyślniejszém lecz niestety najrzadszém zejściem bywa przyrośnięcie brzegu części wPOCHWIONÉJ do brzegu części wPOCHWIAJĄCÉJ, przyczém obumarła część wPOCHWIONA przesuwa się w dalszą część przewodu kiszkowego. Zdarzają się jednakże polepszenia bez zgorzeli, mianowicie gdy światło kiszki zamknięte napowrót otwiera się, a ciąg przewodu pokarmowego przywróconym zostaje; w takich razach wPOCHWIENIE ustala się, jest przyczyną zwężenia nie tamującego przejściu zawartościom kiszkowym, jednakże z tego względu jest niepomyślném, że usposabia do obudzenia się sprawy zapalnej, mogącej przesunąć się na kiszki, wywołać zapalenie i stać się powodem nowego wPOCHWIENIA.

**Leczenie.** Takie samo jak u dorosłych, ponieważ jednak rozpoznanie u dzieci jest o wiele łatwiejsze i wcześniej może być dokonaniem, środki czyszczące umiejętnie zastosowane celem zniesienia wPOCHWIEŃ, mogą pomyślniejsze przynieść rezultata; jednakże wszystkie środki pobudzające ruch robaczkowy mogą tak dobrze szkodzić jak i pomódz, raz że wPOCHWIEŃ może być napowrót rozsunięciem, z drugiej zaś strony może się powiększyć i zniszczyć usiłowania natury celem utworzenia zapalenia zlepnego. W ogóle unikać należy środków silnie drażniących, czyszczących, a tém więcej wymiotnych, skuteczność ich jeżeli nieszkodliwa, to przynajmniej niepewna. Radzą także rtęć metaliczną, celem mechanicznego wysunięcia wpukłonej kiszki niekiedy z dobrym skutkiem. R o k i t a n s k y radzi wdmuchiwanie powietrza lub wyciąganie powietrza szprycą, ale to zwykle bez skutku. Najwłaściwszém postępowaniem będzie zastosować ścisłą dyetę i spoczynek, podać makowiec aż do upojonia; przy tej metodzie P f e u f r'a, której skuteczność została wielokrotnie stwierdzoną, udało się powstrzymać ruch robaczkowy, a tym sposobem przyczynić się do łatwiejszego zlepiania się brzegu części kiszki wPOCHWIAJĄCĄJ do wPOCHWIONÉJ. Cięcie brzuszne pomimo wielkiego niebezpieczeństwa, z którym jest połączone, także pomyślnym skutkiem bywa uwieńczone.

## 10) Przepukliną pachwinową.

(*Hernia inguinalis*).

Wyrostek pochwy otrzewnej (*processus vaginalis peritonei*) u noworodków w pierwszych dniach pozostaje otwarty i usposabia do wystąpienia jednej lub więcej pętliczek kiszkowych na zewnątrz do worka jądrowego, u dziewcząt zaś we większą wargę sromną, a to zwykle skutkiem nadmiernego działania tłoczni brzusznej.

W większej liczbie wypadków przepuklina jest zewnętrzna (*h. inguinalis externa*). U chłopców pętla kiszkowa bezpośrednio styka się z jądrem, co w żadnej przepuklinie nabytej miejsca mieć nie może. Z tego powodu przepuklinę u noworodków powstającą za wrodzoną uważać można.

Przedstawia się pod postacią miękkiej guzowatości okrągłej, niewyraźnie odgraniczonej, rozciągającej się od zewnętrznego otworu pachwinowego kawałka aż do moszny. Guzowatość ta łatwo daje się odprowadzić, lecz łatwo występuje przy silniejszém działaniu tłoczni

brzusznój, np. podczas krzyku, kaszlu, wzdęcia brzucha, wydymania się przy oddawaniu stolca i t. p.

U dziewcząt przepuklina pachwinowa przedstawia podobne cechy, zdarza się jednakże rzadziej i mniejszych sięga rozmiarów. Powstawanie jój objaśnić się daje w ten sposób, że przez kanał pachwinowy, przeznaczony dla więzu okrągłego (*canalis ligamenti rotundi*) w okresie rozwoju płodu otwarty, lecz jeszcze przed porodem zamknięty, wysuwa się pętla kiszkowa, lub co zdarza się bardzo rzadko jajnik. Według Ammon'a jednakże przepuklina u dziewcząt może posiadać własny worek (*saccus herniosus*) przez wypuklenie się na zewnątrz otrzewnej, ale to należy do wyjątków.

Wnętrze przepukliny zajmuje zwykle jedna lub więcej pętlic kiszkowych, niekiedy sieć (*omentum*). Objętość z początku mała, z postępem czasu przybiera większe rozmiary, wnika w worek mosznowy, przez co kanał rozszerza się, skraca, staje się prostszym, a po nagromadzeniu się płynu surowiczego następuje powiększenie przepukliny pachwinowej z wodną puchliną worka jądrowego (*hydrocele*). Niekiedy przyłączają się objawy zapalne, powodujące zrosty pętlic z jądrem i uniemożliwiające odprowadzenie uwieżnionej części do jamy brzucha. Zaciśnięcie wytwarza się bardzo rzadko i gdy przepuklina chwilowo stwardnieje, staje się bolesną i nieodprowadzalną za pomocą kąpieli ciepłych, a jeszcze pewniej po znieczuleniu chloroformem łatwo odprowadzić się daje. Przybrawszy większe rozmiary, rozszerza znacznie kanał pachwinowy i po każdym odprowadzeniu napowrót wysuwa się nawet przy zwolnieniu tłoczni brzusznej i poziomém ciała położeniu.

**R o z p o z n a n i e r ó ż n i c z k o w e.** Poczynająca się przepuklina pachwinowa zmienioną bywa z opóźnioném zsunięciem się jądra do worka moszennego, po zupełném wykształceniu z wodną puchliną worka jądrowego (*hydrocele*). Odprowadzalność przepukliny, brak przejrzystości i niekiedy słyszeć się dające burczenie, wystarcza do ścisłego oznaczenia rodzaju choroby.

Względnie do czasu powstawania przepukliny, atakowanej nią płci i powikłań, następujące odmiany odróżnić wypada:

Co do czasu 1) *Hernia canalis vaginalis congenita*.

2) *Hernia canalis vaginalis mox post partum acquisita*.

Co do płci 1) *Hernia canalis vaginalis testiculi congenita*.

2) *Hernia canalis ligamenti rotundi congenita*.

Co do powikłań 1) *Hernia inguinalis congenita c. hydrocele*.

2) *Hernia inguinalis congenita c. adhesionē testiculi ad intestina*.

**Leczenie.** Usiłowania natury najczęściej wystarczają do uleczenia przepukliny pachwinowej, a to przez przybytek tkanki tłuszczowej podskórnej, wsuwanie się pętli ku jamie brzusznej i zaciągnięcie się kanału pachwinowego. Dziecię powinno być strzeżone od wszystkiego co go wprawia w niespokojność i od zaparcia wypróżnień stolcowych. Opaski są trudne do zastosowania, a częstokroć szkodliwe przez powolne zagajanie się obrażeń pod naciskiem poduszeczki łatwo powstających. W użyciu potrzeba ich mieć dla zmiany przynajmniej trzy, a i te nie starczą dłużej nad 8 do 10 tygodni, przytém u dzieci małych i szczupłych trudne są do dokładnego i trwałego nałożenia. Z tych powodów opaski nie są do zalecenia, a jeżeli osoby zajmujące się wychowaniem dziecięcia koniecznie tego pragną, właściwem będzie uprzedzić ich o większym koszcie i mogących nastąpić obrażeniach na okolicy naciskanej poduszeczką i ztąd tamowania rozwoju dziecięcia. Lekarzowi pozostaje przeto zalecić przepisy higieniczno-dyetyetyczne, a im wcześnię pokład tłuszczowy rozwijać się będzie, tэм prędzej zamknięty zostanie kanał, którym wysuwa się pętlica kiszkiowa.

### 11) Spękanie odbytu.

(*Fissura ani*).

Właściwą jest każdemu wiekowi, przeważnie występuje u osób z utrudnioném oddawaniem mass stolcowych. Przedstawia się pod postacią rysy podłużnej, mniej lub więcej głębokiej, 1 — 2 mm. długiej, przy badaniu powierzchowném nie zawsze łatwé do spostrzeżenia i dla tego należy dokładnie i pojedynczo przejrzeć wszystkie fałdki błony śluzowej i skóry w odbycie. Pęknięcie prawdopodobnie powstaje mechanicznie skutkiem rozciągania odbytu stwardniałemi kawałkami kału, które po przesunięciu się na zewnątrz przedstawiają się miejscami zakrwawione, a ze szpary sączy się jeszcze kilka kropel krwi, towarzyszy silny ból, tak, że twarzy wyraz zmienia się i dziecię drży z bólu, który jeszcze przeciąga się na pewien przeciąg czasu po oddaleniu mass stolcowych.

**Leczenie.** Usunięta przyczyna usunie chorobę, uregulować więc należy wypróżnienie odbytnicy przez podanie środków lekko rozwalniających lub ograniczających zbyt obfitą wydzielinę stosownie do potrzeby. Trousseau radzi lewatywki z wyciągiem korzenia ratanii;

forma ta niedogodna z powodu występującego bólu przy zastosowaniu kanki szprycowej, co często musi być powtarzaném.

Tuszowanie spekań błony śluzowej saletraném srebra o wiele właściwsze, jednorazowe pociągnięcie chociaż także bolesne, ale wystarczy do zagojenia się ranki w bardzo krótkim przeciagu czasu.

## 12) Polipy odbytnicy.

(*Polypi intestini recti*).

U dzieci należą do rzadkości, cytowane w nauce wypadki odnoszą się do starszych od 2 lat. Krwawienie mniej lub więcej obfite z otworu stolcowego przy wypróżnianiu mass fekalnych lub wkrótce po ich odejściu stanowi główny objaw niniejszego cierpienia a niekiedy było powodem błędów u dziewcząt popełnianych pocztywania go za odpływ miesięczny, co jednakże na pierwszy rzut oka łatwo odróżnić po umiejscowieniu się plam na bieliznie. Odpływy z odbytnicy walają tylną część, przy miesiączce zaś i przednia zostaje zakrwawioną.

Wypróżnianie odbytnicy trudne, bolesne a niekiedy przy silniejszym wydymaniu się wyziera polip przez odbyt, lecz natychmiast cofa się skoro ustanie działanie tłoczni brzusznej. Badanie odbytnicy połączone jest z silnym bólem, wykazuje siedlisko polipa zwykle w pobliżu otworu.

**Leczenie.** Polip wzrasta skoro nie nastąpi dobrowolne jego odpadnięcie, krwawi i sprawia ból. Usunąć go wówczas należy przez odgniecenie paznogciami lub pętlą nicianą na szypułkę nałożoną. Przed przystąpieniem do odgniatania należy odbytnicę wypróżnić celem łatwiejszego ujęcia usuniętego guza a w tym celu właściwém będzie na kilka godzin przed operacją podać dziecku napar liści sene-sowych lub inny środek rozwalniający.

## 13) Wypadnięcie odbytu.

(*Prolapsus ani*).

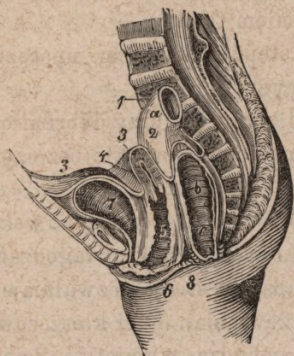
Dwa różne rodzaje cierpienia objęte są pod tém nazwiskiem:

1) Zwyczajne wywiniecie się błony śluzowej w najbliższej części odbytnicy przy otworze stolcowym;

2) W pochwienie wyższej części odbytnicy i wysunięcie się jej na zewnątrz.

Jak wiadomo odbytnicę podzielić można na 3 okolice: górną, średnią i dolną (fig. 11 a, b, c).

Fig. 11 1).



Górna zajmuje połowę kiszki prostej, a budową zbliża się do esowatego zagięcia okrężnicy (*S romanum*); powleczone jest otrzewną walcowatego kształtu, przesuwając się z góry ku dołowi, z lewej nieco ku prawej stronie. Granice jej od *S romanum* do części odbytnicy niepowleczonej otrzewną, gdzie zaczyna się część środkowa. Na tylnej powierzchni odbytnicy powłoka ta wyżej zwraca się ku górze, a na wysokości 3-go kręgu krzyżowego na ścianę tylną miednicy, na przedniej zaś zapuszcza się niżej.

Część środkowa (fig. 11 b) przylega z tyłu do kości krzyżowej za pomocą wiotkiej tkanki łącznej, z przodu zaś u chłopców do pęcherza moczowego i gruczołu krokowego, u dziewcząt do pochwy. Zawiera ona stosunkowo znaczną ilość włókien mięsnych podłużnych, okrążające zaś są słabo rozwinięte. Część ta przy nagromadzeniu kału może się znacznie rozszerzyć. Nareszcie część najniższa (fig. 11 c) jest najkrótsza. Granica od gruczołu krokowego ku dołowi do odbytu, obwiedziona obydwoma zwieraczami odbytu.

Przy wypadnięciu wyższa lub niższa część odbytnicy przyjmuje udział. Zdarzają się wypadki, że najniższa część jak wspomniano, zawierająca zwieracze wypukła się na zewnątrz w postaci żywo-czerwonego lub sino-czerwonego guza z otworem w pośrodku. W innych wypadkach część średnia zostaje w pochwie, wsuwa się ku odbytowi pod formą cylindra kilka cali długiego, sino-czerwonego, w którym odpływ krwi z rozgałęzień żylnych wstrzymany zostaje skutkiem ściągnięcia się zwieraczy odbytu.

W pierwszym rodzaju wypadnięcia można łatwo wprowadzić palec w otwór w pośrodku guza istniejący, przyczem wysunięta część

1) Fig. 11 przedstawia anatomiczne stosunki odbytnicy w jamie małej miednicy. 1) Kość krzyżowa. 2) Odbytnica, a) górną, b) średnią, c) dolną część odbytnicy. 3) Otrzewna. 4) Macica. 5) Pochwa. 6) Wargi sromne. 7) Pęcherz moczowy. 8) Międzykrocze.



napowrót do pierwotnego wraca położenia. Odprowadzenie w drugim rodzaju o wiele jest trudniejsze.

**Przyczyny.** Wysunięcie się zwieraczy a przynajmniej częściowe wypadnięcie błony śluzowej dolnej części odbytnicy u małych dzieci, bardzo często bywa napotykanie. Zwykłymi przyczynami bywają długo trwała biegunka i osłabienie ze zwolnieniem tkanek.

Wysunięcie się środkowej części następuje skutkiem uporczywego zalegania w odbytnicy mass stolcowych.

**Rokowanie.** W obydwóch odmianach pomyślnie przy dobrém odżywianiu dzieci a radykalne wyleczenie następuje zwykle bez czynniejszej chirurgicznej pomocy.

**Leczenie.** Zależy od przyczyny: skoro tą była biegunka, wskazane są środki takową uśmierzające (makowiec, klejkie łagodzące, ściągające roślinne lub mineralne) przy zaparciu stolca rozwalniające (sole średnie w małych dawkach, korzeń rzewienia). Oliej kleszczowiny budzi niepokonany wstręt i najczęściej pobudza wymioty u dzieci, przyczem téż sam zostaje wydalonym niesprawiając właściwego skutku.

Odprowadzenie dokonywa się palcem po przyłożeniu płátka płóciennego zmazanego w oliwie na guz. Wówczas wystająca część odbytnicy z odbytu dość łatwo zostaje wepchniętą a wsunięty palec przy ruchach obrotowych i cofaniu się powolném wysunięty być powinien a następnie wsunięty kawałek płótna wysunąć należy. Łatwiej jeszcze dokonać można odprowadzenia, jeżeli przed wprowadzeniem palca włożonym zostanie kawałek lodu w otwór guza.

U dzieci dobrze odżywionych powyższe działanie najczęściej wystarcza i raz wprowadzona kiszka przy regularnej defekacji utrzymuje się w naturalném położeniu, przeciwnie u dzieci dotkniętych zanikiem ogólnym i źle odżywionych część wprowadzona wysuwa się. Zachodzi wówczas konieczność wielokrotnego odprowadzania a nawet użycia przyżegania saletranem srebra lub dymiącym kwasem saletrzanym, robiąc kilka podłużnych pasków na powierzchni guzowatości, poczem przez ściągnięcie się błony śluzowej pokrywającej guzowatość zniesione zostaje usposobienie do podtrzymywania się w moście będącego cierpienia.

#### 14) Wady w rozwoju odbytnicy i odbytu.

##### a) Z wężenie odbytnicy (*strictura intestini recti*).

Zwężenie w mniejszym stopniu jako nie zdradzające się ważniejszymi objawami, rzadko kiedy przytrafia się w pediatrycznej praktyce; nie wymaga pomocy lekarskiej w pierwszym roku życia, gdyż wypró-



źnienia stolcowe jako zawsze papkowate luh wolne, łatwo zostają usuwane. Uwydatnia się ono dopiero przy zaparciu mass stolcowych; występują objawy wietrznicy i zwężenie kiszki. Lewatywy częstokroć sprawiają znaczną ulgę, co następuje wraz z odejściem zalegających mass, a nawet mają większą wartość od środków rozwalniających, których zastosowanie częstokroć połączone jest z bólami w brzuchu.

Niekiedy jednak dzieci rodzą się ze znacznym zwężeniem odbytu, smołka zalega w kiszkach i z wielką trudnością wydostaje się na zewnątrz, gdyż otwór bywa tak mały, że za ledwie zwykły zgłębnik przesunąć można. W takich wypadkach potrzebną jest czynniejsza chirurgiczna pomoc, mianowicie rozszerzenie otworu na  $\frac{1}{3}$  —  $\frac{1}{2}$  cala, poczem przez kilka tygodni zakładać należy płatki smarowane obojętnym tłuszczem dla zapobieżenia szybkiemu zrośnięciu i bliznowatemu ściągnięciu otworu, do czego także dopomaga kilkakrotnie codziennie powtarzane rozszerzanie otworu stolcowego przesuwanym się kałem.

#### b) Brak otworu stolcowego (*imperforatio ani*).

W początkach życia płodowego istnieje tak zwana kloaka, to jest połączenie pęcherza z odbytnicą, która pierwiastkowo ślepo się kończy i taką zapuszcza się do miednicy, przylega do miejsca przyszłego odbytu w skórze; części do siebie przylegające, t. j. ślepy koniec kiszki i część skóry na którą popadł zrastają się, w końcu zanikają, a tym sposobem powstaje połączenie pomiędzy kiszką odchodową i odbytem.

Przy wadach rozwoju mogą nastąpić zmiany stosunków anatomicznych, które na fig. 12, 13, 14, 15 i 16 szematycznie są przedstawione, i tak: 1) kiszka prosta jest zupełnie rozwinięta, lecz na skórze w rowku między pośladkami w miejscu gdzie otwór ma nastąpić nie powstaje zgłębienie, wówczas ślepy koniec kiszki grubiej (fig. 12 r) rośnie stopniowo ku dołowi i dotyka skóry (n), ale ta nie ulegając zanikowi nie zostaje przedziurawiona. To jest najprostszy i najszcześniejszy wypadek zarośnięcia odbytu. Po porodzie nagromadzająca się w odbytnicy smołka wypukła miejsce na odbyt przeznaczone, a wówczas wystarcza do usunięcia tego cierpienia zwyczajne cięcie krzyżowe wypuklającą się części skóry.

Fig. 12.



2) W innych wypadkach następuje wprawdzie zgłębienie w skórze, jednakże ślepy koniec kiszki nie osiągnął szczytu wypukłej części, co może nastąpić skutkiem wstrzymania dalszego rozwoju kiszki

(fig. 13), lub też zagłębiania się końca tejże w pochwę lub pęcherz moczowy (fig. 15 i 16). Podobne wypadki są ciężkie i ważne.

Przy niezupełném rozwinięciu się odbytnicy, zalegająca

Fig. 13.



w przewodzie kiszkiowym smołka nie może być wydalona, dziecię staje się niespokojne, nie chce ssać, brzuch znacznie wzdyma się i częstokroć rzeczywiste cierpienie rozpoznaniem zostaje wówczas, gdy usiłująca uspokoić dziecię za pomocą lewatywki, nie może dostatecznie wsunąć kanki do szprycy w zagłębienie (fig. 13 a), a jeżeli na to

nie zwrócono uwagi, wstrzykiwany płyn bezpośrednio na zewnątrz odbryzguje. Zwyczajny lub moczowy zgłębnik w takich razach wsunięty do pewnej głębokości spotyka przeszkodę.

3-ia) odmiana następuje w razie nie wytworzenia się ani zagłębienia w skórze, ani zapuszczenia się кишки prostej tak

Fig. 14.

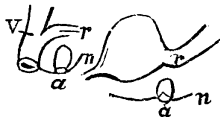


nisko, ażeby następnie przez wypuklenie się skóry można było oznaczyć miejsce mającego się utworzyć otworu (fig. 14); rowek pośladowki wówczas jest zupełnie gładki i niepodobieństwem jest oznaczyć jak głęboko tkwi ślepy

koniec кишки prostej (r) w jamie miednicy. Niekiedy wyczuć można przez ścianę brzuszną dosyć twardego powrózek w okolicy esowatego zagięcia okrężnicy dosięgający skóry, a który może być uważany za odbytnicę nieprawidłowo rozwiniętą; trafiony wówczas koniec кишки, nastęrczyć może wskazanie do wykonania sztucznego otworu w ścianie brzusznej.

4) W innych znowu wypadkach odbytnica w miejsce obniżania się ku skórze krocza zapuszcza się do pochwy (fig. 15 V), pęcherza (fig. 16), albo moczowodu przy obecności zagłębienia (a), w skórze (n) lub braku tegoż;

Fig. 15 i 16.



smołka wówczas odchodzić będzie przez pęcherz lub pochwę. Rozpoznanie jest łatwe, zwłaszcza badając srebrnym zgłębnikiem, przy czém częstokroć udaje się natrafić na samo miejsce połączenia.

Następstwa téj wady bywają rozmaite: przy połączeniu odbytnicy z moczowodem lub pęcherzem mocz staje się alkaliczny, drażni błonę śluzową pęcherza, powoduje ję zapalenie, z czasem ogólny zanik dziecięcia do niepomysłnego wiodący zejścia. Skoro odbytnica wnika do pochwy z powodu braku zwieraczy dowolnych, kał mimowolnie zostaje wydalany, ciągle zanieczyszcza ciało dziecięcia już zdala cuchnące, jednakże bezwarunkowo nie jest śmiertelno i na drodze operacyjnej z czasem połączenie pochwy z odbytnicą zniesionem być może.

Nareszcie przytoczyć należy wypadki, w których zupełnie nie ma odbytu lub też takowy jest w stanie związkowym; istnieje część kiszki grubiej lecz takowa dochodzi do okolicy pępkowej, a przez nie, zamknięcie się przewodu pępkowo kiszkowego (*ductus omphalo entericus*) jeszcze z czasu życia płodowego pozostaje otwór. Ta odmiana nazywa się *anus praeter naturalis* lub *ectopia ani*.

**Leczenie.** Sztuczne utworzenie otworu stolcowego, jedynie drogą operacyjną dokonane być może. W wypadkach powyżej pod numerem pierwszym objętych, jak już wspomiano, dostatecznym będzie cięcie krzyżowe na wypukłej części skóry, przyczem wydziela się zaraz smołka. Celem zapobieżenia szybkiemu zarosnięciu otworu przez cięcie krzyżowe utworzonego, należy przez pierwszy tydzień wkładać czopki nasmarowane obojętnym tłuszczem po każdym wypróżnieniu stolcowém. W wypadkach objętych w drugiej kategorii należy za pomocą trójgrańca używanego do przekłucia ściany brzusznej przy wodnej puchlinie brzucha, próbować wnikać do odbytnicy, a wydzielenie się następnie smołki zaświadczy o dobrym wyniku naszego usiłowania. Wprowadziwszy trójgraniec z rurką w odbytnicę, pierwszy wysunąć a przez wprowadzoną elastyczną rurkę wstrzykiwać należy 3—4 razy dziennie ciepłą wodę dla rozrzedzenia mass fekalnych. Po kilku dniach rurka powinna być zastąpiona grubszą, co należy powtarzać przez kilka tygodni, dopóki bez tejże wypróżnianie stolcowe nie zostanie uregulowane. Zwieracze odbytu dość dobrze oddziałują w takich razach, jednakże częstokroć pozostaje skłonność do zwięzania się otworu, którą należy usuwać za pomocą świeczek.

Jeżeli zaś ślepy koniec odbytnicy pozostaje dość wysoko, a na skórze w miejscu gdzie powinien znajdować się otwór stolcowy nie ma żadnego zagłębienia, to jest w wypadkach zaliczonych do 3-iej odmiany, należy wykonać cięcie krzyżowe aż do głębokości cala; końcem palca zagłębionego w ranę wyszukać końca odbytnicy, a gdy takowy będzie znaleziony, przebić go za pomocą trójgrańca. Wypadki te jednakże częstokroć są bardzo niepomyślne.

Nareszcie połączenie odbytnicy z pęcherzem wymaga jak najśpieszniejszego utworzenia innej drogi przez wykonanie sztucznego odbytu; w przeciwnym razie niechybnie śmierć nastąpi. Otworzenie się odbytnicy do pochwy jest mniej niebezpieczne i mniej śpiesznego wymaga ratunku, gdyż ten stan trwać może przez długi przeciąg czasu. Zdarzały się dzieci z tą wadą w rozwoju, które bez wszelkiej chirurgicznej pomocy dorosły; jednakże zadaniem lekarza będzie przy dobrym ogólnym stanie dziecięcia odszukać odbytnicę, poczem komu-

nikacja z pochwą sama przez się zniesioną zostaje lub też na drodze operacyjnej zamkniętą być powinna.

Skoro w pierwszej i drugiej odmianie wyszukanie końca odbytnicy okazuje się niemożliwym, celem uratowania życia dziecięcia nie pozostaje nic innego, jak wykonanie odbytu sztucznego czyli nieprawidłowego w lewej okolicy lędźwiowej lub w jednej z pachwinowych, a to według zasad chirurgii. Wiedzieć jednakże nalaży że dzieci rzadko kiedy przetrzymują tę operację; Vogel zaś wątpi ażeby dzieci takie dorastały, a przynajmniej nie zdarzyło mu się widzieć ani jednej dorosłej osoby, którejby wykonano w dzieciństwie nieprawidłowy otwór do kiszki z powodu nie utworzenia się odbytu.

### 15. Choroby zaraźliwe z przeważnym umiejscowieniem się w przewodzie kiszkowym.

#### A. DURZYCA TRZEWOWA. (*Typhus abdominalis*)

Choroba ta w dziecięcym wieku, zdarza się dosyć często, poznanie jej trudne, częstokroć tylko wątpliwe i to zapewne było przyczyną mniemania jakoby durzyca w dziecięcym wieku należała do chorób rzadko zdarzających się. Skłonność zarażenia się, jeżeli takowa przyjętą być może, w wieku dziecięcym jest bardzo małą i nie może być wcale porównaną z zaraźliwością innych chorób dziecięcego wieku (odry, szkarlatyny, ospy i krztuśca). Zdarza się często, że w jednym domu dzieci rozmaitych familij ulegają lekkiej formie tej choroby, częściej jednakże spotyka się jedno z pomiędzy wielu uległe jej.

Przed ukończeniem zaś pierwszego roku durzyca rzeczywiście jest rzadką chorobą. W literaturze sącytowane wypadki durzycy u ssawców, a badania pośmiertne oprócz obrzmienia kępek Peyer'a i gruczołów kryzkowych nie wykazały żadnych innych zmian właściwych przy durzycy u dorosłych. Przeciwnie w drugim roku i po skończonej sprawie zębowania w roku trzecim, forma trzewowa należy do chorób częstych z wydatnymi i cechującymi objawami. Po tym okresie życia zdarza się w każdym wieku i w każdej porze roku.

Zmiany anatomiczne. W pierwszym okresie odnoszą się do kiszki cienkiej, gruczołów kryzkowych, śledziony i dróg oddechowych. Ciało zwykle dość dobrze odżywione, na skórze ciemno sine plamy pośmiertne, mięśnie dość suche i ściemniałe, mózg dość oporny z jamkami próżnymi lub zawierającymi małą ilość płynu. Błona śluzowa oskrzeli zaczerwieniona, obrzmała, miejscami pokryta biało

żółtawym ciągliwym śluzem, wypełniającym niekiedy w zupełności trzeciorzędne rozgałęzienia oskrzeli. Nieuniknionem tegoż następstwem są zaburzenia w krążeniu krwi w obrębie zatokanych oskrzeli, najpierw takowe zwykły uwydatniać się w tylniej części dolnych płatów płuc. Serce wiotkie wypełnione miękkimi skrzepami, miąższ serca miejscami wyblakły w skutek poczynającej się przemiany tłuszczowej. Śledziona powiększona szczególnie w wymiarze podłużnym, powłoka jej napięta, miąższ ciemny, miękki, częstokroć prawie papkowaty.

Kiszki cienkie wzdęte, wypełnione gazami i dość znaczną ilością mass płynnych przenikliwe cuchnących; błona śluzowa prawie w całym przewodzie uległa ostremu nieżyłowi, kępy Peyer'a i torebki odosobnione są obrzmiałe, skutkiem szybkiego rozmnażania się komórek rdzeniowych.

Zmiany dalsze tychże gruczołów są nieco różne od zmian zwykłych występować u osób dorosłych, mianowicie owrzodzenia, które u ostatek bywają tak częste, u dzieci zaś należą do wyjątków; gruczoł wraca do pierwotnej objętości bez wytworzenia się strupa a jeżeli takowe lub pozostałe po ich odpadnięciu owrzodzenie zdarza się napotkać, to zwykle są pojedyncze i rzadko na wewnętrznej powierzchni kiszki rozrzucone. Okoliczność ta tłumaczy dlaczego krwotoki kiszkowe lub przedziurawienie należą do bardzo rzadkich wyjątków. Częstość napotykaných owrzodzeń wśród przebiegu durzycy brzusznej u dzieci wzrasta z liczbą lat. Gruczoły kryzkowe ulegają tym samym zmianom co i kępy Peyer'a, objętość ich wzrasta 3—4 razy i zostaje w prostym stosunku z obrzmieniem w kępkach Peyer'a, a że takowe najczęściej znajdują się przy zastawce Bauchi'n'a, dlatego i kryzkowe gruczoły powiększają się coraz więcej w obrębie tejże zastawki.

U dzieci zmarłych w drugim okresie, ciało jest wyniszczone, skóra blada i wiotka, plamy pośmiertne na niej sinawe, mięśnie blade i przenikłe płynem surowicznym. Na skórze miejscami odleżyny, pęcherze wypełnione płynem ropiastym, potówki i wynaczynienia. Kończyny dolne nieco obrzmiałe. Niekiedy gruczoły przyuszne powiększone i usiane ogniskami ropnemi. Krtań niekiedy ulega ważniejszym zmianom a mianowicie zapaleniu ochrzęstnej i częściowemu obumarciu niektórych chrząstek. Płuca ulegają wyższemu stopniowi tak zwanęj spleńczacy niż w okresie pierwszym, oskrzela wypełnione są śluzem. Śledziona powiększona i nieco wiotka, powłoka pomarszczona. Gruczoły kryzkowe powiększone, niekiedy z ogniskami ropnemi. Kępy Peyer'a i gruczołki odosobnione szaro zabarwione, torebki częstokroć popękane nadając całej powierzchni obrzmiałej wejrzenie siatkowate

Dzieci zmarłe skutkiem ropnicy (*pyämia*) powstałej wśród przebiegu durzycy posiadają ogniska ropne w rozmaitych mięszkowych narządach i jamach surowicznych a w niektórych narządach klinowate zatory. Przy niedokrewności i gnilcu spotykane bywają znaczne surowicze przesieki do jam i podskórnej tkanki, przy ostatnim jeszcze i zmiany w dziąsłach. Mózg zwykle bardzo miękki i surowiczym płynem przesiąkły, trudny do wyjęcia w całości z jamy czaszkowej. Rzadkość owrzodzenia kępy Peyer'a staje się niekiedy powodem uważania tego objawu pośmiertnego t. j. obrzmienia przy tyfusie trzewowym spotykanego za torebkowe zapalenie kiszek (*enteritis folliculosa*), jednakże obrzmienie śledziony i zmiany w płucach dostatecznie usunąć mogą wątpliwość.

**Objawy** durzycy w wieku dziecięcym zwykle są łagodne, niekiedy zaś występują z tak silnym natężeniem, że z pierwszego rzutu oka na dziecię chore można oznaczyć rodzaj choroby. W cięższych formach może zachodzić wątpliwość w rozpoznaniu od wodnej puchliny mózgowej (*hydrocephalus acutus*), lżejsze zaś formy zamieniane bywają z ostrym nieżytem żołądka lub zaburzeniami wikłającymi zębowanie. Znaki fizyczne niewiele świadczą usługi przy rozpoznawaniu, zwykle śledziona powiększa się umiarkowanie, brzuch miernie gazami wzdęty zostaje, nieżyt błony śluzowej oskrzeli i biegunka utrzymują się w miernym stopniu, towarzyszy brak apetytu, dzieci są spokojne, wiele śpią i nie skarżą się na żadne dolegliwości. Osłabienie ogólne jest jednym z najwięcej cechujących objawów, trwa ono kilka tygodni, podtrzymując leniwy powrót do zdrowia, przy czém włosy zwykle wypadają i zostają zastępowane z początku bardzo delikatnymi na podobieństwo meszku (*lanugo*).

Nie zawsze jednak tak łagodny bywa przebieg; już po przemienieniu pierwszego zębowania zdarzające się formy, częstokroć są bardzo ciężkie, i zasługujące na bliższe ich opisanie.

Początek choroby datować można z chwilą zmiany humoru dziecięcego, jego wesołości, z chętnym pokładaniem się w godzinach niezwykłych snowi. Chęć do jadła może trwać, jednakże po jakimś czasie dziecka wymiotuje spożyte i niestrawione pokarmy, poczem objawy rzycy występują szybciej i z większym natężeniem aniżeli w wypadkach wolnych od wymiotów. Dreszcze które u osób dorosłych tak wydatną cechą mogą stanowić w oznaczeniu początku choroby, jeżeli ta występuje podczas sprawy zębowania, albowiem tu prawie fizjologiczne zwiększenie wydzieliny błony śluzowej przewodu pokarmowego i napływy krwi do głowy nie wydatnie przechodzą w objawy durzycy. Dalszy przebieg choroby i czas jej trwania może ulegać roz-

maitym odmianom podobnie jak u osób dorosłych, a z natężenia pierwszych objawów, nie możemy żadnego pewnego wyprowadzić wniosku co do dalszego przebiegu i trwania choroby. Zdarzają się wypadki ciężkich form durzycy przemijające szybciej od lekkich, a przewlekających się.

W ogóle można przyjąć za zasadę, że dziecię przed wpływem trzech tygodni do chwili poczęcia się durzycy wyzdrowiało i nie wyzdrowiało i nie wychudło, zapewne inném cierpieniem było dotknięte, gdyż uległo durzycy przynajmniej przez tygodni trzy nie pozbywają się zaburzeń w ogólném odżywianiu i rozwoju ustroju.

Objawy gorączkowe nie dają się u dzieci z wielką oznaczyć dokładnością, ciepłomierza częstokroć niepodobna zastosować z powodu właściwej dzieciom niespokojności, dlatego chcąc oznaczyć o ile można najściślej natężenie gorączki, należy ogrzaną rękę przyłożyć do czoła, tułowia, kończyn, a przy nabytj w tym względzie wprawie, można z wystarczającą dla praktycznego lekarza ścisłością ocenić podwyższenie ciepłoty.

Ilość uderzeń tętna wśród przebiegu durzycy dosięga niekiedy 160—170 na minutę, co jednakże nie zawsze wpływa na niepomysłność rokowania. Z początku dość twardy, później miękki przy niepomysłnym przebiegu staje się coraz częstszy i miększy, do zliczenia trudny, w końcu zupełnie znika, Tętno dwubitne dopiero u dziecięcioletnich bywa spostrzegane.

Wyraźne dreszcze prawie nie zdarzają się u dzieci; twarz zwykle zaczerwieniona, nieco obrzmiała, oczy przymglone lub przy silném pobudzeniu błyszczące; wyraz twarzy maluje zubożenie, ospałość, w innych wypadkach niezwykłą żywość. Osłabienie ogólne szybko występuje a za niem upadek odżywiania tkanek ustroju. Upadek ten sięga jeszcze swego szczytu, gdy chęć do jedzenia już wróciła i chore dziecię zdrowieje.

W razach przyłączenia się gruźlicy, gnilca, zapalenia żył w skórze, ropni i t. p., jako chorób następczych, dziecię bardzo niszczeje, wyniosłości kostne sterczą jakby tylko skórą pokryte, lecz i tak ciężkie wypadki nie zawsze smutnie się kończą. Dzieci szczególną posiadają w tym względzie siłę, przetrzymują wiele powikłań tak, że po kilku miesiącach mogą napowrót się odżywić; włosy wypadające po każdej cięższej formie durzycy zawsze odrastają, a chociaż z początku są delikatne i miękkie, z czasem odzyskują pierwotne własności; lżejsze formy nie wikłają się z wydatną utratą włosów.

Narząd trawienia ulega również bardzo ważnym zaburzeniom; brak apetytu jest jednym z najstalszych objawów, raz bywa zupełny,

w innych wypadkach pozostaje chęć do niektórych pokarmów, jak np. owoców, chleba i t. d., bezkarnie nie mogą być dzieciom podawane. Bawią się zwykle podaniem pokarmami, wprowadzają je nawet do ust, lecz nie połykają, owszem wypluwają, tracąc chęć do dalszego próbowania. Brak apetytu trwa przez cały czas gorączki 3—4 tygodni i wtenczas wielka zachodzi trudność żywienia dziecięcia nawet pokarmami płynnymi; dopiero po uśmierzeniu jęj apetyt wraca, a dziecię po kilku dniach staje się nienasyconém. Błędy dyetetyczne w tym okresie popełnione stać się mogą przyczyną ważnych zaburzeń a nawet recydywy

Język w lżejszych formach zostaje pokryty białą warstwą, niekiedy lekko podsycha na końcu i brzegach, brodawki żywo czerwone nad powierzchnię wyzieraają; w ciężkich zaś formach staje się suchy i powleczony brunatną skorupką podobnie jak u dorosłych. Wargi podsychają, krwawią, częstokroć zeschnięty nabłonek odłuszcza się szczególnie u starszych dzieci. Niekiedy gruczoły przyuszne przyjmują czynny udział, nabrzmiewają, wpływając bardzo niepomysłnie na rokowanie; zwykle ropieją jeżeli dziecię utrzymuje się jeszcze przy życiu przez przeciąg czasu potrzebny dla wytworzenia się ropy. W zwłokach takich dzieci przy sekcji znajdujemy kilka większych ognisk ropnych i więcej jeszcze drobniejszych wielkości łepka od szpilki miąższ gruczołu usiewających. Co się tyczy wymiotów u małych dzieci, częstokroć trwają one wśród całego przebiegu choroby i gdy nie ma biegunki, wielka zachodzić może trudność rozpoznania różniczkowego od ostrój wodnej puchlińy mózgu (*hydrocephalus acutus*). Uporeczywy ten objaw polega na rozprzestrzenionym niezycie błony śluzowej żołądka, dzieci wymiotują nietylko spożytemi pokarmami, owszem wydaloną zostaje mniej lub więcej znaczna ilość śluzu, przyczyniając się do szybszego wyniszczenia i niepomysłnych tegoż następstw. Od czasu do czasu dają się słyszeć głośne przelewania w kiszczkach, a dzieci starsze od 2 lat uskarżają się niekiedy na umiarkowane bóleści. Wzdęcie mniejsze lub większe zależy od ilości nagromadzonych gazów i owrzodzeń w kiszczkach, co wpływa na utrudnienie oddychania, krążenia w płucach i t. p.

Wypróżnienia stolcowe nie różnią się od tychże u osób dorosłych, dotkniętych durzycą. W początku choroby w niektórych wypadkach występuje biegunka, która z czasem każdemu towarzyszy wypadkowi i osiąga niekiedy wysokiego stopnia. Oznaczenie ilości wypróżnianych w ciągu 24 godzin mass stolcowych u dzieci zwłaszcza małych jest niepodobném, jednakże przez przybliżenie można przyjąć, że tak co do objętości jak wagi przewyższa ona 3—4 razy ilość przez zdrowe dzieci oddawaną. Częstość wypróżnień zależy od drażliwości



zwieraczy i nie wpływa na ilość, zdarza się że jedne dzieci w 2—3 wypróżnieniach więcej oddają mass niżeli inne inne w 10 i więcej nawet wypróżnieniach.

Własności stolców bywają rozmaite: massy wodniste są zwykle jasno brunatne, zostawione w spoczynku przez pewien przeciąg czasu rozdzielają się na dwie warstwy: górną przeświecającą i dolną złożoną z drobinek i płateczków białych i żółtawych; drobnowidz wykazuje w nich obecność massy bezkształtnej droбно-ziarnistej i opierającej się na działaniu odczynników, szczątki nabłonka, a niekiedy i całe tegoż komórki ślupkowe mocno zabarwione, brunatne i droбно-ziarnowane kulki rozmaitej wielkości otoczek pozbawione, duże ciała brunatne okrągławe lub owalne, niekiedy wydatnie romboedryczne i łamiące mocne światło, potrójne fosforany i nareszcie wymoczki, słowem te części, które przy nieżycie kiszek także w odchodach stolcowych są pod drobnowidzem spotykane. Podobnież rozbiory chemiczne w pomienionych odchodach nie wykazują żadnej odrębnej cechy, chyba to, że wydzielają więcej siarkowodoru i gazu amoniakalnego od mass wypróżnianych przy zwyczajnym nieżycie. Co się tyczy ilości soli zawartych w stolcach durzycowych nie ma żadnej wydatnej różnicy. Obfita biegunka zwykle trwa 8—14 dni i zastąpioną zostaje utrudnieniem defakacyi, rzadko kiedy dłużej przeciąga się u dzieci, gdyż zniszczenia na błonie śluzowej nie dochodzą tak znacznego stopnia. Dopóki trwa gorączka dziecię oddaje zwykle stolce mimowolnie, jednakże należy rozróżnić, czy to mimowolne oddawanie jest następstwem jedynie zajęcia mózgowia lub też bezwładu zwieraczy. Pierwsza przyczyna jest zwykłą i świadczy o cięższej formie, pomimo to wpływa pomysłnie na rokowanie; jeżeli zaś oddawanie mimowolnie zależy od bezwładu, będącego objawem wysokiego osłabienia i znacznego upadku czynności układu nerwowego, wtedy na rokowanie niepomyślnie wpływa.

Krwotoki i przedziurawienie należą do rzadkości, a objawy i następstwa tychże są te same jak u dorosłych. W epidemiach złośliwych w trzecim lub czwartym tygodniu przyłącza się zapalenie błonicowe w kiszkiach grubych, massy wypróżniane stolcem przyjmują podobieństwo do dysenterycznych, następuje szybki upadek sił i dzieci przy objawach podrażnienia ośrodków nerwowych, mianowicie w śpiączce lub drgawkach zamierają. Badanie pośmiertne w takich wypadkach wykazuje na błonie śluzowej kiszki grubych zapalenie błonicowe i owrzodzenia rozmaitego czasu trwania.

Powiększenie śledziony stałym jest również towarzyszem durzycy, oznaczenie jednakże granic za pomocą fizycznych znaków więcej przedstawia trudności niżeli u osób dorosłych; powiększenie to bywa

w rozmaitym stopniu, najwięcej postępuje ono w kierunku dolnego brzegu i ku przodowi, dosięga chrząstkowego brzegu żeber, przesuwa się nawet niżej dolnego brzegu klatki piersiowej, podczas gdy górny koniec powiększa się ku tyłowi tak, że przy opukiwaniu pomiędzy kręgosłupem i śledzioną małe pozostaje miejsce normalnego odgłosu. Zmiana pozycji śledziony z ukośnej na poziomą zależy od stopnia powiększenia. Niekiedy przyjmuje objętość 3—4 razy większą, szczególnie w wymiarze podłużnym. Tak zmieniona śledziona jest bardzo ruchomą, przy głębszym wetchnięciu obniża się, co daje się łatwiej ocenić za pomocą opukiwania, aniżeli za pomocą omacywania, nawet wtenczas jeżeli znacznie poniżej brzegu klatki piersiowej wystaje. Obrzmienie to najwydatniej okazuje się w pierwszym tygodniu, w trzecim zaczyna się zmniejszać, z postępem czasu wraca do pierwotnej objętości. Kiszki wzdęte gazami uciskają przyległe narządy, zwracają przedni brzeg wątroby ku górze, i wysadzają przeponę; śledziona zaś której oznaczenie granic utrudniają zostaje wepchniętą ku tyłowi i ku górze, a obejmując ją niekiedy, maskują do tego stopnia odgłos, że przy znacznym powiększeniu tego narządu, zupełna jego tępość daje się wysłedzić tylko na bardzo ograniczonej przestrzeni.

Równie jak w układzie trawienia, występują stale zmiany w narządzie oddychania. Nieżyt błony śluzowej oskrzeli jest prawie stałym towarzyszem, dzieci jednakże niewiele kaszlą zwłaszcza w cięższych formach durzycy, a to z powodu stopienia wrażliwości błony śluzowej, wydzielane wówczas masy śluzowe nie zostają należycie wydalane. Opukiwanie przy niezycie nie przedstawia żadnej zmiany, osłuchiwanie wykazuje oddech pęcherzykowy zaostrozony i rżenia drobno i grubo pęcherzykowe; z czasem zalegająca wydzielina z błony śluzowej oskrzeli zatyka drobne rozgałęzienia, następuje splenizacya, mianowicie w tylnych i dolnych częściach płuc, powodując lekkie stłumienie odgłosu na obydwóch stronach dolnej części tylnej ściany klatki piersiowej. Niekiedy w miejscach odpowiadających zmianie płucnego miąższu dopiero wspomnianej wysłuchać można oddech oskrzelowy, lecz ani z początku, ani przy końcu splenizacyi jeżeli ulega rozejściu, brakuje cechującego rżenia trzeszczącego, które odróżnia zapalenie krupowe do tejże sprawy. W miarę powiększenia się przestrzeni ulegającej splenizacyi, oddech przyspieszonym zostaje, przy każdym wetchnięciu powietrza unoszą się skrzydła nosowe, w końcu występuje sinica, zwiększają się objawy mózgowie, tętno staje się częstsze i po dość długim konaniu następuje zgon. Splenizacya na małej przestrzeni mniej niepomyślnie wpływa na rokowanie, na większe,

sprowadza zawsze śmiertelne zejście. Konwalescencya trwa zawsze bardzo długo, a kaszel zaledwie po upływie kilku miesięcy ustępuje.

Zapalenie zrazikowe płuc bywa dosyć częstém, przy sekcyi zgęszczone ogniska rozpoznać się dają przez ziarnisty wygląd i obecność zgęstniałego wysięku na powierzchni rozkroju. Za życia trudno jest do poznania z powodu braku fizycznych znaków, gdyż towarzyszące tej sprawie: częstość oddechu, unoszenie się skrzydełek nosa przy oddychaniu, bardzo częste i prędkie tętno występują tak przy splenizacyi i zwyczajnym bardzo uogólnionym niezycie błony śluzowej i oskrzeli bez splenizacyi jak przy zapaleniu zrazikowém; za pomocą opukiwania i wysłuchiwania tak małych ognisk zgęszczenia mięszu przy zapaleniu zrazikowém występującego niepodobna określić.

Po ciężkiej i długotrwałej durzycy obudza się niekiedy sprawa gruźliczna u indywiduów do teje usposobionych. Powstawanie jej zdradzać się będzie mocnym wybuchem gorączki, zwiększeniem kaszlu i plwocin, badanie zaś fizyczne rzadko kiedy przyczynia się do oznaczenia tego powikłania zwłaszcza w początku rozwoju. Przy badaniu anatomicznóm zwłok spotykany bywa i obrzęk płuc (*oedema*), lecz takowy zdaje się powstawać w chwili konania. Gruczoły oskrzelowe zwykle powiększają swoją objętość, utrudniają oddychanie, ale powiększenie to za życia trudném jest do ocenienia. Nieżyt błony śluzowej krtani jest częstym towarzyszem durzycy, ważniejsze cierpienia krtani są rzadkie; występują one w 3-im lub 4-ym tygodniu wśród ciężkiego przebiegu, pod formą zapalenia chrzęstnej (*perichondritis*), niekiedy połączone ze zgorzelą chrząstek krtaniowych na mniejszych lub większych przestrzeniach. Takiemi powikłaniami dotknięte dzieci chrypną, później zupełnie tracą głos, dostają grubego kaszlu, występuje silna gorączka, chrapiwy kaszel, a skutkiem silnego obrzmienia błony śluzowej wyścielającej krtani i obumarcia chrząstek, przyłącza się niekiedy niebezpieczne utrudnienie oddychania, dzieci zmirają przy objawach uduszenia. Wprawdzie obumarcie chrząstek krtaniowych zwykle uważaném jest za śmiertelne, jednakże cytowane są przez niektórych autorów wypadki dobrowolnego uleczenia z pozostającą na całe życie chrypką, a nawet utratą głosu.

Powłoka zewnętrzna ulega również rozmaitym chorobnym objawom; 5—10 dnia od początku wybuchu występuje na piersiach gęściój, na brzuchu zaś, a niekiedy i na innych ciałach okolicach rzadziej usiana różyczka (*roseola typhosa*). Są to plamy czerwonawe, w pośrodku ciemniejsze, wielkości łepka szpilki do ziarna soczewicy, nieznacznie od okolicznej części odgraniczone, znikające za naciśnięciem, wracające po

usunięciu naciskającego palca, niewyzierające po nad powierzchnię skóry, w niektórych jednakże wypadkach nieco się wynoszą, na podobieństwo jak wysypka przy odrze. Objaw ten występuje stopniowo przez kilka dni zasiewając ciało dziecięcia coraz gęściej. Podobne są do plamy powstałej z ukąszenia pchły, a cała różnica polega na tém, że pojawia się dopiero po kilku dniach od poczęcia się choroby coraz więcej zyskując na natężeniu barwy i na ilości, powstałe zaś przez ukąszenie pchły zwykle w początku już istnieją, w pośrodku są znacznie ciemniejsze, z postępem choroby bledną, znikają, gdyż owad gorączkujące dzieci nie zwykł nawiedzać.

Występowanie różyczki odbywa się nie na raz, pojedyncze plamy trwają rozmaity przeciąg czasu, jedne krócej, inne dłuższy przeciąg czasu, dawniejsze bledną, nawet znikają, gdy nowe w innych miejscach występują, a ta niejednostajność stanowi rzeczywistą różnicę od ostrych wysypek. Zwykle trwa ona dui kilka, ciemnieje podczas wzmożenia się gorączki, blednie podczas remissyi, a w końcu przeszedłszy przemiany właściwe barwikowi krwi przez kolor brunatno czerwony, zielenawy, żółty i t. p., zupełnie znika wracając miejscom na których znajdowały się, pierwotną prawidłową barwę; takie je dnakże plamy czyli petechie na podobieństwo jak w gnileu (*scorbutus*) tylko rzadko i w formach ciężkich bywają spotykane zwłaszcza u dzieci zostających w nędznych, wilgotnych i nieczystych mieszkaniach, lżejsze zaś formy durzycy trzewowej są od nich wolne. Z tego powodu na rokowanie nie tak wpływa gęstość wysypki jak raczej trwanie i rodzaj barwy, jako mogące świadczyć o natężeniu choroby i stanie krwi; im więcej barwa jest siną, tém stan chorego dziecięcia jest niebezpieczniejszy.

Poty wśród przebiegu durzycy w dziecięcym wieku rzadko kiedy mają znaczenie przełomu (*crisis*), w niektórych wypadkach od początku pocą się pomimo wzmaganania się objawów chorobnych, gdy inne przebyły chorobę bez żadnego pobudzenia czynności gruczołów potowych. Częstość w większej ilości występujące u dzieci potówki (*sudamina miliaria*) w postaci drobniotkich pęcherzyków przeświecających, są niczém inném, jak zebraniem się wydzieliny potowych gruczołów poprzednio zmniejszonych w swój czynności, a przy konwalescencji powiększającej się. Zamknięte ujście wywodów komórkami nabłonkowemi i naskórkowemi, jak drobnowidzowe badania wykazały, nie może być od razu przez powracającą wydzielinę potową otwarte, płyn zbiera się w wspomnianych pęcherzykach, lecz po upływie 2—3 dni skorozatykający ujście czopek, utworzony z komórek naskórka odpadnie, płyn ustępuje, pęcherzyk płaszczeje i bez śladu znika. Najczęściej

pecherzyki te powstają na miejscach zastosowania na skórę środków drażniących (gorczyczników, chrzanu, szaruchy); dosięgają one tu niekiedy wielkości soczewicy, a po pęknięciu naskórek odpada w większych blaszkach, podobnie jak w szkarlatynie, nowo zaś wytworzona warstwa zatrzymuje przez dłuższy przeciąg czasu czerwienią barwę niżeli otaczające miejsca. Jeżeli przypisałyby można jakiegokolwiek znaczenie przełomowe potówkom, chyba to, że świadczą one o powrocie w przeziwu skór nego, wstrzymanego przez pewien przeciąg czasu, objawu bardzo pożądanego.

Odleżyny, zapalenie ropne tkanki łącznej podskórnej i czyraki, zwłaszcza na głowie i karku zwykle występować pod koniec choroby, stanowią przykre objawy powstrzymujące odzyskanie zupełnego wyzdrowienia. U dzieci czysto utrzymywanych odleżyny w okolicy krzyżowej, pośladków i krętarzy ograniczają się do małych przestrzeni i występują później niż u dorosłych pod formą płytkiego obnażenia skóry z warstwy naskórkowej lub głębszego jej zniszczenia na mniejszej lub większej przestrzeni, co prawie ma wyłącznie miejsce tylko w szpitalach.

Co się tyczy objawów ze strony nerwowego układu, są one mniej lub więcej wydatne, stosownie do natężenia chorobnej sprawy. Łagodnie formy wikłają się z lekkimi objawami, wzmagającemi się nieco w 2-m tygodniu, cięższe zaś formy zwykły wikłać się już wcześniej z ważniejszymi objawami, które z postępem choroby dosięgłszy wyższego stopnia niekiedy nagle ustępują po obfitym krwawieniu z nosa, kiszek lub po bieguncie. Osłabienie ogólne już w pierwszych dniach choroby bywa spostrzegane, zwłaszcza w kończynach górnych i dolnych; ból i zawrót głowy, szum w uszach są zwykle wstępem do większego lub mniejszego stłumienia władz umysłu przerywanego od czasu do czasu majaczeniem początkowo nocną porą, a z rozwojem choroby i w dzień. Majaczenia trwają jeden lub kilka dni, zwykle zaś znacznie dłużej, ustępują powolnie pozostawiając niekiedy znaczne stłumienie władz umysłowych. Następujący wypadek z własnej zacierpnięty praktyki właściwem będzie tu przytoczyć. Uczeń gimnazjum miejscowego 15 lat wieku mający, dobrego wzrostu, szczupłej budowy, muskulatury słabo rozwiniętej zachorował na durzycę. Objąłem go pod swoją opiekę w okresie nerwowym, bezprzytomnego, w silnej gorączce, z silnym zajęciem dróg oddechowych;—wkrótce nastąpiło polepszenie, chory był wprawdzie znacznie wyniszczony ale czuł się lepiej, gorączka przeminęła, czynność przewodu pokarmowego regulowała się, a sfera nerwowa nie uległa ważniejszemu następstwu poprzednich zaburzeń. Niebawem bez widocznej przyczyny nastąpiło

pogorszenie, wybuchła gorączka wieczorem wzmagająca się, ze słumieniem przytomności, bredzeniem zwłaszcza nocną porą i silnym zajęciem nieżytowym błony śluzowej oskrzeli, przytém suchość języka, biegunka, powiększenie śledziony, słowem cały obraz poprzednio przebytej choroby. Po kilkunastu dniach znów nastąpiło polepszenie, lecz władze umysłowe zupełnie osłabły, a pamięć stępiała do tego stopnia że chory zapomniał nazwisk i prawie wszystkiego co poprzednio przez 5 klas wyuczył się; zajmowały go najwięcej malowidła zwierząt, gdyż i przed chorobą okazywał szczególne zamiłowanie do zoologii. Taki stan umysłu trwał ciągle przy polepszającym się coraz więcej stanie ogólnym chorego, dopóki nowe pogorszenie połączone z gorączką, bezprzytomnością i majaczeniami nie położyły chorego po raz trzeci na łożo z dobrym ostatecznie wynikiem, gdyż po kilku dniach skoro powtórne jeżeli wolno wyrazić się odczynowe pogorszenie nie wytłómaczone żadną miejscową sprawą chorobną zaczęło przemijać, chory odzyskiwał stopniowo poprzedni stan władz umysłu, przypomniał czego się uczył; długi jednakże przeciąg czasu upłynął zanim uśmierzyła się zbyttnia drażliwość chorego i odzyskał zupełną poprawę w odżywianiu ciała, odżywianiu znacznie podupadłém przez dwukrotnie wracające się pogorszenie bez widocznej przyczyny. Podobne wypadki w pediatrycznej praktyce są bardzo rzadkie, gdyż i prawdziwe recydywa durzycy w dziecięcym wieku bardzo rzadko się zdarza.

Z powikłań przytoczyć należy zgorzel wnętrza policzków (*noma*) występującą w okresie zdrowienia, zwłaszcza u dzieci zostających w wilgotnym i źle przewietrzanym mieszkaniu, czyraki, ropne zapalenie tkanki łącznej podskórnej, zapalenia narządów mięszszowych i t. p. Niemniej spotykamy się z zaburzeniami wynikłemi z obłędów dyetycznych, tak często popełnianych przez dzieci w apetycie niepomahowane i nieprzebierające w jakości pokarmów. Wszystkie te powikłania jeżeli nie sprowadzają niepomysłnego zejścia choroby, to przynajmniej przeciągają okres zdrowienia i wstrzymują powrót do normalnego stanu zdrowia.

Z następczych chorób należy przytoczyć gruźlicę u dzieci poprzednio do téjże usposobionych, w przeciągu kilku tygodni sprowadzającą zgon, u zołżowatych zaś występują wilgotne wyrzuty skórne, pryszczycza (*eczema*), liszajec (*impetigo*), złośliwe zapalenia ucha z cuchnącym odpływem, przebicciem bębenkowej błony prowadzące częstokroć do głuchoty.

Ostateczną przyczyną śmierci bywa najczęściej szybkie wyniszczanie dziecięcego ustroju podkopanego tak ciężką chorobą. Zgon na-

stepuje zwykle w końcu 2-go lub w początku 3-go tygodnia, w niektórych wypadkach później w skutek zgorzeli lub zapalenia otrzewnej; w innych z ciężkim od początku przebiegiem i mocnym natężeniem objawów mózgowych może nastąpić zgon już w pierwszym tygodniu: wówczas poprzedza wielka niespokojność, chwilami połączona z krzykiem, drgawkami i w końcu ze śpiączką, wywołanemi zwiększonym przyływem krwi do mózgowia.

Co się tyczy różniczkowego rozpoznania, rozmaite formy chorobne w pewnych okresach swego rozwoju, mogą stać się powodem błędów dyagnostycznych. W tym względzie zasługują na wspomnienie zaburzenia w przewodzie pokarmowym wywołane błędami dyetetycznymi i powodujące biegunkę. Skoro objawy durzycy nie są jeszcze tak wydatne aby upoważniły do stanowczego oznaczenia rodzaju choroby, do rozpoznania posłużyć może to, że durzyca 2 razy częściej atakuje chłopców, rzadko pojawia się przed 5 rokiem życia, a tylko wyjątkowo przed 2-im, u ostatnich jak sądzi West wyłącznie wywołaną jest zarazkiem. Różne zaś formy zaburzeń przewodu pokarmowego częste podczas lub po odbytem zębowaniu są prawie zawsze miejscowem cierpieniem towarzyszonem mniej lub więcej odnośnemi zaburzeniami ze strony ogólnej ustroju, lecz różnemi od durzycy. Gdy jednak dopiero wspomniane uwagi nie wystarczają do rozpoznania różniczkowego, kierować się należy natężeniem gorączki zwłaszcza w chwilach exacerbaeyi, wysokością i prędkością upadku sił i ważnością zaburzeń ze strony ośrodków nerwowych. Ostra gruźlica (*tuberculosis miliaria*) następczą może znaczne trudności, zwłaszcza gdy lekarz zostaje wzywany po przeminięciu pierwszych okresów choroby; wówczas kierować się należy poprzednim stanem, brakiem różyczki durzycowej, zapadnięciem ścian brzusznych, brakiem biegunki lub jej wystąpieniem po zupełnem rozwinięciu się wszystkich objawów ostrej gruźlicy.

Przy zapaleniu płuc nie zawsze do rozpoznania wystarczają fizyczne znaki, mianowicie gdy w pierwszym okresie towarzyszą objawy mózgowie. Wówczas jeżeli w porze nocnej i w ciągu dnia dziecię mąjaczy, a przynajmniej jeżeli układ nerwowy jest silnie pobudzony, lub jeżeli objawy mózgowie nie ustępują w stosunku do zmniejszenia się gorączki, a po zupełnem prawie zniknięciu poprzedniego pobudzenia układu nerwowego wystąpiło nowe choćby nawet lekkie zaburzenie, takie wypadki jakkolwiek mogą szybko i pomyślnie przemijać, wymagają szczególniej bacności dla oceny ich ważności i rzeczywistego pochodzenia.

**Leczenie** siłami natury może w żadnej chorobie tak nie uwydatnia się, jak w gorączce durzycowej. Wszakże zachodzi zwykle potrzeba zastosowania pewnych środków, które jeżeli nie mogą wpłynąć na trwanie choroby, to przynajmniej na uśmierzanie przykrych i groźnych objawów, a ztąd czynią rokowanie pomyślniejszym. Przy leczeniu tyfoidalnej gorączki w dziecięcym wieku niezbędnym jest unikać środków drażniących, rozwalniających i wymiotnych; wpływają one częstokroć bardzo szkodliwie na przebieg przez zbyt silne podrażnienie przewodu pokarmowego. Vogel mniema, że emetyk wraz z korzeniem ipeki w pełnej dawce wymiotnej zadany celem usunięcia objawów gastrycznych i złagodzenia przebiegu, częstokroć były powodem rozwinięcia się form tyfoidalnych z bardzo groźnymi i niebezpiecznymi objawami; dla tego w wypadkach zachodzącego nawet podejrzenia poczynającej się durzycy, radzi zaniechać użycia emetyku. W pierwszym tygodniu skoro nie ma ważniejszych wskazań, najwłaściwiej będzie działalność lekarską ograniczyć na wskazaniu higieniczno-dietetycznych przepisów. Ciepłota należycie przewietrzanego pokoju, w którym znajduje się chore dziecko nie powinna przewyższać  $+ 15^{\circ}$  R., pośłanie na sienniku lub materacu włosianym, okrycie umiarkowane lekkie, a chociaż zaraźliwość durzycy jest wątpliwą, dla bezpieczeństwa wzbronienie wejścia zdrowym dzieciom do pokoju mieszczącego dzieci chore, dorosłych zaś osób do pielęgnowania jedna lub dwie wystarczą.

Uwydatnienia się objawów durzycowych wymaga już odpowiedniego zapobiegania silnemu ich natężeniu; krótkie strzyżenie włosów przyczyni się nie mało do łatwiejszego chłodzenia głowy, do której przypływ krwi zwykle jest wzmocniony. Przeciw temuż stosują, zimne okłady często zmieniane, co dziecko więcej pobudza i rozdrażnia właściwiej zatem będzie małym dzieciom obcierać główkę gąbką zmoczoną w letniej wodzie i powtarzać to w miarę wysychania, wówczas woda parując zabiera część ciepła i zniża ciepłotę. Starszym dzieciom pokrywszy poduszkę ceratą przyłożyć zimny okład podtrzymywany kawałkami lodu, włożonego pomiędzy składki płótna, lepiej pęcherz lub torbę kauczukową zawierające kawałki lodu. Przy mocniejszym natężeniu objawów mózgowych, gdy dziecko majaczy, właściwiej są zlewania zimną wodą i następnie wycierania ręcznikiem głowy krótko ostrzyżonej, chroniąc zamoczenia reszty ciała przez obwiniecie szyi suchym ręcznikiem. Miejscowe upusty krwi z wielką ostrożnością, tylko w razie konieczności u dzieci starszych od 2 lat poprzednio zdrowych i dobrze żywionych, wolnych od jakiegobądź charłactwa mogą być stosowane, zawsze z uwagą że zbyt pochopny



lub nadmierny upust nie tylko szkodliwie podziałać może na przebieg choroby sprzyjając wielkiemu upadkowi sił, lecz konwalescencyę na długo przeciąga.

Dyeta powinna być odpowiednią do wieku i poprzedniego sposobu żywienia dziecięcia. Przyzwyczajone do mleka czują zwykle niepomamowany wstręt do rosołu, nie należy im takowego odmawiać w małej ilości, lub pod formą mlecznej kawy, pomimo że niekiedy podtrzymuje biegunkę, a w odchodach stolcowych kawalki ściętego twarogu dopatrzyć się dają. Silniejsze podrażnienie mlekiem znoszą napoje klejkowate, gęsty odwar korzenia storczykowego, ryżu, woda gumowa i t. p. Dzieci ciężkim formom durzycy uległe podczas trwania gorączki łakną zimnej wody, unikają całymi tygodniami wszelkiego pożywienia, nawet mleka lub zupki, pomimo to wygląd ich nie jest gorszy od wyglądu dzieci które wśród przebiegu choroby używały płynnych pokarmów. Znaczny upadek sił i tętna, wskazuje na podanie środków wzmacniających i pobudzających, z pomiędzy tychże kawa jest słodkim, przyjemnym, podniecającym i łatwym do przyrządzenia środkiem, dogodniejszym od kamfory, piżma, stroju bobrowego, węgla amonowego i t. p., których podanie nastęrcza u dzieci wiele trudności; filiżanka niezbyt mlecznej osłodzonej kawy, nie jednokrotnie zdołała wzmocnić siły i podnieść czynność serca. W tym samym celu podajemy rosół z żółtkiem do żołądka lub przez odbytnicę. Zimne oblewania w suchej wannie mogą powrócić przytomność, wzmocnić ruchy oddechowe klatki piersiowej i pobudzić poty. Przy oddawaniu mimowolnych stolców kąpiel ciepła przez 5—10 minut dla oczyszczenia ciała; zaleconą być może nawet przy obecności prosówki, różyczki durzycowej lub zawsze towarzyszącego niezytu oskrzeli.

W lekkich formach przy utrudnionej defekacyi kwaskowaty płyn lub zimna woda są napojami najprzyjemniejszymi i najpożądniejszymi dla dziecka, podczas biegunki napoje klejkowate. Gorączkujące dzieci zwykle często i łapczywie piją, tak że nie puszczaają naczyń dopóki do dna nie wychylą; dlatego zapobiegając rozdrażnieniu dziecka i przepelnianiu żołądka, należy pić z małej filiżaneczki zawierającej odpowiednią ilość płynu do jednorazowego podania.

Wstrzymanie wypróżnień nasuwa kalomel, pobudza wydalenie mass stolcowych bez wywoływania obfitej biegunki, jak to miewa miejsce po emetyku i środkach drastycznych. Z tego względu jak to wyżej wspomniano ostatnie, w przebiegu gorączki tyfoidalnej zaniechane być powinny, w razie zaś potrzeby wypróżnienia, skoro lewatywa lub olejek

kleszczowinowy nie wystarcza, kalomel zadany w odpowiedniej ilości ości do wieku dziecięcego niechybnie wywoła skutek bez szkodliwych następstw. Takie postępowanie zasadzające się na zachowaniu warunków higieniczno-dyetycznych, częstokroć jest wystarczającym do pomyślnego przebycia choroby, jednakże pamiętać jeszcze należy, że zwiększony w 3-im lub 4 ym tygodniu apetyt wymaga wielkiej ostrożności ze strony dozorujących i dopóki można dostrzedz chociażby ślad gorączki, nieczysty język, nienormalne wypróżnienia stolcowe, dotąd dyeta powinna ograniczać się na klejkowatych zupkach, rosole, kawie białej, mleku i potrawach mlecznych; z polepszeniem się stanu zdrowia podawać można potrawkę z białego mięsa. Od podawania jarzyn należy wstrzymać się dopóki czynność przewodu pokarmowego nie zostanie w zupełności uregulowaną.

Jednakże nie zawsze powyższe postępowanie wystarcza, wzmożenie się objawów ze strony jednego lub więcej naraz układów ustroju rodzi wskazania którym lekarz zmuszony jest usiłować zadość uczynić, i tak: wysoki stopień gorączki, suchość i rozpalenie skóry, niekiedy już w początku choroby występujące, dają się uśmierzyć ciepłymi kąpielami 32—33° C. stosowanymi w rannych godzinach, w ciągu zaś dnia kilkakrotne ciepłe nacierania octem z wodą i wycierania suchymi ręcznikami. Ciepłota pokoju powinna być umiarkowaną, odziewanie chorego lekkie. Napływy krwi do głowy uśmierzać należy według wyżej podanych wskazówek. Zimno największe tu świadczy usługi, środki odciągające więcej mają rozgłosu aniżeli rzeczywistej wartości, wezykatorya wśród tyfusu u dzieci wikła się często z błonicą lub zgorzelą, gorczyzniki są właściwsze do użycia, podrzędne są jednakże znaczenia.

Silne objawy ze strony układu nerwowego występujące w pierwszym okresie, jakkolwiek świadczą o cięższych formach, mogą być wcześniej uśmierzane za pomocą odpowiednich środków i mniej niekorzystnie wpływają na rokowanie niżeli objawy mózgowe występujące w późniejszych okresach, leniwo i prawie niepostrzeżenie. Z tego względu skoro zajęcie mózgowia w pierwszym tygodniu wzmoże się do majaczenia tylko nocną porą występującego, West ogranicza się na zastosowaniu zimnych okładów; przy ciągłej niespokojności i pobudzeniu ogólnym w dzień i majaczeniach w nocy, zaleca przeróbki mawkowca, a jeżeli nie zachodzą przeciwwskazania ze strony przewodu pokarmowego, podaje małe dawki emetyku z mawkowcem. Przy silniejszym napływie krwi, zaczerwienieniu łącznicy — gdy głowa gorętsza od reszty ciała, a oprócz częstego majaczenia i pobudzenia ogólnej

drażliwości przyłączają się inne jeszcze objawy ze strony układu nerwowego, oprócz emetyku w małych dawkach z makowcem stosuje pijawki, do których także widzi wskazanie w razie znacznego stłumienia władz umysłowych, zubożeniu na bodźce zewnętrzne, przy jednoczesnym rozszerzeniu źrenic, nawet bez wysokiego stopnia gorączki i miejscowych powikłań. W est utrzymuje, że tego rodzaju postępowaniem do pewnego stopnia można zapobiedz silniejszemu rozwinięciu się objawów mózgowych, a wyczekiwanie nie prowadzi do celu. Vogel przy znacznym pobudzeniu mózgowia, śpiączce i gwałtownym obłędzie, również widzi najlepszy środek w makowcu podanym pod formą nalewki o jedną kroplę mniej od ilości lat dziecięcia (2 krople 3-letniemu, 3 krople 4-letniemu i t. d.), 2—3 razy w ciągu doby. Środek ten może dziecię na kilka godzin uspokoić, bez wywołania upadku sił, śpiączki, siności, upadku tętna, zbroczeń w przebiegu choroby i t. p., przez niektórych autorów przypisywanych.

Upadek sił tętna, obniżenie ciepłoty zasinionej skóry i towarzyszące zwykle temuż zgęszczenie tylnych dolnych części płucnego mięszu wskazują na środki pobudzające, np. mocną kawę i kilka razy dziennie powtarzane suche bańki. Wino nieodpowiednie dla wieku dziecięcego, odurza a nawet sprawia obłęd. Kamfora częstokroć pobudza wymioty, napar korzenia kozłkowego lub kilka kropel eteru octowego łatwiej są znoszone. Chinina jako środek wzmacniający w tym względzie nie wiele świadczy usługi, a częstokroć stan żołądka przeciwskazuje jej zastosowanie.

Umiarkowane krwawienie z nosa (*epistaxis*) sprawia ulgę i spokój, jeżeli zaś dosięga wyższego stopnia i więcej nad 2—3 uncyj krwi odpłynęło, wstrzymane być powinno przez wciąganie w nos zimnej wody lub wkładanie kawałków lodu i zatykanie otworów nosowych skubanką; trąbka Bello'ca jest zbyt ciężką. Po zatamowaniu krwotoku przekonać się należy czy takowy należycie wstrzymany, a to trzymając głowę nachyloną ku przodowi, aby krew nie spływała ku tyłowi jam nosowych.

Biegunka w przebiegu durzycy jest mniej obfita niż u dorosłych, ale trudną jest do powstrzymania; lekarz winien tylko zapobiegać zbyt obfitej utracie płynów, klejkami lewatywkami z makowcem. Wewnątrz środki ściągające i klejkowate zwykle bezskuteczne, z przebiegiem choroby biegunka sama przez się ustaje. Boiesność brzucha łagodzą okłady ciepłe, u starszych dzieci zachodzić może wskazanie do miejscowego upustu krwi.

Nieżyt błony śluzowej oskrzeli jest prawie stałym towarzyszem durzycy; przy mocnem jego natężeniu dokuczliwy kaszel uśmierzają

suche bańki stosowane na plecy, gorczyczniki pomiędzy łopatki, a do wewnątrz środki wykrztuśne. Zapalenie krtani połączone niekiedy z obumarciem częściowém chrząstek, mniej lub więcej obszerném, wskazuje niekiedy na wykonanie przecięcia krtani (*laryngotomia*) lub tchawicy (*tracheotomia*) uwieńczane częstokroć pomyślnym wynikiem. Do tych operacyj przystępować należy po ścisłym zbadaniu rodzaju powikłania, gdyż tak dobrze duszność i kaszel chryplawy towarzyszyć mogą zwyczajnemu nieżyтови błony śluzowej wyściełającej krtai, jak zapaleniu z owrzodzeniem ochrzęstnej i obumarciem chrząstek.

### 15. Cholera azyatycka.

(*Cholera asiatica*).

Cholera zaraźliwa azyatycka, ze względu swoich dziejów zachowywania się jako zaraza, sposobu szerzenia się i przyczynowości w ostatnich czasach różnorodnie była przeglądana. Powtarzanie tego obecnie byłoby zbyteczne, zwłaszcza, że u dzieci nie odróżniającego nie można dopatrzeć; u małych jednakże zachodzą pewne odmiany, o których wspomnieć wypada.

Wiadomo, że u małych dzieci nader często zdarza się biegunka, jużto skutkiem drażnienia przewodu pokarmowego niewłaściwemi pokarmami, już też jako powikłanie przy sprawie zębowania; jeżeli zaś występuje podczas epidemii cholerycznej, tém trudniej powiedzieć, czy zależy od wpływów powodujących cholere, czy też rzeczzone powyżej okoliczności ją wywołały. Bezwątpienia dzieci żywione z garnuszka, a nawet ssawcy skłonniejszymi są do biegunki trudnej wówczas do powstrzymania.

Jeżeli biegunka jest objawem nieżytu, trwa uporczywie do kilku tygodni bez przyłączania się groźniejszych objawów, w innych wypadkach jest wstępem do rozwinięcia się prawdziwej cholery z całym szeregiem następstw; nareszcie zdarza się biegunka u dzieci przedtém zupełnie zdrowych, która wraz z wymiotami poprzedza inne objawy, jak: kurecze, upadek sił, znikanie tętna, sinienie, wstrzymanie moczu, ziębnienie, zmianę właściwą rysów twarzy i t. d.

W przebiegu cholery dwa okresy rozróżnić się dają: okres martwiczy i rzadko spostrzegany u dzieci okres odczynowy, bowiem zwykle w pierwszym okresie następuje zgon.

Do okresu drugiego zaliczane bywają jeszcze sprawy następcze i objawy wynikłe z ogólnego wyniszczenia ustroju.

Okres ten trwa zwykle krótki przeciąg czasu, dziecię zdrowieje lub też przy coraz bardziej natężonych objawach tyfoidalnych umiera.

Co się tyczy objawów cholerycznych, te są trojakiego rodzaju:

a) biorąc punkt wyjścia i zależne od zaburzeń w przewodzie pokarmowym;

b) biorąc punkt wyjścia w układzie krwionośnym i narządziach oddychania, nareszcie

c) w układzie moczowym.

Najpierw podpadają naszym zmysłom zбочenia czynności żołądka i kiszek i te są w przebiegu cholery najważniejszymi, prawdopodobnie wywołują następcze zmiany w obiegu krwi a stanowczo w nerkach.

Odchody stolcowe choleryczne u dzieci cechują się żółtawym odcieniem (u dorosłych są białawe, do odwaru ryżowego podobne), zresztą ani pod względem chemicznym, ani drobnowidzowym nie przedstawiają takich różnic, któreby na wspomnienie zasługiwały. Są oddawane bez bólesci jednakże przed wypróżnieniem towarzyszy zwykle niemiłe uczucie. Oddawane masy nie posiadają drażniących własności, dlatego skóra w okolicy odbytu nie ulega zmianie, jak to ma miejsce przy biegunce zależnej od zwyczajnego niezytu. W miarę ilości oddawanych mass stolcowych i ich częstosci następuje upadek sił, niekiedy 5—6 wypróżnień wystarcza ku temu; dzieci poprzednio wyniszczone znacznie prędzej upadają na siłach nawet już po pierwszym wodnistém obfitszém wypróżnieniu. Odchody czerwonawe krwią zabarwione rokuja niepomysłne zejście.

Dzieci młodsze od roku wśród cholerycznego rozwolnienia przetrzymują 48 do 60 godzin, poczem ustaje biegunka lub z powodu znacznej utraty płynów, ogólnego upadku sił i wyniszczenia następuje śmierć. Przy pomysłnym zwrocie choroby wypróżnienia stają się coraz mniej częste i mniej obfite, gęstsze i nabierają bardzo przykrój woni.

Wymioty u dzieci wśród przebiegu cholery nie są tyle męczące co u osób dorosłych i rzadziej pojawiają się. Na 10 osób dorosłych jedna od nich bywa wolną, u dzieci stosunek jest znacznie większy, 8—9, pomimo że z natury są skłonnejsze do wymiot, nawet przy prawidłowym stanie powietrzni wolnej od pierwiastków zarazkowych. Z początku wydalone zostają spożyte ostatnio pokarmy, a następnie przesięk z błony śluzowej żołądka wraz z napojem podawanym dziecięciu celem zaspakajania męczącego pragnienia. W tym pierwszym okresie choroby wehłanianie (*absorbtió*) w przewodzie pokarmowym jeżeli w zupełności nie ustaje, to przynajmniej bardzo ogranicza się, ztąd środki lekarskie wówczas podawane mają zamknięte drogi do dalszego wnikanienia w ustrój dziecięcia i chociaż w większych dawkach będą stosowane, pomimo swych gwałtownych własności tu pozostają bez skutku. Jednakże należy mieć na uwadze i tę okoliczność,

że z chwilą powrotu wchłaniania na większej lub mniejszej przestrzeni błony śluzowej przewodu pokarmowego, jeżeli poprzednio zadane środki odrzucające (*belladonna, morfina, strychnina, makowiec* i t. p.), nie zostały wydalone przez wymioty lub stolce, nastąpić może zatrucie nawet śmiertelne. Brzuch cholerycznych dzieci zwykle jest zapadnięty, miękkie, chęłbocze, a pętle kiszek na przedniej pośrodkowej części zarysowują się. Odgłos w okolicy żołądkowej bębnowy świadczy o obecności gazów w żołądku, poniżej zaś odgłos próżny pochodzi od obecności płynu w przewodzie kiszkowym zawartego. Obfite przeziąkanie do wnętrza kiszek w obec zupełnego wstrzymania wchłaniania jest powodem zgęszczenia krwi i wessania części płynnych z narządów mięsaszowych i torebek surowicznych. Utrata ta płynów powoduje dalszy szereg następstw, na wywołanie których nie tylko wpływać może utrata płynu ze krwi i narządów mięsaszowych, lecz jak utrzymują niektórzy autorowie; zarazek choleryczny podobnie jak na przewod pokarmowy i na inne układy wywierać może właściwe sobie działanie stając się powodem zaburzeń chorobnych.

W pierwszych chwilach napadu cholery obieg krwi bywa czynniejszy, bicie serca gwałtowne, tętno wybitne; częściej zdarza się że od samego początku wybuchu choroby tony serca zaczynają słabnąć, stopniowo cichną, zwłaszcza ton drugi, który przy podstawie bardzo niewyraźny na wierzchołku nie daje się wysłuchać; tętno z każdą godziną słabnie, staje się częstsze, nitkowate, miękkie, w końcu zupełnie znika. Skoro dziecię dotrwa odczynowego okresu, co jak wspomniano nie często się zdarza, upływa jeszcze długi przeciąg czasu zanim tętno powróci, ale skoro to nastąpi, nie łatwo znika. Przeciwnie przy pobudzeniu sztuczném za pomocą kąpieli z gorczycą, podwyższonej ciepłoty, lub środków podniecających (kawy, kamfory, piżma i t. p.), jeżeli te zostały wchłonięte, udaje się niekiedy pobudzić czynność serca, po chwili jednakże napowrót czynność ta upada, najczęściej na zawsze, zwłaszcza to ma miejsce w okresie martwiczym. Dla tego zniknięcie tętna u dzieci jest znakiem zapowiadającym blizki zgon, co stanowi jeden z momentów różniących cholere wieku dziecięcego od teje osób dorosłych, bo gdy brak tętna w ciągu kilku godzin upoważnia rokować o dziecięciu niepomyślnie, u dorosłych niekiedy kilkanaście godzin niepodobna go wyczuć, a tacy jeszcze zdrowieją. Układ żylny przepęlnia się krwią zgęstniałą przez utratę płynnych części. Przepęlnienie to pochodzi z osłabienia tak zwanego *vis a tergo* i siły ssącej prawej połowy serca. Następstwem tego jest zastój w naczyniach włoskowatych, uwydatniający się u dzieci poprzednio dobrze odżywionych przez zasinienie najpierw warg, palców,

powiek, gdy zaś u wynędzniałych rzezone miejsca zabarwiają się szaro-żółto.

Tak ważne i szybko powstające zaburzenia w układzie krwionosnym wywołują niezaprzeczenie wpływ i na oddychanie: dziecięciu widocznie brakuje powietrza, doznaje duszności, oddech niejednostajnie, często i głębiój, usiłując jak najwięcej wciągnąć powietrza z powodu znacznego upośledzenia wymiany gazów. Powietrze wydychane jest chłodne; z oziębnieniem oddechu rokowania staje się już bardzo niepomyślne, a wprawny lekarz po stopniu ciepłoty oddechu i skóry na wystających częściach twarzy, rączek i nóżek, oraz z wyglądu chorego będzie w stanie ocenić natężenie choroby i jej prawdopodobne zejście. Zmiany zachodzące w narządzie moczowym są trudne do oceny z powodu że nawet kilkoletnie dzieci pomimo czynionych im pytań, nie zawsze są w stanie dostatecznie lekarza objaśnić, mocz zaś bywa zupełnie wstrzymany lub w tak małej ilości oddawany i to najczęściej na pościel, że niepodobna dokonać rozbioru chemicznego i drobnowidzowego. Tylko z pośmiertnych badań wiadomo, że w przebiegu cholery u dzieci następuje w nerkach zastój i zapalenie mięsżkowe, a jeżeli wracają do zdrowia po ciężkiej cholery, co się zdarza bardzo rzadko, w moczu spotykane bywa białko, w osadzie odlewy włóknikowe i sole moczowe.

Wstrzymanie znów moczu z swój strony powoduje zaburzenia w zmianie materji, a jeduém z główniejszych następstw tychże będzie zatrzymanie się mocznika we krwi, mogące stać się powodem drgawek i kurczów jeżeli nie w rozmaitych gruppach mięśniowych ciała, to przynajmniej w mięśniach twarzowych.

Nagły upadek sił, cichy głos, lub zupełna jego utrata, wielkie osłabienia, zdają się pochodzić od nagłej utraty płynów dziecięcego ustroju przez wymioty i biegunkę, oraz od głębszych zaburzeń w układzie nerwowym. Skoro dziecię przetrwało okres martwiczy, następuje odczyn, który po rozwinięciu się groźnych objawów, częstokroć bywa bardzo niebezpiecznym. Wówczas ciepłota ciała znacznie się wzmacnia, skóra sucha, tętno bardzo częste, język schnie, przyłączają się objawy napływu krwi do głowy, i wiele dzieci wśród drgawek zamiera lub ulega ogólnemu wyniszczeniu, sprowadzającemu prawie zawsze śmiertelne zejście.

Zestawiając objawy choleryczne u dzieci dorosłych następujące można dopatrzeć różnice: a) barwa wypróżnień stolcowych dłużej utrzymuje się żółtą, b) upadek sił następuje o wiele wcześniej, dzieci poprzednio osłabione i wyniszczone umierają już po kilku wypróżnieniach, c) wymioty pojawiają się rzadziej częstokroć zupełnie ich nie-

dostaje, *d*) stosunek śmiertelności większy, bo w okresie martwiczym na szczycie epidemii dochodzi do 80%.

**Zmiany anatomiczne** są podobne jak u dorosłych. U dzieci w pierwszym okresie zmarłych, błony surowicze powleczone są warstwą lipkiéj materyi, narządy mięszzowe suche, skóra sina, serce i grubsze pnie żył wypełnione czarnymi miękkimi skrzepami krwi, w cieńszych krew gęsta, maziasta; kiszki cienkie zawierają mniejszą lub większą ilość płynu białawego; błona śluzowa wyściełająca ich wewnątrz sino-różowo zabarwiona i zupełnie obnażona z nabłonka. Nerki nasiąknięte nieco obrzmiałe, w kanalikach łuszczenie się nabłonka z nieżyty, pęcherz moczowy próżny.

W okresie odczynowym zasinienie skóry mniej wybitne, błony surowicze i tu są lipkie, mózgowie surowiczym płyném nasiąkłe, w płucach częstokroć ogniska zrazikowego zapalenia; w kiszkach zawartość zielonawa, błona śluzowa bledsza i mniej obrzmiała, torebki odosobnione nabrzękle lub uległe owrzodzeniu, w pęcherzu moczowym napotykać się daje niekiedy mała ilość moczu zawierającego białko.

**Leczenie.** Stosunek śmiertelności dzieci cholerycznych najwydatniej wskazuje, jak wiele terapia do życzenia pozostawia. Bez wątpienia zastosowanie ścisłe przepisów higieniczno-dyetycznych podczas grasowania epidemii najwięcej zasługuje na uwagę, tu jednakże opis ich pomijamy, odsyłając czytelnika do nowszych dzieł szczegółowo tę kwestyę traktujących, np. *G r i e s i n g e r'a* („*Infectionskrankheiten.*“)

W początku choroby skoro pojawiła się tylko biegunka, niekiedy udaje się wpłynąć na złagodzenie przebiegu; z wystąpieniem innych objawów, zwłaszcza ze stanu ogólnego ustroju najczęściej wszystkie środki zawodzą. Ile razy wyprózniane masy stolcowe są zupełnie wodniste, jasno żółte lub niekiedy do odwaru ryżowego podobne, usiłowania nasze celem ich powstrzymania najczęściej pozostają bez skutku z powodu wstrzymania wchłaniania. Wówczas wprowadzanie wszelkich środków (odurzających, ściągających, wonnych, pobudzających i t. p.), przez przewód pokarmowy nie prowadzi do celu, i dopóki nie powróci wchłanianie, nie może nastąpić ich działanie. Jednakże należy być oględnym w ilości podawanych środków gwałtowniej działających, które w chwili zadawania mogą być jeszcze obojętnymi dla dziecięcia; lecz skoro chwila, z którą wchłanianie wraca, zastanie ich w przewodzie pokarmowym, wywołać mogą zatrucie. Metoda podskórna wprowadzania wskazanych środków do ustroju, również jak pod formą lewatyw, rzadko kiedy wystarczają do uzyskania poprawy. Co do wstrzykania w żyły rozmaitych płynów nie mamy u małych dzieci



własnych spostrzeżeń; wstrzykanie w żyły roztworu alkalicznego dokonane przez nas 13-letniemu chłopcu w b. szpitalu dla cholerycznych przy ulicy Marszałkowskiej w 1867 roku (patrz Gaz. Lek. T. V N° 14 s. 211), nie uratowało od śmierci. Przy tak smutnych warunkach pozostaje uśmierzenie objawów. Palące pragnienie chwilowo zaspakaja najlepiej zimna woda, w małej ilości podawana, aby przez wprowadzenie większej na raz ilości płynu do żołądka nie pobudzać wymiotów; ssawcy chciwie chwytają za pierś i ssą ile są zdolne podołać. Niekiedy dzieci znoszą klejek lub letnie mleko, — przeciwnie napar rumianku, mięty i t. p. Celem podniesienia obniżonej ciepłoty, ciepła kąpiel (do 30° R), z przymieszką 1—2 uncyi gorzycy. Po kilkunastu mniej lub więcej minutach wyjęte dziecię należy osuszyć i włożone w ogrzaną pościel otoczyć bańkami napełnionymi wodą gorącą obwinietami w płótno; tym sposobem podtrzymana ciepłota wraca niekiedy już znikłe tętno, przyczynia się do uśmierzenia biegunki, oddech i w ogóle całe ciało rozgrzewają się i następuje odczyn, który ze swój strony sprowadza częstokroć smutny koniec z powodu silnego natężenia durzycowych objawów lub przy lekkim ich natężeniu następuje wyzdrowienie po niedługim przeciągu czasu.

Z nastąpieniem okresu odczynowego należy podawać dostateczną ilość napoju dla ułatwienia wydalania mocznika ze krwi i odlewów włóknikowych z kanalików moczowych. Napływy krwi do głowy uśmierzają zimne okłady, u starszych dzieci może zachodzić wskazanie do kilku pijawek z wielką ostrożnością i przy niezbędnem wskazaniu. Przy suchym języku i natężonej gorączce, chlorek 2 rtęci w małych dawkach dla pobudzenia wydzieliny błony śluzowej przewodu pokarmowego i dróg żółciowych. Środki pobudzające (kawa, kamfora, piżmo, przewody korzenia kozłkowego), więcej mają rozgłosu niż rzeczywistość na to zasługują.

Okres zdrowienia wymaga nadzwyczajnej baczności, dopóki wypróżnienia stolcowe nie odzyskają prawidłowych własności. Ssawcy powinny jeszcze przynajmniej 4—6 tygodni pozostać przy piersi, poczem z ostrożnością i stopniowo być od niej odzwyczajane. Dzieci sztucznie żywione powinny pozostać jeszcze przez dłuższy przeciąg czasu na klejkowatych zupkach, rosole z małą ilością surowego żółtka z czasem przez pokarmy mleczne przechodzić od zwykłej diety.

## 16) Choroba robaczna. Czerwliwość.

(*Helminthiasis*).

Ssawcy wyłącznie piersią karmione wolne są od wewnątrzaków do ustroju ludzkiego dostają się one wraz z pokarmami i szczególnie ro-

ślinnemi. Najczęściej zaś zdarzają się u dzieci pomiędzy 3 i 10 rokiem życia, zwłaszcza u żołądowatych, cierpiących na krzywicę (*rhachitis*) i zaburzenia w układzie trawienia.

Spotykane bywają następujące rodzaje:

- a) Tasiemiec samotny (*Taenia solium*)
- b) Brzódogłowiec szeroki (*Botryocephalus latus*).
- c) Glista pospolita (*Ascaris lumbricoides*).
- d) Glistnica robaczkowa (*Oxyuris vermicularis*).
- e) Włosogłówka nierówna (*Trichocephalus dispar*).

Włosień kręty (*Trichina spiralis*), który tyle trwogi w ostatnich czasach wzbudził, zwłaszcza w Prusach, bywał napotykaný tylko u dzieci starszych spożywających wieprzowinę, u małych nie zdarza się. Zresztą choroba włosnikowa (*Trichiniasis*), tak u dzieci jak u dorosłych jednakowo się przedstawia, a że opisana jest w oddzielnych bardzo szczegółowych pracach, tu więc opis jęj pomijamy.

Tasiemiec samotny (*Taenia solium*, *cucurbitina*, *armata*. *Kettenwurm*), posiada kształt tasiemkowaty, barwę białó-żółtawą,

Fig. 17, 18, 19, 20.

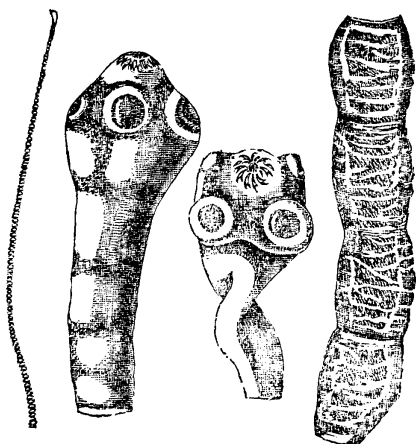


Figura 17-ta przedstawia głowę tasiemca w naturalnej wielkości 18-ta i 19-ta powiększoną głowę z góry i boków widzianą, 20 zaś członki z otworami płciowymi na bokach.

długi 20—30 stóp, 3—6 stóp szeroki, złożony z licznych członków; zupełnie wykształcone członki są dwupłciowe. Głowa przedstawia się w postaci białego punktu, na którym przez lupę dostrzedz się dają 4 ssawki, niekiedy czarniawo zabarwione; w pośrodku tychże wyziera stożkowaty pyszczyk uzbrojony podwójnym haczykowatym wieńcem, a pojedyncze haczyki zaledwie przy 200 setnym powiększeniu przedstawiają się wydatnie zarysowane.

Szyja tasiemca dług. na kilka cali, podobna do spłaszczonej nitki, stopniowo przechodzi w grubszą część wydatnie stawowaną. Szerokość młodych członków jest większą od długości, przeciwnie

rzecz się ma ku tylnemu końcowi; tu stają się one coraz węższe, a dłuższe tak, że końcowe są podługowato 4 kątnie z przytępieniami kątami i na nich części płciowe są najwydatniejsze, umieszczone naprzemianlegle na brzegach pod postacią wyniosłości z ujściem pochwy i dla pracia. W głębi mieszczą się jajniki. Dojrzałe członki z tylnego końca oddzielają się, na przednim tworzą się nowe. Spotykany w całej Europie wyjąwszy Polski, Rosyi i Pruss wschodnich a przynajmniej bardzo rzadki.

Fig. 21, 22, 23.

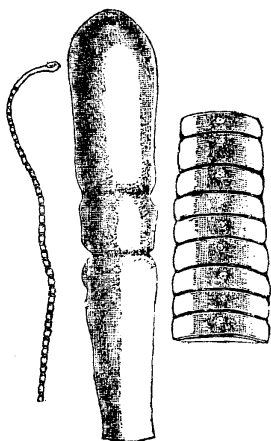


Fig. 21 przedstawia głowę brózdogłowca w naturalnej wielkości, Fig. 22 głowę powiększoną z długą szyją, Fig. 23 pojedynczy kawałek złożony z kilku członków posiadających otwór płciowy w pośrodku.

Brózdogłowiec szeroki (*Brótryocephalus latus*, *Teenia lata*), podobny do tasiemca, barwy więcej szarzej, głowa jego podłużna o wiele krótsza od tejże u tasiemca, z dwiema podłużnymi brózdami, bez wyniosłości i wieńca haczykowego. Wymiar podłużny członków jest krótszy od osi poprzecznej, są one dachówkowato ułożone, a jedna z najgłówniejszych różnic jest ta, że otwory części płciowych nie znajdują się na brzegach, lecz w pośrodku członków. Wypełnienie jajników brunatnawymi jajami powoduje, że każdy członek upstrzony jest w żółto-brunatne desenie. Z tylnego końca oddzielają się całe szeregi członków, nie zaś pojedynczo, co posłużyć może do oznaczenia rodzaju wnętrzaka częściowo wysuwającego się otworem stolcowym, za życia u zamieszkiwanego dziecka. Napotykanany bywa w Prusach Wschodnich, Rosyi i Królestwie Polskiem a jak mniema Mayer-Ahrens i w Szwajcaryi.

Obydwa powyższe rodzaje zdarzają się u starszych dzieci, bardzo rzadko u małych, u ssawców prawdopodobnie nie spostrzeżono. Tasiemiec według Küchenmeijstera pochodzić ma z węgrowca świni (*Cysticercus cellulosa*), tém samém mógłby się zdarzać u dzieci, które już spożywały wieprzowinę.

Glista pospolita (*Ascaris lumbricoides*), posiada kształt podłużny okrągły, barwę żółtawą lub czerwonawą podobną do glisty ziemnej (*lumbricus terrestris*) 5 — 10 cali długa, 1 — 3 linii średnicy mająca. Koniec przedni i tylny węższy jest od części pośrodkowej,

posiada pyszczyk i przewód kiszkowy. Łepek jest odznaczony od kałduba, uzbrojony w 3 brodawki, które w czasie ssania rozszerzają się

Fig. 24.

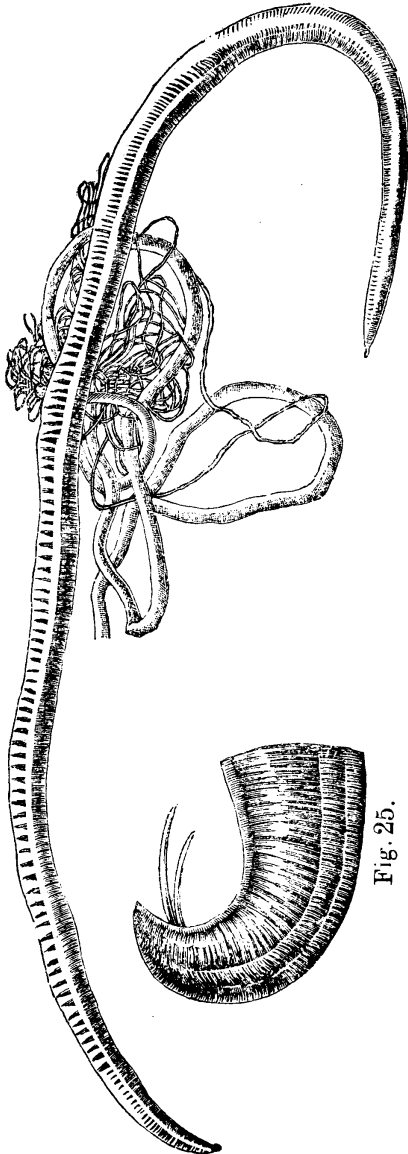


Fig. 25.

Fig. 24 Spłaszczona samica glisty pospolitej w naturalnej wielkości z wyciętymi wnętrznościami.  
Fig. 25 Powiększony koniec ogonowy zaagięty z podwójnym prąciem,

na podobieństwo naczynia ssącego (Fig. 24). Samca od samicy odróżnić można po skrzywieciu końca ogona uzbrojonego niekiedy naprzężonym prąciem w postaci dwóch delikatnych włosków (fig. 25). Po naciśnięciu brzucha samicy z przedniej części wnętrza, jak zauważył Küchenmeister wyciskany zostaje jajnik otworem pochwowym, wypuszczający płyn mlecznawy, zawierający jaja. Ugnieciony samiec wypuszcza w pobliżu otworu odchodowego mleczny płyn nasienny bez wysunięcia się lub naruszenia całości jakiegokolwiek części. Czermak twierdzi, że powłoka zewnętrzna glisty składa się z 6 warstw i utworzona jest z tasiemkowatych poprzecznych pierścieni, rozchodzących się niekiedy widełkowato, a szczególnie na bocznych liniach nagle przerywanych.

Przebywa w kioskach cienkich, rzadko pojedynczo, zwykle 5—10,

niekiedy całe gromady z 200 — 300 osobników złożone, o wiele częściej spotykane bywają u dorosłych dzieci, u małych rzadko, u ssawców zaś najrzadziej i tylko wówczas gdy są do karmiane papką z bułki lub mączki, za pośrednictwem której niewątpliwie zarodki czyli jaja dostają się do przewodu pokarmowego niemowlęcia.

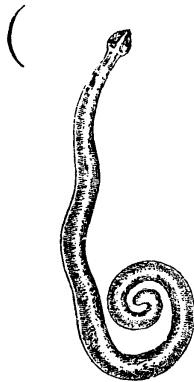
Glistnica robaczkowa v. owsik (*Oxyuris vermicularis*, *ascaris vermicularis*). Samica (fig. 26 i 27, 2—5 linii

Fig. 26.



długa, cienka, barwy białej żółtawej z prostym końcem ogonowym szydełkowato zakończonym. Samiec (fig. 28 i 29), zaledwie dochodzi jednej linii z mocno zagiętym końcem ogonowym. Pierwsze o wiele są liczniejsze od samców, w odchodach stołcowych nie bywają napotymane z powodu, że silniej od samicy czepiają się błony śluzowej kiszki. Obiedwie płcie mają grube łepki z dwiema bocznymi pęcherzykowatymi błonczkami. Zwykle siedliskiem jest kiszka odchodowa, mniej często kiszka gruba, w cienkich prawie nie zdarza się. U dziewcząt przesuwają się częstokroć do pochwy.

Fig. 27. Fig. 28. Fig. 29.



Włosogłówka v.

cienka nierówna (*Trichocephalus dispar*),

(fig. 30 i 31, patrz str. 237), posiada kształt białej niteczki 1—2 cali

długość, z przedniego końca cieniżej, średnica zwiększa się stopniowo

ku końcowi ogonowemu nadając tym sposobem wnętrzakowi kształt biczka.

Koniec przedni uzbrojony pyszczkiem

prowadzącym do kanału pokarmowego, tylny u samicy jest prosty (fig. 30) z pochewką, u sam-

ców grajcarekowato skrzyty (fig. 31) i zaopatrzony w prącie posiadające napletek.

Fig. 26 i 27 Owsik, samica powiększona i w naturalnej wielkości. Fig. 28 i 29 Samiec powiększony i w naturalnej wielkości.

Przebywa prawie wyłącznie w kiszce ślepej i okrężnicy wstępującej, w odchodach nie zdarza się, obfita nawet biegunka nie zdoła

usunąć go z przewodu kiskowego. Napotykaną bywa przy badaniach zwłok osób dorosłych, u dzieci zaś nader rzadko.

Fig. 30. Fig. 31.



Włosogłówka w naturalnej wielkości.

Fig. 30 samica.

Fig. 31 samiec.

Co się tyczy znaczenia wspomnianych dopiero wewnątrzaków, to dawniejsi autorowie zbyt wiele przypisywali im wpływów na ustrój dziecięcy upatrując w nich przyczynę prawie każdego zaburzenia w żołądku i kiszkaach i najcięższych objawów ze strony układu nerwowego. Dopiero w miarę ściślejszego badania ich znaczenia upadać zaczęło, w końcu znaleźli się i tacy, którzy stanowczo zaprzeczali wszelkiego szkodliwego wpływu na ustrój, posunięto się więc zadaleko, gdyż jak spostrzeżenia uczą niepodobna jest zaprzeczyć wewnątrzakom możliwości wywołania tak miejscowych jak i ogólnych zaburzeń.

Jedne i te same wewnątrzaki mogą wywołać rozmaite objawy. Jednym z najczęstszych bywa ból rozmaitego rodzaju: szczypiący, kolący, świdrujący i t. p. wywołany bezpośrednio drażnieniem, zwykle napadami występujący. Wzmaga się nagle, po użyciu mocno osolonych aromatycznych lub kwaśnych pokarmów, mleko i tłuszcze łagodzą go. Chęć do jadła zwykle normalne, niekiedy zmniejszona, potrawy mięsne chętniej spożywają od mięsnych, których nawet unikają; zdarza się również wzmaganie apetytu chwilowe, dziecię zrywa się ze snu, uporczywie domaga się pożywienia. Częstokroć występują nudności, zwłaszcza w godzinach rannych; wymioty zaś, skoro wewnątrzak przesunie się do żołądka lub jako objaw odruchowy zadrażnienia błony śluzowej kiszek. W pierwszym razie wyrzucany bywa na zewnątrz, niekiedy przesuwają się do gardziela, a nawet co się rzadko zdarza do krtani powodując objawy uduszenia. Przy badaniu pośmiertnym spotykano nawet ropnie wątrobowe zawierające glisty, które zapewne wniknęły przez przewód żółciowy wspólny do dalszych rozgałęzień i wywołały śmiertelne zapalenie ropne mięszu. Wniknąć także mogą do przewodu trzustkowego lub wyrostka robaczkowego powodując sprawę zapalną.

Często powtarzające się nudności i wymioty upośledzają ogólne odżywianie, dziecię szczupleje, blednie, powieki sinieją, twarz wyraża cierpienie, stają się obojętne i drażliwe. Wypróżnienia bywają utrudnione lub przyłącza się biegunka; wówczas z odchodami wysuwają się

zwykle znaczna ilość wnątrzaków, pomimo tego objawy poprzednio towarzyszące nie zawsze ustępują.

Glistnica robaczkowa (*oxyuris*), przebywa w odbytnicy, powoduje świerzbiecie, u dziewcząt przesuwa się do pochwy, drażniąc powoduje zaczerwienie błony śluzowej i biały odpływ. Chęć zaspokożenia świerzbu przez drapanie bywa częstokroć najpierwszą pobudką do samogwałtu, od którego dzieci nie łatwo odzwyczajają się pomimo pozbycia się glistnicy. U chłopców dostaje się pod napletek, pobudza zapalenie, napężanie członka, zkąd także powód do samogwałtu.

Zdarza się, że dzieci cierpiące na czerwliwość doznają swędzenia nosa, w którym dość chętnie dłubią, szuma w uszach, bólu głowy, źrenice bywają częstokroć rozszerzone, a niekiedy występuje nagle gorączka i objawy ze strony nerwowego układu, mianowicie spiączka, majaczenia, drgawki i t. p. Padaczka (*epilepsia*) i płasawica (*chorea*), jeżeli zdarza się przy obecności wnątrzaków, to chyba jako powikłanie przypadkowe od innych zależne przyczyn.

Powyżej przytoczone objawy same przez się nie świadczą stanowczo w obecności czerwiów w przewodzie pokarmowym, nabierają one tegoż znaczenia dopiero po okazaniu się ich w odchodach na zewnątrz.

**Leczenie.** Względnie do rodzaju czerwia stosować należy odpowiednią metodę i środki leczenia. Jedne bowiem wymagają traktowania wewnętrznego, przebywające zaś w dolnej części przewodu kiszkiowego, mianowicie w odbytnicy, usuwane zostają najłatwiej za pomocą lewatyw.

Dzieci zębujące i bardzo małe, źle znoszą środki przeciwoznaczne, nawet najłagodniejsze.

Brózdogłowicę ustępuje po zadaniu odwaru ze świeżej kory korzenia granatu, dla dziecięcia 2—5 lat wystarcza następująca dawka.

Rp. *Cor. rad. punicae granati* rec  $\mathfrak{J}$ j

*macera c. aq. fontana*  $\mathfrak{H}$ j *per horas* 24

*dein coque per horas* 12 *ad remanent*  $\mathfrak{H}\beta$ .

Odeedzony odwar należy podać z rana w półgodzinnych odstępach czasu po 2 uncye, oczyściwszy poprzedniego dnia przewód pokarmowy środkiem lekko rozwalniającym np. komputem ze śliwek suszonych. Skoro jedna z dwuuncyowych dawek wyrzuconą zostanie przez wymioty, zastąpić ją należy inną w pół godziny, dla tego dobrze jest przyrzadzić podwójną ilość powyższego odwaru. Tym sposobem udaje się częstokroć usunąć wnątrzaka w 1—2 godzin, w przeciwnym razie, lub gdy pozostał koniec głowy, po upływie kilku dni można znowu powyższą dozę podać w taki sam sposób bez szwanku na zdrowie dziecięciu, gdyż środek ten nie grozi wystąpieniem uporczywej

biegunki i dokuczliwych bólów brzucha, jeżeli zaś wystąpią, łatwo ich usunąć przez zastosowanie miészanki olejnej. W razie niemożności podania powyższego środka posłuży wyciąg eteryczny z korzenia narecznicy samczej (*Extr. filicis mar. aether*) w ilości 10 gran., lub proszek z kwiatków brasawy czerwiotrutnej (*Flor. Brayerae anthelminticae*), zarobiony z miodem na powidełka. Silnie przeczyszczających (kolokwiuty, olejek krocieniowy i t. p.), unikać należy zwłaszcza u dzieci wątłych.

Glista pospolita (*ascaris lumbricoides*) bardzo częsta u dzieci, rzadko kiedy wywołuje ważniejsze objawy, wysuwa się nawet niekiedy, bez użycia środków przeciwczerwicznych; w innych jednakże wypadkach jest powodem ważniejszych zaburzeń. Wówczas należy usiłować ich usunąć za pomocą cytwarowego proszku z miodem w formie powidełek. Santonina ma być mniej skuteczną, od pączków kwiatowych cytwaru. Zalecają również proszek z okrewki barwnej zwany kamalą (*Glandulae rosellae tinctoriae*), lubo z mniej pewnym skutkiem.

Przeciwko glistnicy robaczkowej (*Oxyuris vermicularis*), wewnętrzne środki są małego znaczenia, właściwsze tu są lewatywy, do których st sowano najrozmaitsze środki, jak: odwar czosnku, cebuli, korzenia kozłkowego, kwiatów wrotyczu, smrodzieniec, kilka kropli olejku terpentynowego, kamforę, roztwór chlorku rtęci i t. p. Vogel ogranicza się na lewatywach z zimnej wody, 2 razy dziennie przez przeciąg 4 tygodni powtarzanych, sądząc że skutek polega głównie na przepłukiwaniu odbytnicy, a nie chwilowém i jedno lub kilkorazowém działaniu środków do lewatywy przymieszanych. West radzi lewatywy z wody wapiennej. Küchenmeister z roztworu santoniny. Odpływy z pochwy wstrzymują zimne sprycowania.

Włosogłówka jako nie zdradzająca swego istnienia w przewodzie pokarmowym za życia dziecka, nastęrcza téż wskazania do jój usunięcia.

## E. Wątroba.

U noworodków jest stosunkowo znacznie większą od wątroby u jednorocznego dziecka, przecięciowo waży 100 grm., u 16-to miesięcznego 250 grm., powiększa się ona stopniowo względnie do reszty ciała, waży jednakże stosunkowo mniej niż w pierwszych życia tygodniach. Wypukiwanie jój dokonywać należy podobnie jak u dorosłych w linii sutkowej, pachowej i mostkowej; w dwóch pierwszych oznaczamy grubość płatu prawego, w trzeciej zaś płatu lewego wątroby. Niespokój właściwy małym dzieciom utrudnia bardzo oznaczenie granic tępości,



starsze zaś dzieci jeżeli są zęczone łagodnym z nimi obejściem badającego również cierpliwie pozwalają się badać jak dorosłe osoby.

Choroby wątroby u małych dzieci nie często są spostrzegane. O żółtacze noworodków wspomniano powyżej (str. 107), tu zaś wypada zastanowić się nad wadami w rozwoju wątroby, stłuszczeniem i zapaleniem przymiotowym, inne jak zapalenie międzyprzestworkowe z zanikiem mięszu (*cirrhosis*), rak i wodunki prawie się nie zdarzają, zresztą w przebiegu niczym nie różnią się od objawów występujących u osób dorosłych, nareszcie zanik ostry wątroby u dzieci dotąd o ile wiadomo nie był spostrzegany.

### 1) Wady rozwoju.

Zbożenia wrodzone wątroby są albo bardzo nieznaczne dotyczące zewnętrznej postaci, lub tak ważne, że życie czynią niemożliwym. Do pierwszego rodzaju zbożeń należy wątroba 4 kątna, trójkątna, płaska, szeroka lub okrągła, podzielona na liczne płaty lub zupełnie bez podziału. Drugi rodzaj zbożeń obejmuje zupełny jej brak zdarzający się u potworów szczególnie bezgłowych i wątrobę podwójną u 2 tułowiowych.

Pęcherzyk żółciowy i przewód żółciowy wspólny ulegają niekiedy podobnym w rozwoju zbożeniom, postać bywa odmienną, są podwójne lub nawet może ich zupełnie brakować.

Przy obecności wrodzonej szpary w przeponie, zwykle mającej miejsce po stronie prawej, wątroba może wnikać do jamy opłucnej prawej, przy wrodzonej przepuklinie pępkowej wysuwa się na zewnątrz przez pozostającą szparę w ścianie brzusznej. Przemieszczenie trzewiów zmienia położenie normalne narządów, przyczem wątroba zajmuje miejsce w podżebrzu lewym.

### 2) Stłuszczenie wątroby.

(*Hepar adiposum*).

Nawet prawidłowa wątroba posiada mniejszą lub większą ilość tłuszczu usiewającego w postaci kropek komórki samego mięszu, ściśle więc oznaczenie granicy pomiędzy stłuszczeniem fizyologicznym i chorobnym jest trudne. Nie rzadko jednakże nagromadzenie tłuszczu w komórkach mięszu dosięga tak znacznego stopnia, że barwa wątroby ze zwykłej czerwono-brunatnej zmienia się na żółtawą, glinistą. Zmiana ta u dzieci jest dość stałym towarzyszem wyniszczających chorób,

mianowicie gruźlicy płuc i przewlekającego się przez dłuższy przeciąg czasu niezytu kiszek. Przyczynę przy gruźlicy przypisywano niedostatecznemu oddychaniu, przez co utlenianie się wodoru węgla i tłuszczów ma być niedostateczne. Frerichs zaprzecza wpływu nawet ważniejszych zaburzeń w płucach, zasadzając się na występowaniu stłuszczenia wątroby nie tylko przy chorobach płuc, ale i innych narządów bez udziału narządu oddychania. Słuszniej szém przeto będzie przyczynę stłuszczenia upatrywać w zmianie składu krwi wyniszczeniem spowodowanej, mianowicie nagromadzenia się w niej tłuszczu. Że jednak przy gruźlicy płuc stłuszczenie uwydatnia się więcej niż przy innych wyniszczających chorobach, to pochodzi od zmniejszonej ilości tlenu, zmieniającego tłuszcz w krwi obecny na dalsze związki.

Zmiany anatomiczne. Wyższy stopień stłuszczenia wątroby zmienia jej zewnętrzną postać, staje się ona więcej płaska, zyskuje na wymiarze szerokości i długości, brzeg tępieje. Powierzchnia jest gładka, połyskująca, miąższ suchy i ciastowaty tak, że po naciśnięciu palca pozostaje zagłębienie; barwa czerwono lub blade żółta, nóż lekko ogrzany, pociągnięty przez miąższ, powleka się warstwą tłustą.

W mniejszym stopniu stłuszczenia, zmiany są też mniej wydatne, najpierw tłuszczejzą zraziki na obwodzie, środkowa część zrazików bliższa rozgałęzieniom żyły wątrobowej, przez pewien przeciąg czasu pozostaje nienaruszoną. Tym sposobem powstaje siatkowaty wygląd powierzchni przecięcia, czyli tak zwana wątroba muszkatołowa, w której brunatno czerwone wysepki, otoczone są jasno żółtymi obwódkami. Kształt wysepek zależy od kierunku cięcia, okrągły przy cięciu ukośnym do żył wewnątrz-zrazikowych, podłużny lub pod postacią blaszkowatych figur na powierzchni cięcia równoległego do tychże rozgałęzień.

Zmiana ta dotyczy niekiedy tylko części narządu, wówczas wśród miąższu pojawiają się mniejsze lub większe ogniska blade szczególnie w części obwodowej czyli bliższej powierzchni.

Drobnowidz wykazuje zmianę samych komórek miąższowych, w których tłuszcz przedstawia się w postaci kropelek z czasem zlewających się z sobą i wypełniających całe wnętrze komórki. Wówczas właściwe części komórki tłuszczem wypełnionej, mogą się stać widocznymi po usunięciu tegoż właściwymi odczynnikami. Kształt

stłuszczonej komórki bywa przeważnie okrągły, kątowate ich zarysy zacierają się. Pomimo tak wydatnej i napozór ważnej zmiany w samej treści komórki, czynność wątroby nie ulega ważnym zaburzeniom, wytworzona żółć tak co do ilości jak i jakości zachowuje się w prawidłowych granicach.

Stłuszczenie wątroby, jak powyżej wspomniano, przyłącza się do wielu chorób dziecięcego wieku. Najczęstszą bywa przy gruźlicy, krzywicy, wrodzonym przymiocie i wszelkich chorobach wyniszczających wiodących do ogólnego zaniku, jako to: zapaleniu torebkowym kiszek, błonicy, ostrych wysypkach i durzycy. Objawy stłuszczenia są niepewne i niejasno określone. Nawet powiększenie wątroby nie zawsze towarzyszy, zdarzają się wypadki bez przemieszczenia granic tego narządu, zwykle jednakże zyskuje na objętości, płasciej, łatwo przechyla się ku przodowi, obniżając granicę dolną tępości.

Co się tyczy leczenia, wszelkie działanie wprost nie prowadzi do celu, z powodu, że stłuszczenie wątroby jest powikłaniem, a raczej następstwem głównej choroby, która jeżeli usunięta zostanie i wątroba pozbedzie się zbytecznej ilości tłuszczu i wróci do prawidłowego stanu.

### 3) Zapalenie przymiotowe wątroby.

(*Hepatitis syphilitica*).

U dzieci dotkniętych przymiotem wrodzonym, wątroba przyjmuje niekiedy udział, tkanka łączna stanowiąca podścielisko narządu i towarzysząca rozgałęzieniom naczyń krwionośnych i przewodków żółciowych, ulega rozrostowi skutkiem zapalenia twórczego, przez co wątroba zyskuje na stanie skupienia. Nierównie rzadziej dają się napotykać drobne ogniska, gołym okiem widzialne, mniejsze od nasienia maczku, bledsze i twardsze od reszty tkanki, poczytywane przez niektórych autorów za początki przyszłych ziarniniaków syfilitycznych (*gumma syphiliticum*), o ożem trudno stanowczo wnosić, gdyż dzieci przymiotem wrodzonym dotknięte, najczęściej zmirają dość wcześnie.

U dzieci starszych dotkniętych ogólnym przymiotem, oprócz rozmnażania się komórki tkanki łącznej i zgrubienia powłoki otrzewnej wątroby, uwydatniają się większe niż u ssawców szarawe lub żółtawe ogniska, wielkością ziarna grochu dochodzące, utkwione wśród mięszu napozór normalnego. Zasierają one mniej lub więcej gęsto cały narząd i czynią niekiedy jego powierzchnię nierówną.

Objawy są mało znaczące, mniejsze zmiany za życia nie mogą być wysledzone, dopiero po stwardnieniu mięszsu i powiększeniu narządu, dolny brzeg wystaje z pod dolnego brzegu klatki piersiowej. Wprawdzie żółtaczkę nie ma, lecz skóra przyjmuje barwę brudno-szarawą bladą.

Leczenie specyficzne tego stanu nie zasługuje na uwagę. Ssawcy, które dla oszczędzenia karmiącej muszą być odstawiane od piersi i żywione sztucznie, najczęściej zarówno zamierają, czy przy ogólnym przymocie wątroba przyjmuje udział lub nie ulega zmianom. Wcieranie szarj maści, jeżeli nie zachodzą ze strony skóry przeciwwskazania najwięcej zapewniają skutku. Wskazanie do użycia tej metody zaczerpane być powinno z ogólnego stanu dziecięcia i obrazu choroby, gdyż samo zajęcie wątroby nie może być w niemowlęctwie wysledzonym. Bliższe w tym względzie szczegóły będą podane przy opisie przymiotu.

## F. Śledziona.

Pierwotne samoistne choroby śledziona u dzieci prawie nie zdarzają się; następczo wszakże wśród przebiegu niektórych ostrych chorób, narząd ten zwiększa swoją objętość, zmienia stan skupienia i wygląd. Oznaczenie granic śledziona u dzieci młodszych od 2-oh lat następcza wiele trudności z powodu zwykłej im niespokojności i opierania się dłuższemu badaniu. Dokonywa się w położeniu na grzbiecie lub na boku prawym. W stanie normalnym nie można jej domacać, a nawet gdy jest powiększona, częstokroć bywa tak ruchomą lub miękką (przy durzycy), że niepodobna jej wymacać. Powiększoną i stwardniałą jednocześnie śledzionę (przy wysoko posuniętej krzywicy i uporeczywej zimnicy) łatwo wysledzić; rysuje się ona niekiedy przez zwiotczone ściany brzuszne, pozbawione tkanki tłuszczowej podskórnej, szczególnie gdy się obniża w chwili wdychania. Przy umiarkowanym obrzmieniu zachowuje swój poprzeczny kierunek od tyłu i góry, ku przodowi i dołowi, przy znaczniejszym przewlekłym powiększeniu sięga większych rozmiarów, układa się pionowo tak, że niekiedy ós jej długości staje się równoległą do osi podłużnej ciała. Wymacalna wówczas śledziona przedstawia postać podłużnego owalu, z tępemi brzegami i zagłębieniami w pośrodkowej części wewnętrznej brzegu. Jedynie za pomocą lekkiego opukiwania granice jej wysledzić się dają, zwłaszcza przy wzdęciu brzucha przez mocniejszj opukiwanie odgłos śledziona próżny, maskowany będzie odgłosem bębnowym wzdętego żołądka i kiszek. Badanie to powinno być dokonane zawsze w jednakowym położeniu, sama zmiana pozycyji dziecięcia może wywołać znaczne odmiany w granicach tępości.

U dzieci młodszych od roku tępość w okolicy śledziona przechodząca rozciąłość zwyczajnego plesimetru, należy uważać za nieprawidłową. Zebranie większej ilości płynu w jamie brzusznej lub opłucnej lewej, czyni niemożliwem dokładne oznaczenie granic śledziona za pomocą opukiwania. Podobnie dzieje się przy mocnym wzdęciu kiszek gazami, przyczem odgłos tępy w okolicy śledziona, zastąpiony zostaje odgłosem bębnowym.

Ponieważ powiększenie śledziona jest stałym objawem przy zimnicy i niekiedy dochodzi znacznych rozmiarów, właściwem będzie zastanowić się tutaj nad tą formą gorączki.

### Gorączka przerywana v. zimnica.

(*Febris intermittens*).

U małych dzieci zdarza się równie często jak u dorosłych, a nawet znane są w piśmiennictwie lekarskiem wypadki, w których matki podczas ciąży cierpiały na gorączkę przepuszczającą, dzieci ich rodziły się z obrzmiałą śledzioną i ulegały napadom zimnicy w tej samej chwili kiedy i matka. Podobne jednakże wypadki do rzeczywistych należą wyjątków.

Pr z y c z y n y zimnicy dziecięcego wieku są te same co dla osób dorosłych. Wyczerpującą w tym względzie pracę G r i e s i n g e r a co do wpływu klimatu, wilgoci ziemi, ciepłoty i t. p., znajdzie czytelnik w Patologii szczegółowej V i r c h o w a T. 2. Cz. 2.

O b j a w y. Typ codzienny gorączki u dzieci w pierwszych dwóch latach bywa najpospolitszym, zdarzają się jednakże formy z napadami co trzeci dzień, a nawet czwartaczki. Godzina napadu nie zawsze bywa ta sama, wszakże o jednej zwykle porze ranniej, po południowej lub wieczornej wybucha. Co się tyczy samego napadu, ten zwykle niezupełnie bywa wykształcony, owszem w jednym lub drugim okresie niezupełnie wydatny. Zdarzają się również prawdziwe napady zimna, w którym dzieci drżą, kwilą się, słabną, usta i paznogie sinieją, następuje podwyższenie ciepłoty i suchość skóry, silne pragnienie, niepokój, w końcu mniej lub więcej obfity pot pokrywa ciało dziecięcia, słowem występuje cały obraz zupełnej zimnicy. Wiele jednakże wypadków nie cechuje się tak wybitnymi objawami, a za zimnicą świadczy wówczas typowość z jaką występują pewne zaburzenia w dziecięcym ustroju, mianowicie bladeść skóry, sinienie paznokci i warg, okolenie ciemne oczów, ziębnienie kończyn, dziecię kwili lub doznaje lekkich drgań mięśni twarzy, przyczem tętno bywa

umiarkowanie przyspieszone i bardzo małe, oddychanie zaś utrzymuje się w normalnym stanie. W obec takich objawów towarzyszących ziębieniu, dzieci nie oddają moczu i jeżeli krótko przed napadem użyły dużo mleka, wymiotują. Trwanie napadu nie przeciąga się dłużej nad  $1\frac{1}{2}$  godziny, lecz i to wystarcza do wielkiej zmiany wyglądu, co wszakże nie powinno zbytecznej budzić obawy.

W drugim okresie twarz dziecięcia poczyna obrzmiewać, czerwienieje, tętno staje się twardsze i pędsze, skurcze serca zyskują na sile, dzieci stają się niespokojne, głośno krzyczą, częstokroć wpadają w drgawki, przyczem źrenice rozszerzają się, mocz i stolce zatrzymują się.

Po upływie kilku godzin następuje poprawa, niekiedy zaś już po kilkunastu minutach występują poty. Dopóki dziecię nie zaśnie, lekko się poci, skóra wówczas jest nieco wilgotna, dopiero po zaśnięciu kroplistym zrasza się potem, twarz poprzednio zaczerwieniona blednieje, zmniejsza się chęć do napoju, mocz przyjmuje barwę ciemną żółto-czerwonawą, tętno wraca do normy, słowem ogólny stan zdrowia dziecięcia okazuje się być dobry, przynajmniej na pewien przeciąg czasu, dopóki napad zimniczy nie wróci. Zdarzają się wypadki, w których napady zimnicze bywają tak mało wydatne, że dla ścisłego oznaczenia rodzaju choroby potrzeba kilka dni czasu.

Charłactwo zimnicze u dzieci w pierwszych dwóch latach życia pojawia się już w 1—2 tygodniu choroby. Cechuje się wysoko rozwiniętą niedokrewnością, zblednieniem skóry przyjmującej odcień żółtawy, wargi i w ogóle śluzowe błony bledną, dziecię z każdym dniem szczupleje, pod dolną powieką formują się małe obrznięcia przez nasiąknięcie tkanki łącznej podskórnej płynem surowicznym, znacznie powiększona śledziona daje się wymacać, wypukać, a nawet przy zaniku warstwy tłuszczowej podskórnej ściany brzucha, można ją w lewym podbrzeżu dopatrzeć. Wątroba brzmieje i twardnieje, z postępem choroby gazy wzdymają kiszki, przyłącza się biegunka, przy której w ostatnich dniach życia dopatrzeć się częstokroć daje mała ilość krwi w wypróżnieniach stolcowych, słowem cały szereg zaburzeń mogących być powodem niepomyślnego zakończenia się choroby, jakkolwiek w naszym klimacie zimnice nie zagrażają życiu. Z tego powodu napady zimnicze nie budzą wielkiej obawy i w krótkim przeciągu czasu zwalczone być mogą za pomocą właściwych środków lekarskich. Wszakże znajdują się miejscowości, w których panują złośliwe i niebezpieczne zimnice; tamże śmierć nastąpić może już za pierwszym napadem. Zimnica u dzieci starszych nie różni się w przebiegu od tęży u dorosłych osób.

Badania anatomiczne zwłok dzieci z zimnicy zmarłych, nie wykazują nic więcej ważnego nad powiększenie śledziony i przepełnienie krwią całego układu żylnego.

Na zwłokach dzieci zmarłych skutkiem charłactwa zimniczego (*cachexia*), spotykane bywają nierównie głębsze zaburzenia ustroju. I tak przesięki do jamy brzusznej i worków surowicznych, przemiana krochmalikowa wątroby i śledziony, złogi brunatnego lub czarnego barwika, najobficiej nagromadzonego w śledzionie, mózgowiu, na błonie śluzowej kiszek i w nerkach przy jednoczesnym zapaleniu mięszu, występowania białka w moczu i włóknikowych cylindrów w osadzie moczowym.

**Leczenie.** Napady zimnicze w naszym klimacie nie wymagają natychmiastowego działania, zwłaszcza w lżejszych formach. Skoro okres zimna wybuchnie, dostatecznym będzie ograniczyć się w pierwszej chwili na ogrzewaniu, lekkim drażnieniu skóry przez nacierania wełnianymi płatkami, zmaczaniem w kamforowym wyskoku lub innych środkach pobudzających. Natomiast w okresie odczynu czyli w gorączce, właściwymi będą odziewanie umiarkowane, zimne obmywania głowy, zimną wodę za napój, a w razie drgawek 1—2 kropel nalewki makowca, ułatwiając o ile można zapocenie. W chwilach od napadu wolnych (*apyrexia*) dzieci powinny zachować ścisłą dyetę, pozostawać w jednostajnej, umiarkowanej ciepłocie. Wówczas najważniejszą jest chwila do podania chininy. Dzieciom młodszym od roku, 1 gran na dawkę w ulepku lub proszku, skoro zaś niepodobna zwalczyć u starszych dzieci wstrętu do przyjęcia tego środka przez usta, dogodniej będzie w lewatywie. Skoro pierwsza doza nie skutkuje, powtarza się ją po ustaniu napadu; w samym napadzie nie należy podawać, z powodu, że trawienie wówczas zostaje wstrzymanem, wchłanianie chininy byłoby niedokładne, skutek mniej pewny. Środek ten zwykle wystarcza do uleczenia, w przeciwnym razie można podać roztwór arsenikalny Fowler'a przez dzieci wybornie znoszony. Charłactwo zimnicze wymaga koniecznie usunięcia dziecka w zdrowszą i wyżej położoną miejscowość. Tam zaś gdzie tego niepodobna uskuteczyć, należy poprzestać na przetworach żelaza i pożywniej łatwo strawnej dyecie (mięso, mała ilość porteru, piwa i t. p.)

### G. Otrzewna.

#### Ostre i przewlekłe zapalenie otrzewnej.

(*Peritonitis acuta et chronica*).

Zapalenie ostre zdarza się u noworodków, a nawet u płodu, z wytworzeniem wysięku włóknikowego. U dzieci starszych napoty-

kauą bywa z ostrych forma traumatyczna, z przewlekłych gruźlika; inne zaś, mianowicie będące następstwem przedziurawienia kiszki i chorób części rodzajnych niewieścich nie bywają napotymane, gdyż i te choroby w dziecięcym wieku prawie nie zdarzają się.

**Przyczyny.** Wszystkie trzy formy zapalenia przyjęte w szczegółowych patologiach, bywają także u noworodków spostrzegane. Odmiana samoistna (*idioprtioa*) najrzadziej się zdarza i prawie u płodu wyłącznie, a ponieważ tenże do pewnego stopnia wolny jest od wpływów zewnętrznych, wystąpienie zatem zapalenia otrzewnej w podobnych wypadkach słuszniej będzie przypisać następstwom ogólnej choroby, polegającej na zmianie we krwi, wywołanej np. przymiotem (*West*) lub ostremi wysypkami i t. p. Odmiana przerzutowa (*metastica*) najczęściej bywa napotymana w zakładach położniczych, nawiedzanych gorączką połogową, narreszcie odmiana następcza (*secundaria*) ze wszystkich jest najczęstsza. Dwie ostatnie formy niekiedy trudne do odróżnienia, w obydwóch sprawa rozpoczyna się z naczyń pępkowych, któremi massa rozpadowa, a raczej posoka dalej przedostawać się może. Wszelako niemożliwem jest częstokroć rozróżnić czy zapalenie przesuwają się bezpośrednio na sąsiednią część przepony, czy też jak inne błony surowicze przy ogólnem zatruciu krwi zostają wciągnięte do sprawy ropnicowej.

Odmiana ta zapalenia otrzewnej wikłająca zapalenie pępka z wytworzeniem się posoki zdarzyć się może w pierwszych 6 — 8 tygodniach życia. Starsze dzieci są od niej wolne, ulegają raczej przewlekłemu zapaleniu, powstającemu z przyczyn traumatycznych, lub wytwarzania się w otrzewnej gruźlika.

Objawy i przebieg ostrego samoistnego zapalenia małow różnią się od objawów i przebiegu zapalenia następczego, jednakże natężenie i niebezpieczeństwo bywają bardzo rozmaite.

Zapalenie ostre otrzewnej poczyna się nagle występującym bólem w jakiegokolwiek okolicy brzucha stopniowo uogólniającym się. Wznaga się on za najmniejszym naciskiem na ściany brzuszne wywartym, lub zmianą położenia, przyczem dziecko wydaje głośny przerywany krzyk. Wkrótce przyłączające się wzdęcie brzucha, jeszcze bardziej zwiększa uczucie bólu. Przewód pokarmowy przyjmuje mniej lub więcej ważny udział, język podsycha, podwyższa się chęć do picia, apetyt ustępuje, nudności i wymioty towarzyszą mniej stale niżeli u dorosłych, częściej biegunka niż zatrzymanie mass stolcowych. Objawy te wzmagają się stopniowo aż do ostatniej chwili życia, lub też rozwinięte do pewnego stopnia, nagle słabną, a nawet



w zupełności ustępują, nie zapowiadając jednakże stałej poprawy, gdyż dziecię zamiera przy ogólnym upadku sił i wyniszczeniu ustroju. Na szczęście ostre ogólne zapalenie otrzewnej nie często atakuje dzieci, a jeszcze rzadziej z wytworzeniem się obfitego ropiastego wypłodu. Lecz i w tak niepomysłnych wypadkach sama natura usiłuje nadać szczęśliwy zwrot chorobie, natężenie objawów słabnie, zczasem ściana brzuszna w pewnej okolicy cienieje, ulega przedziurawieniu, odpływa ciecz ropiasta, następuje polepszenie, które zczasem wśród przyjaznych okoliczności kończy się pomyślnie. Chełbotania u noworodków niepodobna wysledzić z powodu plastyczności wysięku, a gdyby nawet był płynnym, to spływa ku tyłowi lub ku dołowi jamy brzusznej i przez odgłos bębnowy wzdętych kiszek łatwo maskowany zostaje. Jeżeli zapalenie dosięgnie powłoki otrzewnej moczowego pęcherza, oddawanie moczu jest bolesne, w małej naraz ilości, odpływa kropkami, lub zupełnie wstrzymany zostaje.

Gorączka jest stałym towarzyszem zwłaszcza w początku ostrego zapalenia. Skóra sucha, ciepłota jęj podwyższona, tętno częste małe, oddychanie powierzchowne, przepona odbywa tylko bardzo ograniczone ruchy, natomiast mięśnie brzuszne usiłują jak najwięcej rozszerzyć ściany klatki piersiowej z małym jednakże skutkiem, bo płuca nie rozszerzają się dostatecznie, mniej przyjmują w siebie powietrza i po kilkunastu powierzchownych wetchnięciach, dziecię usiłuje głębiej odetchnąć, lecz chwycone silniejszym wówczas bólem wykrzywia twarz i wydaje krzyk. Niekiedy przyłączają się drgawki, lub u starszych dzieci inne przypadki ze strony układu nerwowego.

Zapalenie ogólne otrzewnej u ssawców najczęściej w ciągu 1—3 dni sprowadza zgon.

Oprócz powyżej opisaney formy ogólnego zapalenia zdarza się w pediatrycznej praktyce zapalenie ograniczone (*peritonitis circumscripta*), które jakkolwiek jest mniej niebezpieczne, to przy pewnych niepomysłnych okolicznościach, lub jeżeli zajmuje dość obszerną przestrzeń przepony, stać się może śmiertelne. Główne objawy zapalenia ograniczonego są te same, co przy zapaleniu całej otrzewnej. Sprawa zaczyna się biegunką lub zaparciem stolca, poczem występuje ból umiejscowiający się najczęściej po stronie prawej brzucha w okolicy kiszki ślepej; ztąd rozprzestrzeniać się może i na inne okolice, w pierwszym miejscu jeszcze trwa, gdy w innych już przeminął. Okolica wyżej rzeczona wzdyma, napręża się, twardnieje, przy opukiwaniu wydaje odgłos tępy. Obrzmienie to przyjmuje niekiedy kształt podłużnego guza, rozciągającego się od kości łonowej ku górze i ku

tyłowi, prawie do prawego podżebrza; wówczas prostowanie dolnej prawej kończyny jest bolesne, ztąd dziecko utrzymuje ją ciągle do brzucha przygiętą. Zejście choroby w takich wypadkach bywa rozmaite, raz sprawa uogólnia się, występuje silny ból w brzuchu, obniża się ciepłota ciała, tętno staje się nitkowate, a upadek sił i wyniszczenie prowadzą do śmierci; w innych zaś przyłącza się zapalenie opłucnej prawej z obfitym wysiękiem, a pomimo to w lekkich formach może czasem nastąpić wyzdrowienie. Wówczas wytwarza się ropienie w tkance łącznej otaczającej kiszki ślepa, ropień w okolicy biodrowej lub lędźwiowej, przewlekający się długi przeciąg czasu, ostatecznie pomyślnie zakończający się. Przy znaczniejszém natężeniu chorobnej sprawy, zejście tego rodzaju należy do bardzo rzadkich.

Przewlekłe zapalenie otrzewnej bywa następstwem ostrego, jak się to zdarza w innych ustroju narządach. Jednakże przewlekła sprawa zapalna, o której tu zamierzamy wspomnieć, występuje wspólnie z wytwarzaniem się gruźleń w otrzewnej.

Objawy miejscowe poprzedzane są błędnymi znakami podupadającego stanu zdrowia, cechującymi tak często pierwszy okres gruźliczego charłactwa. Nie zawsze dzieje się w ten sposób, owszem, jeszcze bez zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, występują napadami bóle krótkotrwałe, jako wstęp rozpoczynającej się ciężkiej choroby. Wkrótce dziecko traci chęć do jadła, zabawy, zmienia się na humorze, a biegunka naprzemian z zaparciem stolca wracają. Odchody wówczas są zwykle obfite i nieprawidłowego składu, ciemno zabarwione, papkowate lub śluzowate. Nocą występuje gorączka, niespokojność, pragnienie napoju, bolesność brzucha staje się coraz silniejszą i częściej wraca. Niekiedy pojawiają się wymioty, których często wśród całego przebiegu choroby brakuje. W pierwszym okresie język wilgotny i prawie zupełnie czysty, w miarę wzmaganiasię choroby i zaburzeń na błonach śluzowych, zmienia swój normalny wygląd. Brzuch wzdęty i naprężony wydaje przy opukiwaniu bębnowy odgłos, a ściany jego częstokroć zdają się być zlepione z trzewami do nich przylegającymi.

Forma ta rzadko wzmaga się stale, bez przerwy aż do zejścia, jednakże te stają się coraz krócej trwale, dziecko mizernieje, niszczeje, twarz blednie, przybiera odcień żółtawy i cierpiący wyraz; skóra sucha, ciepłota jej podwyższona, tętno stale przyspieszone, częste. Brzuch w pierwszym okresie napięty i wzdęty, w następnych często opada, ale nie powraca do poprzedniego stanu, po jakimś czasie znów zyskuje na objętości. W chwili zmniejszenia obrzmienia brzucha łatwo można wyczuć przez ściany zrosty trzewiów z otrzewną

ścienną; częstokroć daje się wzbudzić chełbotanie mniej lub więcej wydatne w okolicy podbrzusznój, ale nie tak wybitnie jak przy wodosteku w jamie brzusznej (*ascites*), według Rilliet'a i Barthez'a mające wynikać z odbicia się zlepionych pętlic kiszkowych o ściany brzuszne. Powierzchnowe żyły brzucha rozszerzają się, skóra staje się szorstką, chropowacieje i łuszczy się. Bóle brzucha i tu zatrzymują poprzedni charakter, lecz są bardzo zmienne, częściej wracają, bywają nawet bardzo dokuczliwe, nieustępują w zupełności, lecz wrażliwość za uciśnięciem brzucha nie jest w tym samym stopniu, jak w pierwszym okresie. Zwykle towarzyszy mniej więcej obfita i uporczywa biegunka. Z postępem choroby dziecię chudnie, słabnie tak, że o własnych siłach podnieść się nie może i na szczycie wyniszczenia życie zakończy. W innych wypadkach następuje to wcześniej przez powikłanie z chorobą płuc, zapaleniem gruźliczym opon mózgowych, lub nareszcie przy wzmagających się bólach, wywołanych wzmocnieniem się (*exacerbatio*) choroby, to jest zapalenia, przedtęm całemi tygodniami pozostającego w jednakowo umiarkowanym natężeniu.

Taki jest zwykły przebieg zapalenia gruźliczego otrzewnej, które trwać może kilka miesięcy i zwykle śmiercią się kończy

**Zmiany anatomiczne.** W ostrém zapaleniu błona otrzewna tak ścienna jak trzewiowa, zwłaszcza w miejscu zetknięcia się pętlic kiszkowych jest zaczerwieniona, naczynia jej krwionośne krwionośne krwią nabiegłe, pokryta warstwą skrzepłego wysięku zlepiającego trzewia brzuszne pomiędzy sobą lub ze ścianami do których takowe przylegają. Ponieważ u noworodków przyczyną najczęstszą zapalenia otrzewnej jest zapalenie żył pępkowych (*Phlebitis umbilicalis*), dlatego główne zmiany zastajemy w pierścieniu pępkowym i wklęsłej powierzchni wątroby, która za pomocą włóknikowego wysięku zlepia się z sąsiednimi narządami, jako to: żółdkiem, kiszkami cienkimi i grubymi. W jamie miednicy małej spotykana bywa mała ilość ropiastego płynu, niekiedy krwawego lub posokowatego. W płucach częstokroć zapalenie zrazikowe.

Zwłoki starszych dzieci zmarłych na zapalenie gruźlicze otrzewnej są wyniszczone, wyraz twarzy i po śmierci pozostaje cierpiącym, jaki był w chwili zgonu. W płucach gruźliczki niekiedy w znacznej ilości. Zlepione pomiędzy sobą pętlice kiszkowe jedne łatwo oddzielają się, inne są stałej spojone tak, że przy usiłowaniu rozlepiania raczej ściana kiszki zostaje rozdarta, aniżeli dwie powierzchnie zlepione od siebie odstaną. W jamie brzusznej przesuwają się długie powrozki z tkanki łącznej łączące pętlice kiszek

inne trzewia ze ścianami brzucha, grubość ich rozmaita, przyczepy mniej lub więcej silne.

Materya spajająca trzewia z sobą lub ścianami, składa się z tkanki łącznej, miejscami zaś okazują się gęsto usiane ogniska z masy żółtawej, gruzełkowej, powodującej zrosty z przeciwległą powierzchnią otrzewnej. W okolicznych częściach powstają nowe złogi gruzełkowe, a towarzyszące temuż zapalenie, powoduje zrosty na obszerniejszych przestrzeniach. Skutkiem zaś przemiany wstecznej i rozpadu gruzliczych ognisk, ściana kiszki coraz głębiej zostaje niszczone, a gdy doścignie błony śluzowej, następuje przedziurawienie i komunikacya pomiędzy pętlami kiszek poprzednio z sobą zlepionych. W jamie brzusznej znajdować się może nieco płynu przejrzystego, przybierającego śluzo-ropne lub ropiaste wejrzeenie, w razie — jeżeli śmierć nastąpiła przy powikłaniu się formy przewlekłej z ostrą.

Błazka zewnętrzna bywa mocno zgrubiała i gęsto zasiana gruzełkami szaremi, nieco przeświecającemi, miejscami zaś nagromadzone tworzą płaską ograniczoną wyniosłość żółtawej barwy. Uprzywilejowanym siedliskiem gruzełków w tej sprawie, jest część pokrywająca dolną powierzchnię przepony i część ściany brzucha, do której śledziona przylega. Tu przedstawiają się one pod formą gęsto usiewających szarawych lub żółtawych ziarn, zlewających się z sobą. Niekiedy jednakże przeważnie zajmują sieć wielką, pod postacią dużych gruzłowatych złogów. Powłoka otrzewna wątroby i śledziony niepozostaje wolną, nawet mięsz tych narządów i kryzkowych gruczołów przyjmują udział w chorobie, powstają w nich gruzełki.

**L e c z e n i e.** Powyższy opis obydwóch form zapalenia otrzewnej sam przez się wskazuje, jak wątpliwe jest usiłowanie lekarza zwalczenia tej choroby. U noworodków biorące punkt wyjścia z naczyń pępkowych zapalenie zdaje się być zawsze śmiertelne, a działanie nasze ograniczyć się musi na usmierzaniu objawów i przestrzeganiu czystości, spokoju i starannego żywienia noworodka. Bóle usmierzają wilgotne ciepłe okłady, przykrywane płótnem gutaperchowym i wełnianą flanelą dla dłuższego utrzymania ciepła. Zapalenie tramatyczne wymaga przeciwwzapalnego leczenia, nawet miejscowego upustu krwi; 3 — 12 pijawek stosownie do wieku dziecięcia zastosowane, przy użyciu kalomelu do wywołania zielonych stolców a niekiedy olejku kleszczowinowego, przy ciągłych ciepłych wilgotnych okładach, mogą zmuiejszyć natężenie choroby, złagodzić przykre objawy i zapobiedz następstwom. Uporczywe bóle ustępują po zadaniu makowca.

Zapalenie częściowe (*peritonitis circumscripta*) biorące początek w okolicy kiszki ślepej lub wyrostka robaczkowego, z początku wymaga przeciwwzapalnej metody; skoro zaś pierwszy okres przeminął, a pozostaje guz twardy bolesny, należy podtrzymywać stan ogólny, podawać stężone rosoły, chinę, wino i t. p., a po uwydatnieniu się chełbotania, gdy ropa nie może utorować sobie drogi na zewnątrz, należy ją usunąć rtworem wykonanym wedle zasad chirurgii.

W zapaleniu gruźliczym dopóki oznaczenie choroby jest wątpliwe, ograniczać się wypada na zachowaniu przepisów higieniczno-dyetycznych, później zaś na uśmierzaniu dokuczliwych objawów. Lekkie zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego wymagają bardzo oględnej diety. Dokuczliwe bóle pochodzące od wzmagania się zapalenia, słabną niekiedy po miejscowym krwi upuście, do którego zbyt pochopnie nie należy przystępować. Częstokroć wystarczają do ich uśmierzenia wilgotne ciepłe okłady, wcierania szaruchy z wyciągiem belladony lub makowca. Środki klejkie lub ściągające łagodzą biegunkę. Chlorek dwurteci w małych dawkach zmniejsza zadrażnienie kiszek, uśmierza gorączkę i uspakaja dziecię, ku czemu dopomaga ciepła kąpiel wieczorem zastosowana. China, wino, napar gorzkich ziół działają wzmacniająco i podane być mogą przy ogólnym osłabieniu. Przetwory żelaza należy oględnie stosować i to wówczas, gdy dzieci znoszą środki roślinne wzmacniające; łączyć ich można z chininą. Tran poprawia częstokroć ogólny stan, skoro nie wywołuje zaburzeń w przewodzie pokarmowym mianowicie nudności, wymiotów lub biegunki. Przy wyniszczającej gorączce (*febris hectica*) chinina może zmniejszy jej natężenie, jeżeli ku podaniu nie zachodzą przeciwwskazania, zwykle jednakże uśmierzania nasze zostają bezowocnymi.

## 2) Puchlina brzuszna.

(*Ascites*).

Nagromadzenie się surowiczego płynu w jamie brzusznej jest jednym z objawów ogólnej cięższej choroby lub zaburzeń w krwi obiegu. Mała jego ilość zdarza się spotykać u dzieci zmarłych z wrodzonego przymiotu, gruźlicy, wyniszczenia przy zapaleniu kiszek, z wrodzonych wad serca lub przy stanach chorobnych wikłających się ze stwardnieniem zewnętrznej powłoki. U dzieci starszych od roku, przesiek bywa obfitszy i łatwiejszy do wyśledzenia, mianowicie po płonicy, zimnicy i niekiedy po durzycy trzewowej.

Zmiany anatomiczne. Ilość płynu u dzieci starszych do kilku funtów dochodzi. Barwa jego jest żółtawa, niekiedy z domieszaniami małej ilości barwika krwi. Wszakże barwa czerwona bywa także skutkiem przymieszania broczu z przeciętą żyłą podczas otwierania jamy brzusznej. Chemiczne badanie wykazuje obecność białka i soli, w stosunku jak w osoczu. Otrzewna nie ulega zmianie, a przy długotrwałej puchlinie miejscami mętnieje. Wątroba i niektóre pętlice kiszki bywają powleczone warstwą wysięku, wówczas nietylko istnieje samo przesiekanie surowiczego płynu lecz i zapalenie otrzewnej

Ponieważ nagromadzenie się surowiczego płynu w jamie brzusznej jest objawem rozmaitych chorób, zatem przy badaniu zwłok z puchliną brzuszną należy odszukać źródła, a głównie zbadać stan serca i nerek.

Objawy. Dowodem obecności płynu w jamie brzusznej jest chełbotanie, wydatne przy obfitym wylaniu, przy mniejszych trudne do wyśledzenia w położeniu na grzbiecie, wszakże można wyśledzić położywszy dziecię na prawym boku z uniesioną nieco miednicą, a jeszcze pewniej ustawiwszy dziecię w raczka, to jest wsparte na łokciach i kolankach z podniesionym brzuszkiem. Wówczas na prawach ciężkości wszystek płyn zawarty w jamie brzusznej spływa w okolice pępka, gdzie za pomocą opukiwania od dołu ku górze, wyśledzony być może. Chełbotanie można również wywołać przy obecności rzadkiego płynu w kiszki, wypełnieniu pęcherza moczowego wystającego po nad kości łonowe, nareszcie przy znaczniejszym nasiąknięciu powłok brzusznych, mianowicie przy chorobach nerek i płonicy; rozróżnienie jest łatwe, w pierwszym wypadku po usunięciu nieżyty kiszki, w drugim po wypuszczeniu moczu znika chełbotanie, przy nasiąknięciu powłoki zewnętrznej, w miejscu naciśnięcia palca pozostaje zagłębienie.

Przy obfitym nagromadzeniu płynu objętość brzucha powiększa się, skóra gładka i napięta połyskuje, odgłos dolnej części brzucha na znacznej przestrzeni stepiony, pępek wypukłony, a skutkiem nacisku pęcherza moczowego płynem zawartym w jamie brzusznej pozywanie na mocz częste, a oddawanie go w małej na raz ilości. Z ogólnego stanu przyłącza się brak apetytu, gorączka, zaburzenia w krwi obiegu, a to stosownie do przyczyn wywołujących puchlinę. Przewiew skórny zmniejsza się. Częstokroć towarzyszy biegunka.

Rokowanie zależy od przyczyny wywołującej, nie zaś od ilości nagromadzonego płynu, zwykle jest ono niepomyślne. Mniej ciężkie przy wodosteku jako następstwie płonicy, durzycy i zimnicy.

Leozenie skierowane być powinno również do wywołującej przyczyny. Odżywcza dyeta częstokroć sprzyja leczeniu. Przy zapaleniu nerek po płonicy, zastosować należy przetwory moczopędne, jak wyciąg jałowcu (*roob juniperi*) bez przymieszek dość chętnie przez dzieci przyjmowany, a  $\frac{1}{2}$  — 1 łyżeczki na dobę, służy jako dzielny moczopędny środek.

Po zimnicy i durzycy wynikiły wodostek brzuszny ustępuje po zastosowaniu diety wzmacniającej mięsnej, piwa, wina i małych dawek nalewki jabłczanu żelaza, jeżeli nie zachodzą ku temu przeciwskazania.

### 3) Zmiany chorobne gruczołów kryzkowych.

Gruczoły kryzkowe twardnieją i powiększają się przy zapaleniu torebekowóm kiszki, a upośledzone przez ten stan wchłanianie kiszkiowe prawdopodobnie powoduje zanik ogólny ustroju, o czém powyżej wspomniano (S. 195). Oprócz tego u dzieci starszych zdarza się spotykać zserowaciałe gruźelki, u zmarłych zaś na gorączkę durzycową rozrost, zapalenie lub już wytworzone małe ropnie w niektórych gruczołach kryzkowych.

Stany te nie zdradzają się za życia odrębnymi objawami, tylko odżywianie szybko podupada, skoro sprawa chorobna dotyczy wielu gruczołów. Gruźlica gruczołów kryzkowych rzadko kiedy bywa samoistną, zwykle przyłącza się do téjże innych narządów dziecięcego ustroju, a przy jednoczesnej obecności zaburzeń w narządach znajdujących się w jamie brzusznej, niemożliwą do stanowczego rozpoznania. Wygląd zewnętrzny brzucha, wymacalność guzowatości, ból, stan przewodu pokarmowego lub objawy mogące wyniknąć z mechanicznego nacisku sąsiednich powiększonym gruczołom narządów (kiszki, nerwów, grubszych pni naczyniowych), puchlina ogólna i wodostek w jamie brzusznej, jak również objawy ze stanu ogólnego, nie mają znaczenia, nie są cechującymi i przy rozmaitych cierpieniach narządów jamy brzusznej występować mogą. Co więcej — przytaczane są nawet liczne wypadki samoistnej gruźlicy gruczołów kryzkowych znacznie posunięte, które nie zdradzały się właściwemi za życia dziecięcia objawami.

## ROZDZIAŁ III.

### Choroby narzędzi oddychania.

---

Żaden z narządów ustroju nie ulega przy porodzie tak ważnym jakkolwiek fizyologicznym zmianom, jak narząd oddychania. Płuca przed urodzeniem się dziecięcia ścisłe, brunatno czerwone, bardzo obfitujące w naczynia i dla powietrza nieprzystępne, z chwilą ukończenia się życia wewnątrz macicznego, naraz wstępują w odmienną dla siebie warunki, zwiększają swoją objętość, przyjmują barwę różowoczerwoną, budowę pęcherzykową i pochowato miękki stan skupienia. Błona śluzowa wyściełająca drogi oddechowe nietylko w pierwszych dniach, lecz i na długo jeszcze pozostaje delikatną, na zewnętrzne bodźce drażliwą i łatwo ulegającą szkodliwym zewnętrznym czynnikom. Pozostaje ona w pewnym związku ze skórą i błoną śluzową przewodu pokarmowego, stąd téż tak częste powikłania chorobne, zwłaszcza pomiędzy narządem pokarmowym i oddechowym.

Badanie dzieci dotkniętych chorobami narządu oddychania utrudnia się w miarę młodszego ich wieku; trudności te są jednakże częstokroć do pokonania przy wprawie, cierpliwości i właściwem obchodzeniu się z dziecięciem. Lekarz jednakże powinien nazwyczaić się do jego krzyku, rozróżnić objawy fizyczne zależne od stanu narządu oddechowego, od sztucznych powodowanych odzieniem małego pacjenta, z którego nie zawsze udaje się zdjąć odzienie, bez zaniepokojenia go i przez to większego jeszcze utrudnienia zbadania klatki piersiowej. Osłuchiwanie dokonane być powinno przed opukiwaniem i omacywaniem lub wymierzaniem klatki piersiowej, co częstokroć spokojnie dające się badać dotąd dzieci zatrważają i pobudzają do krzyku zagłuszającego szmery oddechowe.



## A. Jamy nosowe.

Badanie ich łatwe, ogranicza się do oglądu i wysłedzenia za pomocą zgłębnika lub kateteru. O przenikalności jam nosowych u dzieci starszych przekonać się można przez dobrowolne silniejsze wydychanie przy zwartej szparze ustnej. Sposób *Wintricha* za pomocą opukiwania krtani nie zawsze możliwy do zastosowania.

### I) Krwawienie z jam nosowych.

(*Epistaxis*).

Krwawienie umiarkowane, to częsty objaw zwłaszcza u dzieci starszych, a jako wkrótce przemijające i bez następstw, małego jest znaczenia. Krwawienie obfitsze częściej spostrzegane u starszych, pochodzi od przerwania całości ścian naczyń krwionośnych, rozgałęzionych w błonie śluzowej jamy nosowe wyściełającej, na bliższą zasługuje uwagę.

**Przyczyny** bywają miejscowe i ogólne. Do pierwszych należą: uderzenie, stłuczenie, zgniecenie, rozdarcie i t. p., w czém jednakże osobnikowe usposobienie nie małą odgrywa rolę. Owrzodzenia błony śluzowej mogą być również powodem krwawień. Do ogólnych przyczyn zdarzających się zwykle po 4 latach życia należą wszystkie stany chorobne wikłające się z zastojem żylnym, mianowicie: wady serca, ropostek piersiowy (*empyema*), wola (*struma*), zapalenie płuc, durzyca, uareszcie choroby powodujące zaburzenia w naczyniach włosowatych, jak gnilec, plamica i u dziewcząt blednica w okresie mających rozpocząć się miesięcznych czyszczeń.

**Objawy.** Krwawienie następuje kroplami (*stillacidium*) lub strumieniem (*rhinorrhagia*). Ważném jest oznaczenie ilości odpłyniętej krwi i źródła krwawienia. U dzieci 3 — 4 letnich pochodzi zwykle od przyczyn zewnętrznych mechanicznych, lub owrzodzeń w jamach nosowych, u starszych częściej z przyczyn ogólnych i zależnych od stanu pewnych narządów ustroju. Jeżeli występują u dzieci żołzowatych, budzą obawę chorób piersiowych. Występujące zaś przed spodziewaném czyszczeniem miesięczném, stanowi pomyslny objaw, jeżeli ilość krwi nie jest zbyt obfita; wśród blednicy nie jest pożądany, owszem bardzo niepomyślnie na dalszy przebieg wpływa.

**Leczenie.** Krwawienie z nosa rzadko kiedy wymaga czynniejszej pomocy, tamowanie łatwo udaje się. Ważném jest zapobiegać powtarza-

niu się krwawienia przez chłodne odziewanie dziecięcia, odpowiednie do ciepłoty w której pozostaje, wczesne wstawanie, zimne obmywania, unikanie napojów i pokarmów gorących, zbytecznego ruchu, nachylenia się i t. p. U dzieci cierpiących na gnilec lub blednicę skoro krwotok jest obfiteży, wymaga bezwłocznego zatamowania. W wypadkach mniej groźnych kierować należy częstością powtarzania się krwawienia, ilością wyciekającego broczu, wydatnością blednicy i t. p. Tamowanie uskutecznia się wkładaniem w nozdrza kawałeczków lodu i zapychanie skubanką, brak lodu zastąpi roztwór półtorochlorku żelaza. Trąbka Belloc'a wskazaną bywa u dzieci nieco starszych, skoro przyczyna krwotoku tkwi w ogólnym stanie ustroju, a inny sposób tamowania okazał się bezskutecznym. Krępujące odzienie w każdym razie rozluźnić należy, dziecię ułożyć poziomo z podniesioną głową, rozgrzewać kończyny, podać kwaśny napój; przy napływie krwi do głowy gorąca kąpiel rąk. Négrier ze skutkiem zaleca wznoszenie kończyn górnych. Rilliet i Barthez nakrapianie czoła eterem i tampowanie skubanką zmoczoną w roztworze ergotyny Oprócz miejscowego działania zachodzi może potrzeba podania środków wewnątrz, działających przeciwko przyczynie podtrzymującej krwotok. Ogólny upadek sił usuwa odżywcza dyeta.

## 2. Nieżyt błony śluzowej jam nosowych.

(*Coryza, Rhonitis*).

Stanowi dość częstą u niemowląt nawet ważniejszą chorobę Wydzielina z początku płynna, przezroczysta, po upływie kilku dni staje się szklistą, mętną, w końcu nabiera prawidłowych własności. Oddziaływanie jój alkaliczne a ilość związków sodowych może się wzmódz do tego stopnia, że w miejscach zetknięcia na powierzchni górnej wargi i skrzydłach nosowych następuje zaczerwienienie i obnażenie skóry z naskórka, zwłaszcza przy nieostrożnym oczyszczaniu nosa, które często powtarzać wypada. Dopóki nieżyt ogranicza się na zajęciu błony śluzowej jam nosowych, dziecię zwykle wolne jest od gorączki, którą przyłącza się po zajęciu zatok czołowych i jam szczękowych Higmore'a wraz z bólem w tych okolicach. Zdarza również spotykać powikłanie z niezłym łącnicy, objawiającym się czerwonoccią, bólem, łzawieniem, wstrętem do światła i t. p. a to przez rozszerzenie się niezytu za pośrednictwem kanałów noso-łzowych lub też zajęcie bębnekowej jamy za pośrednictwem trąbek Eustachiusza, wówczas występuje szum i ból w uszach, stopienie słuchu i t. p.

Rozszerzenie się sprawy chorobnej na krtań i oskrzela powoduje chrypkę i kaszel, a jeżeli drobne rozgałęzienia i pęcherzyki przyjmą udział w cierpieniu, powikłanie jest ważne i ciężkie. Błona śluzowa żołądka i kiszek także nie zawsze zostaje wolną, owszem przyłącza się brak apetytu, wymioty obfite śluzowate, niekiedy biegunka.

U starszych dzieci choroba ta podrzędne ma znaczenie choćby nawet z powikłaniami, lecz u ssawców w skutek obrzmienia błony śluzowej i nagromadzenia się wydzieliny w drogach oddechowych, nastąpić może zatkanie jeszcze dotąd małych jam nosowych, zmuszające do utrzymywania otwartej szpary ustnej dla przepływu powietrza do płuc, przyczyniają się do podsycania błony śluzowej, przez co oddychanie staje się głośnie i chrapliwe. Niemowlę przyłożone w takim stanie do piersi uchwyciwszy brodawkę sutkową nie może swobodnie oddychać, wkrótce ją z ust wypuszcza dla zaczerpnięcia powietrza, odżywianie ogólne podupada i dziecko szczupleje w krótkim czasie przeciagu. Oprócz tego u małych dzieci z pleśniawkami w jamie ustnej spotykać się dają pleśniawki i w nosowych jamach na błonie Schneider'a, przyczyniając się ze swój strony do utrudnienia oddychania. Taki jest obraz zwykłej formy nieżytu jam nosowych, zdarzają się jednakże zależne od chorób ogólnych mianowicie przymiotu, żołądów, a w bardzo rzadkich wypadkach nosacizny. Wówczas przebieg jest zwykle przewlekły, wydzielina posiada odmienne własności, towarzyszą przytém inne objawy świadczące o rodzaju chorobnej sprawy.

**Przyczyny.** Zwyczajny nieżyt pojawia się epidemicznie i sporadycznie; pierwszy występować ma przy znaczném nasyceniu powietrza ozonem, właściwą przymieszką wytwarzającą się przez uapalenie w piecu po długim jego nie używaniu, przy zanieczyszczeniu mechaniczném np. pyłem i t. p. Wypadki sporadyczne i przewlekające się długo, zwykle mają punkt wyjścia w chorobach zaraźliwych.

**Leczenie.** Zwyczajny nieżyt łatwo daje się usunąć przez utrzymywanie dziecięcia w jednostajnej umiarkowanej ciepłocie, unikając zimnych obmywań lub kąpiel. Poruszenia gorączkowe wskazują na użycie środków napotnych i regulowanie wypróżnień stolcowych. Niemowlęta ujemogące ssać przez zatkanie jam nosowych należy karmić wstrzykanym z sutfków karmiącej mlekiem.

Wstrzykiwania do jam nosowych roztworów z soli cynkowych, ałunu, kwasu garbnikowego i morfiny, jako przerywać mających chorobę, u dzieci zwłaszcza nieumiejących wydalić płynu przez nagłe wytchnięcie powietrza nosem, nie zasługują na użycie. Obrznięte i zapchane wydzieliną jamy nosowe u ssawców należy smarować

przynajmniej na cał głęboko pędzelkiem zmoczonym w oliwie lub innym obojętnym oleju.

Nieżyt jam nosowych zależny od innéj ogólnej choroby, wymaga odpowiedniego postępowania a to stosownie do zachodzących wskazań.

### 3. Nowotwory w nosie.

(*Neoplasmata nasi*).

Pragniemy tu wspomnieć o polypach, jako prawie jedynych nowotworach zdarzających się u dzieci i to tylko starszych. Jedne z nich są miękkie w postaci galaretowatych wyrosły z błony Schneider'a, zwykle osadzonej na zewnętrznej ścianie jamy nosowej i z powodu swojej miękkości zwane polypami śluzowatemi; inne sięgają głębiej do tkanki podśluzowej lub chrzęstnej, złożone z tkanki łącznej, a z powodu swojej twardości polypami włóknistemi zwane. Dorastają one niekiedy tak znacznej wielkości, szczególniej ku tyłowi, że dosięgają do gardła utrudniając połykanie, a nawet oddychanie.

**Objawy** małego są znaczenia dopóki jamy nosowe są przystępne dla zewnętrznego powietrza, skoro jednakże nowotwór dosięgnie większych rozmiarów, tak że przepływ powietrza przez jamy nosowe jest wstrzymany, dziecię traci powonienie, utrzymuje ciągle otwarte usta, co nadaje mu niedołężny wyraz twarzy, a głos nosowym się staje. Przez silne sapanie czyli parskanie i ugniatanie pęcherzykowaty polyp może pęknąć, a po usunięciu zawartości powietrze swobodnie znowu przenikać; niedługo jednakże poprawa trwać zwykła, bo ze wzrostem młodszych pozostałych wyrosły przepływ powietrza coraz większej doznaje przeszkody. Polypy twarde włókniste przez zatkanie kanału nosozowego stać się mogą przyczyną izawienia, przez zatkanie otworu gardzielowego trąbki Eustachiusza stępić słuch, objawy te przy polypach miękkich nie bywają spotykane. Obydwom odmianom wyrosły towarzyszyć zwykły nieżyt z wydzieliną śluzowatą lub śluzoropną, niekiedy owrządzenia z mało znaczącem krwawieniem.

**Rozpoznanie** nie przedstawia żadnych trudności, z czasem nowotwór ukazuje się w pobliżu otworu nosa, a nawet wyziera na zewnątrz. Głębiej osadzone i jednostronne wyrosła można wysledzić, skoro po przyciśnięciu drugostronnego skrzydła nosa ku przegrodzie, powietrze

podczas usiłowania parsknięcia z mniejszą lub większą trudnością na zewnątrz się przedostaje.

Polypy miękkie łatwo odrastają, przeciwnie zaś tak zwane włókniste.

**Leczenie.** Wyłącznie chirurgicznie; środki wewnętrzne, wstrzykiwania ściągające i t. p., nie prowadzą do celu. Wyrываяc narośl za pomocą odpowiednich kleszczyków usiłować należy uchwycić ją jak najbliżej podstawy. Wyrosła włókniste z szeroką podstawą najwłaściwiej odejmować za pomocą galwanicznego żegadła. Krwawienie następcze wstrzymują wstrzykiwania zimnej wody lub kawałki lodu do jamy nosa włożone. Odrośnięciu guza zapubiega traktowanie świeżej rany saletranem srebra lub wkładanie kulek skubanki smarowanych maścią z czerwonym tlenkiem rtęci (*ungl. hydr. oxyd. rubri*), co nierównie dłuższego potrzebuje czasu dla osiągnięcia celu.

#### 4) Ciała obce wnikle do jam nosowych.

Przedmioty służące dzieciom do zabawki: okrągłe małe kamyeczki, groch, kulki szklane, papierowe, pestki owocowe i t. p., niekiedy owady: muchy, pluskwy lub pchły podczas snu wnikle, oto ciała w jamach nosowych u dzieci spotykane. Dzieci będąc niemi niepokojone usiłują co prędzej wydobyć; udaje się to częstokroć, lecz gdy ciało tkwiące ma okrągłą postać, przy usiłowaniu schwywania paluszkami więcej zagłębiane zostaje ku tyłowi. Odczyn bywa bardzo rozmaity, stosownie do właściwości obcego ciała. Małe z gładką powierzchnią nie pęczniejące w wilgoci nie wywołuje ważniejszych zaburzeń, o nierówniej chropowatej powierzchni powodują obrzmienie błony śluzowej i niezyt. Ziarna polnego grochu lub fasol pęcznieją się, Boyer nadmienia że nawet są w możności kiełkować, zostając w nosie przez pewien przeciąg czasu.

Przy obecności obcych ciał w jamie nosowej towarzyszy zwykle silny ból, czyniący<sup>o</sup> niemożliwym ściśle zbadanie bez znieczulenia chlorkiem, zwłaszcza przy głębszym utkwieniu.

Osadzanie się nieorganicznych soli na tychże, jakkolwiek spotykane bywało u osób dorosłych, mniej możliwe u dzieci. Najłatwiej wydalane zostają dobrowolnie kulki papierowe w miarę mięknienia i oddzielania się częściowego lub też wysuwają się w całości. Znane są także wypadki natężonego odczynu z gorączką, majaczeniem, zapaleniem opon mózgowych i niepomyślnym zejściem.

**Leczenie.** Sztuczne pobudzenie kichania po wprowadzeniu tabaki w niezajęte nozdrze, częstokroć wystarcza do wyrzucenia obcego ciała a przynajmniej zbliżenia go do zewnętrznego otworu nosa. Po ujawnieniu uchwycić należy ciało tkwiące haczykowatemi kleszczykami lub wysunąć przez podważenie łyżeczką Daviel'a Miększe ciała łatwo uchwycić można większemi cążkami. Wyjmowanie nie powinno trwać długo, dla uchronienia błony śluzowej od zbytecznego podrażnienia; po upływie kilku dni powtórnie próbować, a gdy usiłowania są daremne, grożą objawy mózgowie, zachodzić może konieczność rozcięcia nosa celem wydobycia obcego ciała, jako przyczyny podtrzymującej cały szereg ciężkich objawów. Na szczęście powikłanie to należy do bardzo rzadkich.

## B. Krtań i tchawica.

### Nieżyt krtani.

(*Laryngitis catarrhalis*).

Choroba ta u dzieci jest ważną z tego powodu, że szpara głosowa zwęża się znacznie przy obrzmieniu błony śluzowej towarzyszącem nieżyłowi, tamując swobodny przepływ powietrza do płuc. Towarzyszona zwykle gorączką, kaszlem, z podobnym jak w dławcu dźwiękiem, niespokojnością, a nawet napadami duszności, zatrważa częstokroć rodziców upatrujących przyczynę tego stanu w prawdziwym dławcu i szukających bezwzględnej w lekarzu pomocy, najczęściej uwięźniętej w takich wypadkach pomyślnym zakończeniem téj choroby.

**Objawy,** Choroba rozpoczyna się zwykle nieżytem błony śluzowej nosa, oskrzeli jednocześnie obydwóch okolic. W ogólnym stanie dziecięcia nie występują ważniejsze zmiany; z początku choroby jeszcze wesołe chętnie spożywa pokarmy i prócz umiarkowanego kaszlu i kichania, czynności innych narządów nie występują z fizjologicznych granic.

Dziecię udaje się spać o właściwej porze, a co najwięcej od czasu do czasu przebudzane bywa kaszlem lub niezwykłe chrapie przez sen, na raz nagle się budzi, zatrwożone siada w łóżeczku, z oddychaniem świszczącym, chrapliwem, mniej lub więcej silną dusznością, przyspieszonym tętnem, słowem takim stanem, który w pierwszej chwili trudno stanowczo odróżnić od prawdziwego dławca.

Po upływie 1—2 godzin powyższe objawy przemijają, oddychanie i dźwięk głosu powracają do prawidłowego stanu, ustępuje

duszość, dziecię uspakaja się, pragnie napoju i wkrótce potem zasypia, podczas snu skóra pokrywa się lekkim potem, który ku zadowoleniu otaczających zakończy napad. Przybyły wówczas lekarz spostrzega zwykle spokojne już dziecię bez ważniejszych w jego ustroju zaburzeń, dopóki nowy napad nie wybuchnie, jeszcze tój samój lub następnych nocy. Wówczas w chwilach od napadu wolnych dziecię niezwykłym mówi głosem, kaszel przybiera właściwy chrapliwy dźwięk, we śnie towarzyszą rżenia krtaniowe, wolne jednakże zostaje od natężonej gorączki, co najwięcej ciepłota skóry na czole, skroniach i rączkach jest nieco podwyższoną, we dnie wyprasza się z łóżka, spożywa pokarmy nie ze zwykłym jednakże apetytem. Podczas czuwania, w porze dziennój dziecię wolne zostaje od napadów, występują one zwykle wieczorem jak się zdaje skutkiem pobudzenia odruchów nagromadzającą się i zalegającą w krtani podczas snu wydzieliną błoną śluzowój zajętej nieżytem.

Choroba ta trwa 3—7 dni, prawie zawsze kończy się wyzdrowieniem, jednakże zdarzają się wypadki zwyczajnego nieżytku krtani, w których po kilku dniach trwania przyłączyły się ważniejsze objawy miejscowe i ogólne prawidłowego dławca. Wówczas błona śluzowa okazuje się zwykle zaczerwienioną, obrzmiałą, gęstym powleczonea śluzem bez właściwój jednakże błonki na jój powierzchni.

Błona śluzowa wyściełająca krtan posiada wielką skłonność do recydyw nieżytku. Najczęściej pojawia się w epoce wykluwania się ostatnich zębów trzonowych, jednakże nie szczędzi i starsze dzieci, u młodszych w epoce właściwój dla wykluwania się zębów siecznych częściej zdarzają się napady kurczowe w krtani bez powikłań z nieżytem, lubo znane są wypadki jednoczesnego istnienia kurczu głośni i nieżytku; wówczas ścisłe oznaczenie rodzaju choroby możliwem jest dopiero po przeminieciu napadu i jeżeli kurczowi krtani towarzyszy nieżytek, to w przerwach pomiędzy napadami pozostaje kaszel posiadający właściwy chrapliwy dźwięk, nie istniejący po napadzie czysto nerwowym.

Nieżytek krtaniowy występujący ostro z większém natężeniem od dławca odróżnia się pod względem klinicznym napadami, bo chociaż przy nieżycie głos dziecięcia i kaszel, mają odmienny dźwięk, to jednakże ogólny stan i gorączka nie nastęrczają obawy; dziecię zrana wstaje czując się dobrze, chętnie bawi się i pożywa pokarmy, czego nie ma przy dławcu, a objawy temuż towarzyszące w każdym razie są o wiele wybitniejsze.

**Leczenie.** Pomimo łagodności i dobrej natury sprawy chorobnej lekarz nie powinien jój lekceważyć z uwagi mogącego wystąpić

prawdziwego dławca, w którym zaniedbanie w początku choroby przy niepomyślném zejściu może narazić na ciężkie, jakkolwiek nie w każdym wypadku słuszne wyrzuty.

Dlatego w lekkich nawet formach winien zalecić pozostawianie chorego dziecięcia w jednostajnej umiarkowanej ciepłocie, z osłoniętą szyjką i przy umiarkowanej dyecie. Mokre ciepłe owijania szyi umiejętnie zastosowane dobrze działają, przyczem strzedz się należy oziębienia szyi; zmaczane w wodzie gorącej płótno i należyście wyżęte po przyłożeniu do koła szyi należy osłonić płótnem guttaperchowym, celem dłuższego utrzymania wilgoci i ciepła. Zbawienne działanie powyższego środka wspomagają alkalia, np. węglan potażu (gr. x —  $\text{Dj}$  na  $\text{Fjv}$  wody) obok obfitego napoju pobudzającego wydzielinę nerek i skóry. Niekiedy zachodzić może potrzeba do podania pełnej dawki środka wymiotnego.

### Dławiec.

(*Laryngitis membranacea, Croup*).

Pod tą nazwą rozumiemy ostre zapalenie błony śluzowej krtani tchawicy lub obydwóch jednocześnie połączone z wytworzeniem się błoniastej warstwy na mniejszej lub większej przestrzeni na powierzchni lub przenikającej tkankę błony śluzowej do pewnej głębokości.

Niebezpieczeństwo towarzyszących groźnych objawów i wielki odsetek śmiertelności z tej choroby skłoniło wielu lekarzy do bardzo ścisłych nad nią poszukiwań, a jakkolwiek w dzisiejszym czasie zbadaną jest natura choroby, poznano zachodzące przy tej sprawie anatomiczne zmiany, leczenie jednakże pozostawia wiele do życzenia.

W starożytności mało była spostrzegana, w dawnych autorach, którym nie można zaprzeczyć znajomości umiejętnego badania, nie znajdujemy żadnego cechującego opisu.

Według Cheyne'go, Michaelis'a, Jurine'a, Friedrich'a i innych, pierwszy Bailhou w 1576 r. zwrócił uwagę na zmiany anatomiczne zachodzące w dławcu, lecz do czasu Home'a spostrzeżenia poprzednich badaczy były zbyt pobieżne i do dalszych prac obszernie zostawiały pole, zwłaszcza że dławiec uważano za stan przejściowy, za jeden z okresów innej choroby zwanéj *angina maligna*. Ten dopiero badacz nieznając prac swoich poprzedników sądził o odkryciu przez siebie innej dotąd nieznanéj chorobnéj formy. Opisał on



bardzo trafnie fałszywe błony zawsze przez niego spotykane w krtani i tchawicy, z wyjątkiem jednego wypadku, w którym wyplód cechy ropy posiadał. Dalej zauważył że umiejscowianie się choroby w drogach powietrznych ma miejsce, że takowa najczęściej pojawia się w zimne miesiące, w miejscach wilgotnych i przeważnie u dzieci 2—12 letnich. Opisuje dość szczegółowo objawy, objaśnia ich fizyologicznie opierając się na budowie i czynnościach krtani i tchawicy, kończy rokowaniem, nareszcie w leczeniu prawie wyłącznie przeciwzapalną stosuje metodę, a w ostateczności tracheotomię. Monografia H o m e'a jakkolwiek wiele trafnych obejmuje poglądów, jednakże nie wyczerpuje przedmiotu z należytą ścisłością. Z postępem czasu wzrasta tylko liczba spostrzeżeń przez wielu autorów, dopóki Bar d w New Yorku w 1784 roku nie postąpił kroku naprzód przez ściśle rozróżnienie miejsca występowywania choroby jednej i tejże samej natury. Na tej zasadzie odróżnia zapalenie błonicowe gardziela (*angina membranacea*), dławiec (*laryngitis membranacea*) i nareszcie obiedwie powyżej wymienione formy jednocześnie występujące (*Pharyngo-laryngitis membranacea*).

Bliższe poznanie i wzrost literatury dławca datować można od chwili ogłoszenia konkursu w 1807 roku, z woli Napoleona I-go, po szybkiej śmierci z tej choroby jego synowca, a syna ówczesnego króla Hollandyi. 83 współubiegających się nadesłało swoje prace. Wielka nagroda rozdzieloną została dwóm: Jurine'owi z Genewy i Albersowi z Bremen, inni trzej: Vieusseux z Genewy, Cuillaux i Double zostali zaszczytnie wspomnieni. Pomimo tak wielkiej liczby pracowników cel konkursu nie został osiągnięty; wprawdzie anatomia patologiczna i symptomatologia bardzo szczegółowo zostały opracowane, leczenie jednakże o które nagrodawcy najwięcej chodziło, ściśle rzecz biorąc w niczem nie postąpiło. Późniejsi autorzy jak Royer-Collard, Bland, Bretonneau, Blach, Boudet, Bequerel, Guet, Jousset, Garin, Barrier, Homolle, Fuersant (syn), Vauthier, Miquel, Laloy, Troussseau, Valleix i inni przyczynili się do poznania tej choroby tak, jak ją znamy na dzisiejszym stanowisku nauki.

**Zmiany anatomiczne.** Choroba pod nazwą dławca (*croup*) znana, cechuje się pewną grupą objawów występującą u rozmaitych osobników zawsze w jednakowy sposób. Objawy te jednakże nie zawsze pochodzą od jednych i tychże samych patologicznych spraw, wykazano bowiem, że powodowane być mogą trzy odmienne stany:

w jednym wytworzony na błonie śluzowej wypłód chorobny jest śluzowato ropny, w drugim włóknikowy, w trzecim nareszcie dyfterytryczny, przenikający jój miąższ mniej lub więcej głęboko.

W pierwszej odmianie błona śluzowa krtani i tchawicy za życia żywo zaczerwieniona i obrzmiała, na stole anatomicznym przedstawia się o wiele bledszą, pokryta gęstym żółtawym śluzem ściśle do ścian przylegającym. Miejscami spostrzegać się dają małe płytkie nadżarcia (*erosio*) i nabrzęknięte torebki tak, że po silném napięciu błony śluzowej wysuwa się z nich mała kropla gęstego białoszarawego płynu. W tej odmianie przyjmują niekiedy udział rozgałęzienia nawet drobnych oskrzeli, wówczas w świetle ich spostrzegamy wyżej opisany wypłód chorobny.

W drugiej odmianie wypłód chorobny zawiera włóknik. Przedstawia się pod postacią cieńszych lub grubszych błoneczek, wysepkowato na mniejszej lub większej przestrzeni, usiewających powierzchnię śluzowej błony, łatwo oddzielić się dających od swój podstawy bez naruszenia całości jój miąższu. Drobnowidz wykazuje w nich wiązkwate prążki skrzepłego włóknika z utkwionemi pomiędzy temiż komórkami nabłonka i ropy, które pierwój zostały wytworzone, zanim wysięk włóknikowy: wydzielany w miarę postępu choroby, takowe otoczył. Tego rodzaju chorobnym wypłodem pokryte ogniska rozmaitej wielkości, przedstawiają się raz jako małe pajęczynowate pląteczki, rzadko usiewające wewnątrz krtani; w innych wypadkach w postaci ognisk, wyściełających krtani, tchawicę, a nawet grubsze oskrzela pokrytych biało-żółtawą warstwą, przeszło na linię gruba, wielkości soczewicy, zlewających się z sobą prawie dokoła lub w zupełności rozpostartych na ścianach przewodu powietrznego. Wypłód ten jest tak spoisty, że przy ostrożném odejmowaniu daje się oddzielić z całej powierzchni, którą wyścieła i w całości wydobyć w postaci odlewów części nim pokrytych. Powierzchnia zawsze od nabłonka wolna, pokryta bywa warstwą śluzoropy, dającą się również spostrzegać pod warstwą błoniastą. Przyczepienie jój do błony śluzowej raz ma miejsce za pomocą cieniutkich nitek białoszarawych i sprężystych, w innych wypadkach przyleganie jest tak ściśle, że przy usiłowaniu odejmowania warstwa wypłodu chorobnego powstała, oddzieloną zostaje z powierzchowną warstwą błony śluzowej. Osadzona w krtani okazuje się być kruchszą niż w tchawicy, oporniejsza za życia niż po śmierci osobnika, w którym powstała. Powierzchnia przylegająca do błony śluzowej zwyle jest gładka, biało-żółtawa, niekiedy podłużnie prążkowana, na podobieństwo jak spostrzegamy na błonie śluzowej przez ściąganie się włókien mięsnych poprzecznych.

Trzecia nareszcie odmiana jest ta, w której wypłód chorobny biało-szarawy już sam miąższ błony śluzowej płycej lub głębiej przenika, jak to ma miejsce przy zapaleniu błonicowem v. dyfterytycznym. Wypłód tego rodzaju pod drobnowidzem przedstawia bezkształtne drobinki rozpadowej masy bez prążków włóknika i ciałek ropnych, do oddzielenia od postawy jest trudny i oprócz wnętrza krtani wyścieła zwykle jednocześnie łuki podniebieniowe, migdały i gardziel. Anatomiczna zatem różnica pomiędzy dwiema ostatnimi odmianami zależy głównie od głębokości, do której sięgnęła sprawa chorobna i od drobnowidzowego składu wypłodów chorobnych, oraz że przy formie błonicowej następuje częściowe zniszczenie i obumarcie błony śluzowej. Skoro zniszczona część opadnie za życia dziecięcia, pozostaje owrządzenie pokrywające się świeżo wypładzaną szarą warstwą. Forma ta zdarza się jednocześnie z zajęciem błonicowem gardła (*diphtheritis*), o czém powyżej (str. 123) mieliśmy sposobność wspomnieć.

Zapalenie błonicowe w krtani pojawia się zwykle epidemicznie a częstokroć jako powikłanie w odrze i płonicy.

We wszystkich trzech wyżej rzeczonych odmianach dławka i płuca przyjmują pewien udział. Przy otwarciu klatki piersiowej nie opadają, z powodu, że powietrze w oskrzelach zawarte przez zaleganie obfitej w nich wydzieliny chorobnej nie może wydobyć się na zewnątrz. Częstokroć towarzyszy znaczny obrzęk płuc, zapalenie płatowe lub płatkowe, rozedma, a nawet z czasem gruźlica przyłączyć się może. Sąsiednie gruczoły chłonniczne szyi i oskrzelowe czerwienieją i brzmieją. Inne narządy nie nastęrczają ważniejszych zmian wyjąwszy składu żylnego, który krwią bywa przepelniony.

Jama ustna i gardzielowa zwykle zaczerwieniona, blednie pod wpływem środków lekarskich lub po śmierci, podniebienie miękkie miejscami na większych lub mniejszych przestrzeniach pokrywa się białawą warstwą, która niekiedy bez przerwy rozściąga się do krtani a na migdałkach zdarzają się nawet owrządzenia.

**Objawy** zapowiadające dławiec prawdziwy rzadko kiedy są wydatne i niewątpliwe. Dzieci ulegają najpierw nieżyłowi błony śluzowej dróg oddechowych, kaszlą, kichają, zmniejsza się chęć do przyjmowania pokarmów i tracą na zwykłej sobie wesołości. W innych nie ma żadnej widocznej zmiany, czują się dobrze, napozór są zupełnie zdrowe, udają się jak zwykle na nocny spoczynek, pierwsze godziny dobrze przespiają, gdy nagle budzą się z cechującym dławcowym kaszlem, przerażającym otaczające osoby, a dalsze objawy mogą się

z taką rozwijać szybkością, że lekarz przywołany zrana spotyka się już z zupełnie rozwiniętą chorobę. Okres zatém wstępny czyli z powiadajacy nie zawsze istnieje, owszem we wielu wypadkach zupełnie go niedostaje, a jeszcze częściej objawy są tak mało wydatne, że okres ten nie zdradza swojej obecności żadnymi cechującymi znakami.

Początek wybuchu słusznie datować można dopiero od chwili występowania zmian w krtani, zdarzających się właściwym głosem i kaszlem. Głos przybiera odcień chrypowaty, coraz więcej przycicha, w końcu zupełnie znika tak, że mowa dziecięcia jest raczej szepcaniem, które zaledwie z bliska zrozumianém być może, a nawet przy najdokuczliwszym bólu i rozdrażnieniu, dziecię nie jest w stanie wydobyc wyraźnego głosu.

Jednocześnie oddychanie towarzyszone zostaje szmerem podobnym do chuchania, świstania, czasem nawet piszczenia. Wdychanie staje się coraz częstsze, nierówne, raz płytsze, drugi raz głębsze i połączone z wielką pracą mięśni oddechowych, a w końcu dosięga do 60 razy w minucie. Obok chryпки i głośnego oddychania występuje kaszel z dźwiękiem tak cechującym, że nazwę dławcowego mu nadano. Dźwięk jego przypomina pianie młodego kogutka, z początku krótki, przerywany, suchy, później staje się dłuższym, a nawet występuje pod formą napadów niekiedy trwających przez ciąg kilku minut. Wracają one mniej więcej co 4—6 godzin i łatwo zostają pobudzone przez drażnienie (wywołane podaniem napoju, naciśnięciem języka dla obejrzenia jamy ustnej i t. p.). Wówczas twarz dziecięcia czerwienieje, naczynia krwionośne narządu wzrokowego nabiegają krwią, gałki oczne nieruchomo utrzymują się w jednym położeniu, żyły szyi i głowy nabrzmiwiają, czoło obficie zrasza potem, a pomimo znacznego wysilenia się przy kaszlu, prawie nie ma wydzieliny, oo najwięcej mała ilość pienistej plwociny. Objawy te są dostateczne do odróżnienia napadów kaszlu dławcowego od krztuśca, przerywanego również piszczącymi wdychaniami, pamiętając, że po napadzie kaszlu z krztuśca powraca zwykły dźwięk głosu, czego po dławcowym niedostaje, owszem pozostaje cichym.

Błędni jednakże byłoby mniemanie uważać każdy wypadek kaszlu, posiadającego cechy wyżej wspomniane i przy głośnym oddechu, za prawdziwy dławiec. Przy zwyczajnym niezyciu krtani spotykać się on zdarza, będąc nieraz powodem przedwczesnej trwogi nie tylko osób otaczających, ale nawet lekarza. Ztąd powstała wielka liczba wypadków dławca podawanych za uleczone, w których parę pijawek we właściwym niby czasie zastosowanych lub' jakiegokolwiek inne postępowanie nsunęło grożące niebezpieczeństwo i wybawiło od

śmierci dziecię, wypadków, które niczem inném nie były jak niezżytem krtani i tchawicy, czyli tak zwanym fałszywym dławcem, występującym częstokroć bez znaczniejszej gorączki lub innych w ustroju dziecięcym zaburzeń. Chrypka zatem, dopiero wspomniany rodzaj kaszlu i głośne oddychanie, nie wystarczają do przyjęcia choroby za dławiec, o którym dopiero wówczas słuszném będzie twierdzić, skoro przy objawach pocho'zących od zajęcia krtani, towarzyszy silniejsza gorączka.

Błona śluzowa gardziela i połyku mniej lub więcej ważny przyjmuje udział; szczególniej pokrywająca migdałki, przedstawia się ona zaczerwienioną, a nawet pokrytą przez błoniastą warstwę, co najczęściej zdarza się we Francyi. W południowych Niemczech, a mianowicie w Mnichowie, jak podaje Vogel sprawa w gardzieli i przełyku nie zwykła sięgać wyższego natężenia, ogranicza się do mniej lub więcej natężonego zaczerwienienia; przeciwnie w Niemczech środkowych i północnych przyłącza się częstokroć natężone zapalenie w gardle z odłożeniem się błon fałszywych na migdałach, co w Anglii do wyjątków należy.

W pierwszych dniach choroby uciśnięcie okolicy krtaniowej wywołuje wyraźny ból, a przy jednoczesnym zajęciu gardziela połykanie jest utrudniono i bolesne. Stolce częstokroć wstrzymane, ilość moczu normalna lub zmniejszona.

Badanie fizyczne klatki piersiowej daje pojęcie o stopniu przeszkody utrudniającej swobodne przedostanie się powietrza do płuc, oraz o natężeniu niezżytu lub obszerności zapalenia miąższu płuc. Z początku dopóki takowe nie przyjmują udziału, a powietrze swobodnie w nich wnika; szmer prawidłowy maskowany zostaje przez głośne i chrapliwe oddychanie. Zwykle zastajemy już obfite rżżenia, a świszczący oddech krtaniowy zupełnie tłumi szmer pęcherzykowy. Zapalenie zrazikowe lub płasowe miąższu przyłącza się zwykło 2-go lub 3-go dnia, zwłaszcza w tylnej dolnej części płuc na mniejszej lub większej przestrzeni, zdradzające obecność swoją tępym odgłosem i oskrzelowym oddechem. Zaleganie obfitsze wydzieliny chorobnej w świetle drobniejszych rozgałęzień oskrzelowych, może być powodem, że przy badaniu tkanki piersiowej podczas zwyczajnego oddychania, wysłuchiwaniami powyższe znaki nie dają się wysłedzić, a występują dopiero przy głębszém wdychaniu powietrza.

Co się tyczy plwociny, ta zwykle jest skąpa, pienista. Wśród silnego napadu kaszlu udaje się niekiedy dzieciom wyrzucić z dróg oddechowych błony fałszywe w postaci nieregularnych, małych, cienkich, białych płateczków lub całych rurek rozmaitej grubości, stoso-

wnie do obszerności przewodów powietrznych, z których takowe pochodzą, co jednakże nie sprawia ulgi lub tylko bardzo małą i krótkotrwałą, bo świeże warstwy niebawem zostają wypłdzone. Z tego powodu nadużywanie środków wymiotnych, jak się to często zdarza chybia celowi, wyczerpuje siły dziecięcia już i tak samą chorobą nadwątlone, sprowadza większe osłabienie, miejscowo zaś nie wpływa na polepszenie pomimo nawet oddzielenia się fałszywych błonek, tak pocieszających nawet lekarzy, a jeżeli pomimo wywołanych wymiotów następuje niepomysłne zakończenie się choroby, co téż częstokroć ma miejsce, otaczające dziecię osoby mają lekarza za wytłumaczonego, który jak mniemają, „podaniem środka wymiotnego dopełnił swojej powinności.“

Po upływie 1 do 2 dni trwania powyższych objawów, wydatnieją występują lecz już następstwa utrudnionego oddychania. Wargi ust, okolice licowe i końcowe palców sinieją, dziecię siada dopóki siły starczą, chcąc usunąć nadzwyczajny brak powietrza, głowę nieco w tył przechylają. Mięśnie oddechowe silnieją pracując usiłując rozszerzyć klatkę piersiową tak, że podczas wdychania główka zbliża się ku przedniej ścianie klatki; dzieci oddzierają suknie z piersi z rozpaczliwą obawą i zbliżają rączki ku szyi, jakby usiływały usunąć przeszkodę utrudniającą oddychanie, to chwytają niemi poręczę łóżka lub jakikolwiek inny przedmiot, aby tym sposobem instynktowo wspomóc oddziaływanie mięśni i często zmieniają pozycję, szukając dogodniejszej. Tętno staje się niejednostajne i ledwie do zliczenia.

Natężenie wspomnianych objawów następujących stopniowo wzrasta, lecz na kilka godzin przed śmiercią niektóre z nich ustępują, duszność jednakże wzmaga się, oddychanie częste, dzieci kładą się znów na poduszeczkę, wyraz twarzy poprzednio malujący obawę czyli zatrwożony, obojętnie lub téż przytomność zostaje stłumioną. Nieodświadczeni poczytują stan ten za poczynające się polepszenie, jednakże lekarz inaczej go pojmując, gdy występujący wówczas lipki pot, zwiększanie się siności, nieregularno i niemożliwe do zliczenia tętno szybki zapowiadają zgon.

Powszechne jest mniemanie, że duszność zależy od wytworzenia się błon fałszywych na błonie śluzowej dróg oddechowych, napady zaś kaszlu zależą od skurczów strun głosowych. Mniemanie to podlega jednakże ważnym zarzutom, bo każdemu lekarzowi wykonywającemu badania pośmiertne na zwłokach dzieci z dławca zmarłych jest wiadomém, że grubość błon fałszywych i przestrzeń niemi zajęta nie zostaje w prostym stosunku do natężenia istniejącej za życia duszności, owszem częstokroć się zdarza spotykać cienkie pokłady na ograniczonej

przestrzeni i przeciwnie w wypadkach towarzyszących za życia mniej natężonymi objawami bywają znajduwane na całym wnętrzu krtani, tchawicy, a nawet w oskrzelach dość grube błony, nawet 2 mm. przechodzące. Zdaje się przeto, że brak oddechu nie zależy od grubości i obszerności błon, jak raczej od stopnia nabręku błony śluzowej.

Co się tyczy napadów kaszlu przy dławcu, to jak mniema Schleitman pochodzą one mają raczej od bezwładu mięśni krtaniowych, skutkiem zapalenia pokrywającej ich błony śluzowej, a nie od kurczu, za czém przemawiają jego doświadczenia czynione na zwierzętach po przecięciu nerwu błędnego. Przypuszczenie to przyjmujemy dopóki dalsze fizyologiczne badania nie osłabią go bardziej przekonywającami.

Pomimo wydatności objawów dławca niewątpliwe oznaczenie rodzaju choroby nie jest zbyt łatwe, owszem może częściej niżeli w innych chorobach zdarzają się dyagnostyczne błędy. Skoro jednocześnie towarzyszy stale gorączka, sucha skóra z podwyższoną ciepłotą, przyspieszone tętno, brak apetytu, dławcowy kaszel, chrypka, głośne oddychanie i napady uduszenia, co do rozpoznania zdaje się nie zachodzić żadna wątpliwość. Niekiedy towarzyszy zajęcie tylniej części jamy ustnej, szczególnie przy zapaleniu błonicowém.

Skoro zaś powyżej przytoczone objawy nie są w całym komplecie, gdy którego z nich, zwłaszcza gorączki brakuje, z wyrzeczeniem zdania co do rodzaju choroby nie należy być zbyt pochopnym, prawdopodobnie mamy wówczas do czynienia z nieżytem krtani, lecz i nieżyt zwyczajny czyli tak zwany fałszywy dławiec do prawdziwego wstęp stanowić może i zakończyć się pomyślnie. Są to prawdopodobnie wypadki, których przy rozczłonkowaniu ciała w miejsce błoniastego w krtani wyplodu spotykamy zaczerwioną błonę śluzową, obrzmiałą i pokrytą gęstym śluzem, pomimo że objawy za życia były niemniej ciężkie, jak w wypadkach z odłożeniem się błon fałszywych.

Z odpowiedniego stosunku objawów towarzyszących za życia ze zmianami, spotykanymi po śmierci wnosi Vogel, że dławiec jest ogólną chorobą, być może właściwego rodzaju *zatruciem (intoxicatio) z umiejscowieniem się w krtani* i tak porównywa objawy miejscowe do ogólnego obrazu choroby, jak owrzodzenia durzycowe w kiszkiach do ogólnych objawów durzycy. Za ogólnością tej sprawy zwłaszcza formy błonicowej przemawia jeszcze wytwarzanie się tej samej sprawy na ranach po przyszcąjącym plastrze powstałych. Przyłożywszy bowiem wedle metody Luszyńskiego przyszcąjący plaster dziecięciu cierpiącemu na dławiec, obrażona powierzchnia skóry pokrywać się zwykłą warstwą, mającą zupełne podobieństwo do dyfterytycznych na błonie śluzowej. Okoliczność ta wyjaśnia dla czego tracheotomia

we właściwym czasie wykonana, pozostaje tak często bezowocną, gdyż sama operacja, która innemi wypadkami wskazana nie grozi niebezpieczeństwem, w dławcu także nie jest przyczyną niepomyślnego wyniku, najczęściej zakończającego tę sprawę chorobną.

**Przyczyny.** Forma błonicowa występuje nagminnie zwłaszcza po ostrych wysypkach, jak tak zaraźliwa, że kilkoro dzieci jednéj familii jedno po drugim mogą jęj łatwo ulegać. Dławiec z wytworzeniem się zwyczajnych błon włóknikowych na powierzchni błony śluzowój nie zdaje się być zaraźliwym. Zdarza się najczęściej podczas zimy i ostrych zimnych wiatrów północnych lub wschodnich, jakkolwiek żadna pora roku, żaden stan powietrza nie uwalnia od téj zabójczej choroby. Najwięcej sprzyjające zaajduje ona warunki u dzieci od 1—12 roku życia, przeważnie pomiędzy 2—7-ym rokiem; ssawcy ulegają jęj nader rzadko tak, że pomiędzy przeszło 6000 niemowlętami, które miałem pod swoja lekarską opieką przez 1868 i 1869 r. w miejscowym domu dla niemowląt, młodsze od roku żadne nie uległo téj chorobie. W bardzo rzadkich wypadkach zaś skureczu głośni (*spasmus glottidis*), który mieliśmy sposobność widzieć u małych dzieci a mogący być łatwo z dławcem zamienionym, zakończonych śmiertelnie, dokonane badanie anatomo-patologiczne dla przekonania się o rzeczywistości rozpoznania, nie wykazało zmian anatomicznych napotykaných przy dławcu.

**Przebieg** jest bardzo nagły, trwa od kilkunastu godzin do kilku dni i więcej (przeważnie od 4—6). Zejście po największej części śmiertelne, w pomyślniejszych wypadkach na długo jeszcze pozostaje osłabienie, mizerny wygląd, zmiana głosu, kaszel i inne objawy następce dławca lub chorobnych powikłań. Prawdopodobnie choroba ta raz jeden w życiu zdarza się, lubo niektórzy autorowie (Jurine, Vieusseux, Rost) przypuszczają możność recydywy.

**Rokowanie** z początku mniej ciężkie, po rozwinięciu się objawów prawie zawsze śmiertelne. Dzieci poprzednio zdrowe, dobrze odżywione, o 1—2 dni dłużej walczą z chorobą, lecz niemniej licznie zmiierają. Forma błonicowa przy odrze częściej wyzdrowieniem się kończy, co jednakże nie mamy prawa zawdzięczać leczeniu. Siność, upadek ogoluy sił i tętno niemożebne do zliczenia, niechybnie zapowiadają niepomyślne zakończenie choroby po krótkim przeciagu czasu.

**Leczenie.** Nie ma prawie żadnej choroby z wyjątkiem padaczki, w którejby zalecano tak wiele środków leczniczych metod, jak w dławcu. Dawniejsze szkoły bieżącego stulecia, które każdego chorego z chorobą zapalną uważali za straconego jeżeli nie dokonano mu większego krwi upustn, przyjąwszy i niniejszą za jedną z najbardziej ostrých,



stosowali ogólne lub miejscowe krwi upusty. Posunięto się nawet do upustów z żył szyjnych powierzchownych (*V. jugularis superficialis*), jako obficie broczących i tylko trudność tamowania była powodem zaniechania tego sposobu bezowocnego wytaczania krwi. Na każdy rok wieku liczono  $1\frac{1}{2}$  uncyi, a pijawek dwa razy więcej od liczby lat dziecięcia; przyczepiano ich chętniej na okolicy mostkowej niż szyjnej dla łatwiejszego zatamowania sączenia. O skuteczności ogólnego krwi upustu przy dławcu zwątpiono już dziś powszechnie, lubu niektórzy autorowie, jak np. West uważa go za dzielny środek, nie ociąga się z zastosowaniem, wszelka zwłoka jak sądzi, może stać się niebezpieczną, a nawet o śmierć przyprawić. Wyjątku od obfitego krwi upustu prawie nie zna, nawet w początku choroby jeżeli występuje z silnym napięciem. Tylko u bardzo małych dzieci ogranicza się na przystawianiu pijawek, które uważa za środek słabo zastępujący upust ogólny, sądząc że nie tylko ilość upuszczonej krwi, lecz i sposób w jaki dokonaniem to zostaje, oddziaływa bardzo na przebieg choroby i stan ustroju. Drugim środkiem ważnym w leczeniu dławca ma być emetyk. Podaje go po  $\frac{1}{8}$ ,  $\frac{1}{4}$  lub  $\frac{1}{2}$  garnca na 10 minut do wymiotów, później co pół godziny te same dawki. Mniejsze działają deprymująco i tym sposobem stać się mogą szkodliwemi.

Co się tyczy miejscowego krwi upustu za pomocą pijawek, nie wpływa on pomyślnie na przebieg, owszem częstokroć zrażone niemi dzieci bronią się od ich przyczepiania, przez krzyk pobudzają napady duszności, kaszlu i szybszy ogólny upadek sił.

Środki wymiotne (emetyk, siarkan miedzi, korzeń ipeki, siarkan cynku), wśród przebiegu dławca uzyskały prawo obywatelstwa. Wielkość dawek i sposób zastosowania, były bardzo rozmaite. Podczas gdy jedni szukali specyficzności w działaniu, inni uważali pobudzone niemi wymioty za najdzielniejsze z całego leczenia bez względu na sposób ich wywoływania. Długi przeciąg czasu spierano się o wyższość jednego środka nad drugim, większej dawki nad mniejszą; dziś skoro już ze znacznej liczby spostrzeżeń przekonano się o bezskuteczności małych dawek jako stłumiających czynności układu nerwowego i powodujących upadek sił, właściwiej będzie stosować większe w miarę zachodzących wskazań. Przekonano się również, że dzieci uległe dławcowi w późniejszym okresie przy znacznym upadku sił wymiotują z trudnością, i że dla pobudzenia wymiotów potrzeba pełnych dawek, z początku zaś choroby oddziaływiają one jak inne dzieci i napar korzenia ipeki ( $3j - \text{Ξ}jHO$ ) wystarcza do wywołania skutku. Rzeczywiście nie można zaprzeczyć, że wymioty 2—3 razy powtórzone, częstokroć pomyślnie wpływają na uśmierzenie groźnego życia

duszenia się, dla tego w razie niespokojności dziecięcia i silnej duszności, bez straty czasu stosowanemi być powinny, pomimo że na samą sprawę chorobną nie wywierają żadnego działania. Rozpowszechnienie zaś i pochopne stosowanie środków wymiotnych częstokroć bez prawdziwej potrzeby, przypisać raczej należy mylnemu poczcytywaniu wielu wypadków ostrego nieżytu krtani za dławiec, mogącemu występować również z objawami zwężenia wnętrza krtani, nie zaś rzeczywistym usługom, jakie w dławcu prawdziwym wyświadczyć są w stanie. Napar korzenia ipeki z początku wystarcza do pobudzenia wymiotów, później ustrój dziecięcy staje się zwykle obojętniejszym na ten lek, zastępujemy go więc roztworem siarkanu miedzi (gr. vj— $\frac{3}{4}$ jj HO co 5 minut łyżeczkę) w ilości wystarczającej do dwukrotnego wydalenia mass wymiotnych. Emetyku unikać należy, jako pobudzającego szybki upadek sił (*collapsus*) i biegunkę, zgubnie działających na dalszy przebieg sprawy chorobnej.

Leczenie rtęcią przeciwko dławcowi zbawienne okazuje skutki. Przetwory jej używane uajpierw przez Amerykanów, później w Anglii, Niemczech i Francji znalazły zastosowanie, jak się zdaje skutkiem działania na szybszy rozpad wyłódów chorobnych (błon fałszywych), a ztąd ułatwienia wydalenia ich ze zwężonych dróg oddechowych. Rtęć używaną bywa pod formą szaruchy (*ungt. hydr. cinereum*), lub chlorku 2 rtęci (kalomelu) w dawkach rozmaitej wielkości. Według Bartels'a z Kiel (*Deutsches Archiv für Klin. Med. B. II. H. 4. December 1866. S. 435*), z przetworów rtęci najwłaściwszą okazała się szarucha z powodu, że w krótkim przeciągu czasu znaczna ilość rtęci może być za pomocą wcierań wprowadzoną do krwi i płynów ustroju, nie pobudzając biegunki, nieuniknionej przy większych dawkach chlorku dwurteci, chętnie przez angielskich lekarzy zalecanych, a stanowiącej bardzo niepomyślne powikłanie w przebiegu tak niebezpiecznej choroby jaką jest dławiec. Zresztą nawet duże dawki tego ostatniego przetworu nie zostają wchłaniane przez naczynia chłonicze przewodu pokarmowego do dalszych części ustroju i nie przyswajają się, będąc przy obfitszych wypróżnieniach stolcowych po największej części razem z temi wydalone. Szarucha zaś nie pobudza biegunki i w stosunkowo krótkim czasie za pomocą częstych wcierań dostarcza ustrojowi znaczną ilość rtęci, konieczną do wpłynięcia na przebieg samej choroby. W tym celu Bartels stosował kilkoletnim dzieciom za pomocą niniejszej metody leczonym, po skrupule maści co godzinę wcierań w rozmaite okolice kończyn, tułowia i szyi, z wyjątkiem twarzy i części głowy włosami poroślej,

dopóki nie ustąpiły objawy zależne od zwięzienia światła krtani. Całą ilość wtartęj maści posunął do  $2\frac{1}{2}$  uncyi, poczem spotykał się z niedokrewnością, a nawet w trzy tygodnie po skończonej kuracyi, dzieci ulegały w okresie zdrowienia wynaczynieniom krwawym na błonie śluzowej rozmaitych okolic, krwawieniom z jamy ustnej, nosa, oczów, kiszek, z moczem krwawym, które to objawy po upływie kilku dni ustąpiły, i obydwa takie wypadki zakończyły się wyzdrowieniem. Rtęć za pomocą wcierań przez Bartels'a powyższą metodą dostarczona ustrojowi, dopiero po upływie pewnego przeciągu czasu zbawienne uwydatniła działanie, dla tego mogą zachodzić wskazania co do zastosowania jednocześnie i innych leków, zwłaszcza przy zatrważających objawach zwięzienia krtani, mianowicie silnej duszności, sinnicy, stłumieniu przytomności i t. p. W takim razie środek wymiotny, później rozcięcie tchawicy (*tracheotomia*), a w końcu zimne oblewania mogą być na czasie. Rozpoczęcie wcierań nie stanowi przeciwwskazania do wykonania operacyi lub zastosowania oblewań, owszem nie zaniedbując ich, w razie potrzeby pobudzenia układu nerwowego po operacyi, jak twierdzi Bartels, można wpłynąć na łatwiejsze oddzielenie już wytworzonych wyplądów chorobnych, powyżej sztucznego otworu osadzonych, i na natężenie choroby, w razie rozszerzania się jęj na części dróg oddechowych poniżej otworu, mianowicie tchawicę i oskrzela.

Bretonnaeau zalecał rtęć jednocześnie wewnątrz i zewnątrz, mianowicie wcierał szaruchę ( $1\frac{1}{2}$  drachmy co trzy godziny), do wewnątrz zaś podawał chlorek dwu rtęci (3 grany co godzina), celem zmienienia składu krwi w krótkim przeciągu czasu. Inni łączą rtęć z makowcem, dla zmniejszenia szkodliwego wpływu na przewód pokarmowy, Autenrith z magnezya, Weber poprzedza podanie chlorku dwu-rtęci emetykiem w dawce wymiotnej. Billard spostrzegął pomyślnie zejście choroby po użyciu 16 gr. chlorku dwu-rtęci w przeciągu doby, Schenck zastępuje go przetworem Hahnemanna (*Merc. solubilis*), jako dobrze działającym w małych dawkach bez pobudzania powikłań ze strony przewodu pokarmowego. Ostatniemi czasy Abeille („Pamiętnik Tow. Lek. Warsz.“ LXIII. Zesz. IV. 1870, str. 228) używał kilka razy dziennie nakadzań z siarczyku rtęci i pobudzał wymioty w miarę zachodzącego wskazania, przy dyecie pożywnęj (tegi rosół, wino).

Węglany alkaliczne wpływające na spulehnianie i rozpuszczanie zwierzęcych materyi, a więc i wyplądów chorobnych wytwarzających się przy dławcu, oddawna były stosowane; Hell-

weg, Voss, Dorfmueller, Eggert, Huffeland i wielu późniejszych lekarzy, przypisują mu pewną skuteczność. Luszczynski uważa węglan potażu za lek swoisty (40 gr. — 1 drachmy na dobę w roztworze). Metoda jego polega na poprawieniu chorobnego składu krwi za pomocą węglanów alkalicznych, na zapobieżeniu umiejscowienia się sprawy chorobnej w krtani, przez zastosowanie pryszczonego plastru na okolicę rękojęści mostka, i utrzymywaniu powstałej ztąd rany w ropieniu, na uśmierzaniu duszności i napadów kaszlu makowcem, i nareszcie niszczeniu wytworzonych już wyplodów chorobnych przez przyżeganie roztworem saletranu srebra, lub wydaleniu ich za pomocą leku pobudzającego wymioty. W rzeczywistości działanie środków alkalicznych jest wątpliwe, i wówczas mogą być na czasie, jeżeli choroba dłużej przeciąga się, a natężenie jej jest umiarkowane. Siarczyk potassu, zalecany najpierw przez autora bezimiennnej pracy nadesłanej na konkurs Napoleona 1808 roku i uważany przez długi przeciąg czasu za lek swoisty, w końcu został zaniechany, z powodu zaburzeń w przewodzie pokarmowym występujących po jego użyciu, a co więcej bezskuteczności w działaniu na pomyślny zwrot choroby. Nie zaniedbano również zastosowania wewnątrz chloranu potażu, który w małych dawkach jest wątpliwy, większe zaś (3j — 3jj na dobę, które mogłyby wpłynąć na sprawę chorobną, pobudzają uporeczywą i wyniszczającą biegunkę, prowadzącą do szybkiego upadku sił. Chinina i odurzające leki, znalazły także swoich zwolenników.

Jeżeli sprawa chorobna poczyna się w gardzieli i ztąd na niższe części szerzy się, chętnie zalecane bywały przyżeganie saletranem srebra, nalewką jodu, lub wstrzykiwania wody wapiennej, wdychania téjże w stanie sproszkowania, lub roztworu węglanu lityny możliwe tylko u starszych dzieci, okłady lodowe na szyję i łykanie kawałków lodu. Środki te jakkolwiek mogą do pewnego stopnia wpłynąć na sprawę odbywającą się w błonie śluzowej wyściełającej gardziel, nie zapobiegają jednakże rozszerzaniu się jej na niższe części dróg oddechowych. Przy zajęciu już samej krtani radzono opasać szyję suchą wełną, mokremi ciepłymi ręcznikami, lub obłożyć wilgotnymi gąbkami; przy natężonej gorączce i niespokojności, zimne okłady co 2 — 3 godzin zmieniane, inni smarują przednią okolicę szyi tłuszczami, stosują środki drażniące skórę na szyi i przedniej części klatki piersiowej, w nadziei odprowadzenia sprawy chorobnej na zewnątrz. Francuzi przypisują niepospolitą wartość przyżeganiu wnętrza krtani sposobem Bretonneau, za pomocą gąbeczki napojo-

nój roztworem saletranu srebra (9j — 3j na 3j wody), raz lub dwa razy w ciągu doby, stosownie do natężenia chorobnej sprawy. W naszych spostrzeżeniach mniej byliśmy szczęśliwi przy użyciu przyżegań.

W e b e r (*Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1869. 22*) zaleca wdychanie sproszkowanego roztworu kwasu mleczowego (15 kropli na  $\frac{1}{2}$  uncji wody) co dwie godziny, lecz ten środek wątpliwy. Stosowaniami również były wdmuchiwanie do krtani proszku ałunu, chlorku dwu-rteci, siarkanu miedzi i t. p.

Wspomnieliśmy powyżej o oblewaniach zimną wodą, podczas napadów duszenia wynikającego ze zwężenia krtani; jest to jeden ze środków pobudzających na drodze odruchowej wetchnięcie powietrza i kaszel, za pomocą którego chociaż chwilowo ułatwia się przystęp powietrza do płuc.

B a r t e l s zawdzięcza temu środkowi znakomite usługi, i stosował go w swojej klinice w wypadkach, gdy dziecię osłabione walką z przeszkodą w oddychaniu, zaczęło powierzchownie oddychać, stępieła przytomność, a kaszel zupełnie ustał. Przy ciepłocie  $39^{\circ}$  (w wypustnicy) dokonywa oblewań zimną wodą w próżnej wannie, powtarzając w miarę wracania senności (co 3 — 4 godzin). Skoro zaś ciepłota niżej  $39^{\circ}$  C. spadnie, a zachodzi konieczne wskazanie do pobudzenia ruchów wdechowych klatki piersiowej i kaszlu, poprzednio wkłada dziecię do ciepłej kąpieli na  $35^{\circ}$  —  $37,5^{\circ}$  C., a następnie oblewa zimną wodą. Tym sposobem, jak mniema B a r t e l s, duszące się dziecię żywo zaczyna oddychać, silnie kaszlać, przyczem częstokroć oddalane zostają płatki błon fałszywych, oddech na pewien przeciąg czasu staje się głębszym, a dziecię żwawszem. Tracheotomia i rozszerzenie się sprawy chorobnej na tchawicę i oskrzela, nie stanowią przeciwwskazania do powyższego środka.

Streszczając rozmaite sposoby leczenia dławca, objąć ich można w następujących metodach:

1) J u r i n e w 1-szym okresie choroby stosuje upust krwi względnie do natężenia choroby i zasobu sił dziecięcia, następnie wymiotny lek powtarzany w drugim okresie przy napadach duszenia. Skoro choroba wzmaga się, zaleca gorczyzniki i przyszcący plaster na szyję, okolice mostka i t. p., przytém wdychanie pary wodnej, jako wspomagające w działaniu powyższe leki. W drugim okresie ogranicza się na pobudzeniu wymiotów, poczem zaleca mocniejsze leki wykrztuśne, a w razie potrzeby i przeciwkuczowe (*antispasmodica*).

2) G ö l i s stosuje pijawki, chlorek dwu-rteci w dużych dawkach, wciera szaruchę w okolice szyi i przednią klatki piersiowej,

wcześnie przyszczyć plaster, wewnątrz saletran potażu, w napadach duszenia wymioty.

3) Hufeland pobudza najpierw wymioty za pomocą mieszanki złożonej z emetyku  $\text{Gj}$ , korzenia ipeki  $\text{Dj}$  i wody  $\text{Fijß}$ , następnie zaleca wdychanie ciepłej pary wodnej, lewatywę z 1 łyżką winnego octu, wewnątrz saletran potażu. W napadach duszenia siarkan miedzi w wymiotnej dawce, po skutku zaś po  $\frac{1}{4}$  gr. co 2 godziny, zwiększając dawkę na pełną, w razie wzmożenia się duszenia, wciera również szaruchę i stosuje przyszczyć plaster.

4) Lusz yński po ścisłym rozpoznaniu rodzaju choroby, przykładą przyszczyć plaster wielkości monety rublowej na okolicę rękojęści mostka; wewnątrz roztwór węglanu potażu ( $\text{3j} - \text{Fjv}$  w ciągu doby), rany po wezykatoryi utrzymuje w ropieniu. Przy zatrważającej duszności małe dawki morfiny, silne napady duszenia uśmierza wymiotami, wewnątrz krtani przyżęga roztworem saletranu srebra. Niniejsza metoda najwięcej znalazła zwolenników, z wyłączeniem przyszczonego plastru.

5) Steiner, który uważa dławiec za chorobę ogólną gorączkową, z umiejscowieniem się w krtani i wytworzeniem się w niej wypłodów błotniastych, za pierwsze wskazanie poczytuje wpływając o ile możności na ograniczenie miejscowej sprawy. Przy braku jednakże niezawodnych środków w tym kierunku działających, usiłuje wydalic z krtani fałszywe błony przez wymioty, naprzód ipeką, później siarkanem miedzi, za pomocą których uśmierzyć pragnie i napady duszenia; gdy zaś te nie wystarczają, ucieka się do rozcięcia tchawicy (*tracheotomia*), jeżeli nie zachodzą ku temu przeciwwskazania. W szpitalu nie używa deplecyi miejscowej jako bezskutecznej, w praktyce zaś prywatnej ogranicza się na dwóch pijawkach, przyczepionych z boków okolicy krtani, jedynie dla uspokojenia otaczających. Podaje również chloran potażu.

6) Bartels przekonawszy się o istnieniu rzeczywistego dławca, wprowadza do ustroju znaczną ilość rtęci, o ile możności w jak najkrótszym przeciągu czasu, za pomocą wcierań; w razie zachodzących wskazań stosuje wymioty, tracheotomię, oblewania, zwłaszcza gdy napady duszenia występują po dokonanej operacji, skutkiem krupowego zapalenia w drogach oddechowych poniżej sztucznego otworu w tchawicy.

Nakoniec wypada nadmienić kilka słów o rozcięciu tchawicy (*tracheotomia*). Myśl utworzenia sztucznej drogi oddechowej, wówczas gdy takowa przez zwężoną krtani jest utrudniona skutkiem mechanicznej przeszkody, powziął najpierw Home w 1765 r.

Wiele jednakże przeminęło czasu, zanim ją udoskonalono i ustanowiono odpowiednio do takowej wskazania. W początkach wyniki najczęściej były niepomyślne, a szczęśliwe zejście choroby w wypadkach ję wykonania należało do wyjątków. Pierwszy szczęśliwie zakończony wypadek po operacyi, ogłoszony został w premiowej pracy Andree'a w 1807 r., lecz i to przy wątpliwém oznaczeniu rodzaju choroby. Tak powszechne niepowodzenie, wynikające zapewne po części z wykonania ję w niewłaściwym czasie, zniechęcało ówczesnych lekarzy do ję stosowania, lecz ze zbliżaniem się do racjonalnych wskazań, liczone później więcéj szczęśliwie zakończonych wypadków. We Francyi, gdzie właśnie operacya w mowie będąca, wzięła swój początek, niechętnie jeszcze ją przedsiębrano, dopóki Bretonneau w 1825 r. znowu nie zachęcił uratowaniem życia dzieciciu w ostatnim okresie dławca. Odtąd coraz więcéj liczyła tam zwolenników, a na 500 operacyj rozcięcia tchawicy przy dławcu, podanych przez francuzkich lekarzy rozmaitemi czasy, najmniej 4-ta część pomyślnym wynikiem została uwieńczoną. W Anglii powodziła się mniej szczęśliwie. Niemieckim lekarzom nie została téż obcą, popierali ją Roser i Passavant, lecz także wielu niechętnych spotykała.

Z francuzkich autorów, Bouchut przeciwko nię wystąpił (*Gazette med.* 1858. Nr. 41) przytaczając, że w Paryżu liczba wypadków śmierci z dławca corocznie się wzmaga, i w ostatnim naówczas dziesiątku lat była największą. W 1853 r. zmarło z téj choroby dwa razy więcéj niż 1837 r., a biorąc średnią liczbę zmarłych od 1847—1858 r., ta była stosunkowo pięć razy większą niż w 1838 r. chociaż stosunek zapadających na dławiec nie był 5 razy większy. Przyczynę tego przypisuje obecnie rozpowszechnionemu miejscowemu, leczeniu, przyżeganiem lub rozcinaniem tchawicy.

Dziś jednakże sądzimy, że rozcięcie tchawicy (*tracheotomia*) przy dławcu, zyskało prawo obywatelstwa w nauce, świadczy rzeczywiste usługi, lecz z drugiej strony jest pewném, że służy jedynie jako środek, za pomocą którego torujemy drogę powietrzu niemogącemu wnikać do niższych części dróg oddechowych przez zwężoną głośnię, lecz na miejscową sprawę odbywającą się w krtani, wcale nie wpływa. Nie stosujemy ją zatem przeciwko samej chorobie, ale jednemu z objawów, mianowicie zwężeniu głośni i ztąd wynikającym następstwom. Nie możemy ję także przypisywać własności chronienia od rozszerzania się sprawy na części tchawicy poniżej sztucznego otworu leżące, chociaż takowy wykonano przed zajęciem niższej części tchawicy. Operowanie we właściwej chwili najwięcéj wpływa na

pomyślny wynik operacji; jak zbyt ni pośpiech, tak i opóźnianie się są szkodliwe, a przystępować należy do niej wówczas, gdy grożące niebezpieczeństwo zależy raczej od miejscowej przeszkody, przyczem jednakże i ogólny stan dziecięcia trzeba mieć na uwadze.

Według statystyki *Isamberta* i *Trousseau*, na 100 operowanych, 22 zdrowieje.

Operacja metodą *Trousseau* wykonywa się w następujący sposób: układa się dziecię na stole, tak, aby przez odpowiednie podesełanie poduszek, głowę nieco przechylić ku tyłowi i uwydatnić okolice krtani i tchawicy. Cięcie zwyczajnym nożykiem, rozpoczynając należy w miejscu odpowiadającym pierścieniowej chrząstce, i przedłużyć  $1\frac{1}{3}$  cala ku dołowi w prostym kierunku. Doszedłszy warstwami do tchawicy, za pomocą tępych haczyków roztwiera się brzegi rany, ochraniając naruszenia całości naczyń krwionośnych, a po odsłonięciu tym sposobem tchawicy, przynajmniej na 3 — 4 górnych pierścieni przez białą barwę i stan skupienia dającej się rozpoznać, ujmuje się w rękę guziczkowaty nożyk rozszerzacz (*dilatator*) i podwójną zgietą rurkę, ku temu celowi właściwą, nakłuwając nożykiem przednią część tchawicy i otwór ztąd powstały przedłuża ku dołowi nożykiem guziczkowato zakończonym, rozwiera ranę rozszerzaczem, następnie pomiędzy jego ramionami wsuwa rurkę w otwór tchawicy, a skoro powietrze przez takową przechodzi, rozszerzacz należy wyjąć z rany, utwierdzić rurkę przez obwiązanie za pomocą tasiemki do koła szyi, i posadzić dziecię, które nagle swobodnie zaczyna oddychać.

Z powikłań zdarzających się podczas operacji spotykamy: krwawienie, żyłne po założeniu rurki samo przez się ustaje, podczas operacji zaś wystarcza zaciśnięcie palcami żył obficie broczących, krwawienie tętnicze wymaga podwiązania naczynia. Obawa niepomyślnych następstw z wniknięcia krwi do tchawicy jest bezzasadną. Pragnący tego uniknąć, zapobiegnie zręcznym wsunięciem rurki po rozwarciu rany rozszerzaczem. Wiadomo, że przy krwotoku z płuc stosunkowo jeszcze większa ilość krwi zalegać może w tchawicy i oskrzelach, a przecież powietrze dostaje się do pęcherzyków płucnych. Nierównie ważniejszém jest zaleganie skrzepów krwi lub błon fałszywych w rurce wsuniętej w otwór tchawicy, które tamując przystęp powietrza do płuc, pomimo już ukończonej operacji, stanowi przeszkodę w oddychaniu. Co prędzej zatem wyjąć ich należy cążkami, lub usunąć przez oczyszczenie wewnętrznej rurki.

Zemdlenie występuje dość rzadko i to już po dokonaniu operacji, w chwili gdy wdychanie staje się swobodniejszém. Wywołane bywa jak się zdaje, nagłym zaburzeniem krwioobiegu w mózgu, skut-



kiem regulowania się oddychania; przemija ono po niedługiej chwili, jakkolwiek Trousseau przytacza wypadek prawie przez godzinę tak trwającego stanu, Vauthier zaś dwa wypadki zakończone śmiertelnie. Zbryzganie zimną wodą zwykle wystarcza do przywrócenia przytomności.

Po dokonanej operacji, w dalszém leczeniu należy wielką uwagę zwrócić na ranę. Opatrunek dokonywa się kawałkiem płótna nasmarowanego świeżym obojętnym tłuszczem, w płótnie tém powinien być wycięty otworek dla przesunięcia rurki tkwiącej w tchawicy. Wnikaniu pyłu i zbyt chłodnego powietrza przez rurkę do tchawicy, zapobiega przewiązanie szyi miękką i cienką zwilgoconą chusteczką, lub gęstym muślinem w kilkoro złożonym i przyłożeniem na przednią szyi okolicę lekkiej gąbki zwilgoconej ciepłą wodą. Wewnętrzna rurkę wypada przeczyszczać co 3 — 4 godzin. Czas utrzymywania jęj w otworze bywa rozmaity, głównie zależny od natężenia i złośliwości sprawy chorobnej. Bezpiecznóm będzie wyjąć ją, skoro dziecię po 10 — 15 dniach swobodnie oddycha, wolne jest od gorączki, zaburzeń w przewodzie pokarmowym i łatwo oddaje płwocinę. Przeciąg ten czasu nie jest stałym. Trousseau z własnej praktyki przytacza wypadki, w których nie uważał potrzebnóm utrzymywać rurkę dłużej w ranie nad 4 — 6 — 8 dni; w innych wypadkach znacznie dłuższy przeciąg czasu należało ją zostawiać, nawet do 53 dni. Zależy to głównie od podtrzymującego się obrzmienia w błonie śluzowej krtani, lub zwężających bliznowatych zrostów, jako pozostałości po owrzodzeniach, lub od bezwładu głośni. Steiner przytacza wypadek (*Zur tracheotomie bei croup. Jahrb. f. Kinderheilkunde. I. s. 63*), w którym rurkę mógł bezpiecznie wyjąć dopiero po upływie piętnastu miesięcy od chwili założenia jęj. Pozostający po wysunięciu rurki otworek, zaciąga się zwykle w krótkim przeciagu czasu.

Oprócz wszystkich środków powyżej wyszczególnionych, niemałego są znaczenia warunki higieniczno-dyetyczne. Dziecię uległe dławcowi, zostawać powinno w mieszkaniu należycie przewietrzaném i umiarkowanie ogrzaném. Nawet po uzyskaniu poprawy nie może go opuszczać i stale w łóżku zostawać powinno. Nasylenie powietrza wilgocia wiele sprzyja leczeniu. Przy natężonej gorączce, dyeta ścisła, przy umiarkowanej można podawać mleko, rosół i inne łatwo strawne pokarmy, a przy wielkiém osłabieniu nawet wino, z uwzględnieniem stosowanych leków.

Po operacji, dzieci łykają napoje i pokarmy z łatwością, częstokroć jednakże w 4 — 5 dni przyłącza się dokuczliwy kaszel, podczas którego część przyjętego pokarmu wydostawać się może rurką na ze-

wnątrz, co służy za dowód, że nagłośnia oddziaływa nieprawidłowo. Po kilkunastu dniach, stan ten przemija bez wszelkiego działania. Przy silniejszych napadach kaszlu, Trousseau wzbrania użycia płynnych pokarmów.

### 3. Nerwowe choroby krtani.

Zaburzenia w ruchach mięśni krtaniowych dość często i prawie wyłącznie zdarzają się w pierwszym roku życia, jużto pod formą kurczu (*spasmus*), już téż bezwładu (*paralysis*), znacznie rzadziej niż kurcz dającego się spostrzegać.

Inne zaburzenia podobnego rodzaju w krtani, lecz zależne od zmian miejscowych anatomicznych na błonie śluzowej, muszą być tu pominięte jako nieczyste nerwice (*neuroses*). Przy zaburzeniach na błonie śluzowej wyściełającej krtań zwykle i mięśnie pod nią leżące przyjmują udział w cierpieniu, pojawia się kaszel, zmiana głosu, oddechania, ból i t. p., tak że za każdą bez wyjątku chorobę w krtani, w téj grupie zamieścićby należało. Przy nieznaczném zboczeniu od normalnych własności błony śluzowej spotykaném na zwłokach, zachodzą niekiedy trudności w oznaczeniu, z czego rzeczywiście nastąpiła śmierć, mianowicie czy z nerwicy w ścisłym znaczeniu, lub innéj choroby, polegającéj na miejscowych zmianach anatomicznych.

#### a) Kurcz głośni (*Spasmus glottidis*).

(*Asthma thymicum Kopp'i*, *Asthma acutum et chronicum Millari*, — *Asthma dentientium*, — *Asthma thymico cyanoticum*, — *Suffocatio stridula*, — *Angina stridula*, — *Apnoea infantum*, — *Catalepsia pulmonum Hufeland*, — *Laryngismus stridulus*, *Phrenoglottismus*, — *Laryngospasmus infantilis*, — *Tetanus apnoicus infantum*, — *Croup cerebialis* (Clark e)).

Nazwami temi oznaczają chorobę występującą napadami z objawami duszenia, a polegającą na zwężeniu głośni, skutkiem kurczu mięśni krtaniowych, a częstokroć i przepony.

Doświadczenia na żywych zwierzętach przekonywają, że szpara głosowa może ściągać się kurczowo podczas kurczu mięśni krtaniowych, zależnych od wpływu nerwu błędnego, mianowicie mięśni tarczowonalewkowych *mm. thyreo arythenoides*), obrączkowonalewkowych

bocznych (*mm. crico arythenoidaei laterales* i nalewkowego poprzecznego (*m. arythenoideus transversus*).

Kurcz głóśni występuje ostro i przewlekłe. Znane są w nauce wypadki, w których po kilku napadach nastąpiła śmierć z uduszenia, inne trwają całymi miesiącami i wracają po długich przestankach.

**O b j a w y.** Zdrowe i dobrze odżywione dzieci zwykle bez powiadających oznak (*prodroma*), niespodzianie ulegają napadom duszenia; twarz ich rumieni się, głowę przeginają ku tyłowi, rozwierają usta lub ziają usiłując oddychać, zwieszają bezwładnie lub wyprężają kończyny, nie mogą wydać głosu, chwytają się za szyję, jakby w celu usunięcia przeszkody w oddychaniu, słowem występuje szereg objawów duszenia. Po ciężkiej i męczącej walce, trwającej od kilku sekund do jednej a nawet dwóch minut, następuje kilka świszczących wetchnięć, bez wydychania, zakończających napad, i wraca prawidłowe oddychanie, lub też pojawia się nowy napad, z całym szeregiem zatrważających następstw zwiężenia głóśni. Napady te bywają pojedyncze, niekiedy jedno po drugim z kolei powtarzają się, tak, że dziecie dopióro po upływie kilku minut lub więcej, wraca do poprzedniego stanu. Częstość napadów bywa rozmaita: zdarzają się one raz w miesiąc, raz na tydzień, conoc, codzień, co godzina, a nawet częściej, szczególniej po północy, tak że ogólna liczba w ciągu jednej doby od 2 — 40 dochodzi. Pojedyncze napady pobudzane bywają częstokroć głębokiem wetchnięciem powietrza, lecz zdarza się, że bez widocznej przyczyny dziecie nagle przechyla główkę ku tyłowi, celem ułatwienia sobie wetchnięcia powietrza, wstrzymanego rozpoczynającym się nowym napadem kurczu. Skoro choroba trwa już pewien przeciąg czasu, przyłączają się ogólne drgawki, przez niektórych autorów uważane za drugi okres choroby.

Objawy towarzyszące chorobie w mowie będącej, rozdzielić można na występujące w chwili napadu i spostrzegane w przerwach. Z pierwszych cechującym jest ton wetchnięcia po napadzie, zbliżony do piania, a dający się naśladować przez wciąganie powietrza, przy zwiężonej szparze głosowej, usiłując wymówić głóskę „i“ — niekiedy następuje po sobie kilka takich wetchnień, zwykle zaś następny napad wraca tak szybko, że na głóśne wetchnięcie nie wystarcza czasu i dziecie jakby duszone cicho chwyta powietrze, sinieje, a dla największego rozszerzenia szpary głosowej, instynktem przgina głowę ku tyłowi. Bezpośrednio po napadzie, wydychanie jest świszczące, powierzchowne, połączone z obawą, wkrótce jednakże pozbawia się świszczącego szmeru i stopniowo reguluje się.

Wspomniano wyżej, że kurcz głóśni wikłał się może z ogólnemi drgawkami, pogorszającemi znacznie rokowanie. Wówczas palce wielkie zwracają się ku dłoni, przed ramiona silnie odwiedzione (w pronacji), mięśnie odwodzące górnych kończyn kurczowo ściągają się, dolne kończyny wyprężają się, wielkie palce u nóg zostają odwiedzione i wygięte ku górze, twarz ściąga się kurczowo, grzbiet nieco wypręża się. Ciepłota kończyn zostaje obniżoną, rzadziej zaś wzmagą się. Podczas kurczu krtani występujące drgawki, zdają się być od ostatniego zależne i wraz z tymże ustępują.

W czasie samego napadu, twarz dziecięcia zaczerwienia się, sinieje, gałki oczne podają się znacznie ku przodowi, z powodu utrudnienia krwiobiegu w naczyniach narządu wzrokowego, język przybiera barwę ciemno-siną prawie granatową, żyły szyjne nabrzmiewają, wyraz twarzy cechuje wielką obawę. Tętno trudne jest do wycucia, a tony serca do wysłuchania; bezowocném przeto byłoby tracić choćby najkrótszą chwilę w czasie trwania napadu na badanie czynności serca. Tętno nawet po upływie kilku minut od chwili ustania napadu jeszcze nie zupełnie wraca do stanu normalnego, jest ono niewydatne i nierówne. Niekiedy w samym ataku kurczów wydalane zostają massy stolcowe, rzadziej zaś mocz.

Co się tyczy objawów spotykanych w przerwach między napadami, są one rozmaite względnie natężenia i czasu trwania choroby. Większa część dzieci po napadzie zostają osłabione, ponure, inne gorączkują, niszczeją, zwłaszcza gdy kurcze były silne i szybko po sobie następowały; jeżeli choroba wystąpiła z małym natężeniem, wraca apetyt i pokrzepiający sen, poczem bawią się chętnie i są wesołe.

Czas trwania choroby nie daje się ściśle określić: w jednych wypadkach, pierwszy napad jest tak silny, że odrazu zabija, pomimo poprzednio towarzyszącego pozornie dobrego stauu zdrowia; w innych, co rzadziej się zdarza, oddychanie świszczące pojawia się przy wykłuwaniu prawie każdego zęba, lecz niedochodzi do zupełnego zaciśnięcia szpary głosowej i ustępuje po kilku sekundach. Najczęstszemi są wypadki, w których dopatrzeć można wzmaganie się, szczyt i ustępowanie objawów chorobnych. Z początku napady nie są częste, powtarzają się co ośm do czternastu dni, lecz z postępem czasu wracają częściej, kilka razy dziennie i z mocniejszym natężeniem.

Do zupełnego wykształcenia się choroby przemijają zwykle cztery do sześciu tygodni, w końcu dziecię albo zamiera nagle wśród ataku, lub też po ośmiu do czternastodniowym trwaniu choroby, na szczyście jój rozwoju przyłącza się gorączka i wyniszczenie z powikłań chorobnych, mianowicie płatkowego zapalenia płuc lub niezytu błony

śluzowej kiszki z obfitą biegunką, które stają się powodem niepomysłnego zejścia. Skoro choroba sięgnęła wyższego stopnia, wyleczenie należy do rzadkości. Przy szczęśliwym zwrocie choroby, napady pojawiają się coraz rzadziej, w końcu zupełnie znikają, pozostawiając jednak znaczny upadek sił, niedokrwiłość, skłonność do krzywicy, a nawet i do recydyw choroby wprawdzie już mniej niebezpiecznych. Śmiertelność podawaną jest na 70 — 80%. Zdaje się jednak, że powyższa liczba jest za wysoka, a co zapewne wynika z zaliczania do statystyki tylko ciężkich wypadków, których lekarze sami byli świadkami. Lżejsze zaś wypadki niezatrważające osób otaczających dziecię zostają pomijane, uchodzą statystyki lekarskiej, co nie mało przyczynić się mogło do tak wysokiej liczby odsetkowej niepomysłnie kończących się wypadków.

Rokowanie jest bardzo niepomyślne, choroba niebezpieczna, zwłaszcza dla dzieci w pierwszej epoce życia, których znaczny odsetek zabija. Zależy ono głównie od natężenia, częstości napadów, powikłań chorobnych i stanu ogólnego odżywienia ustroju. Ssawcy stosunkowo najszczęśliwiej ją przebywają, najgorzej dzieci wyniszczone i do zaniku (*athrophia*) skłonne. Rokowanie zależy również od stopnia rozwinięcia się krzywicy, zwłaszcza w kościach czaszki.

Z przyczyn, jedne są ogólne i te wpływają usposabiająco na wystąpienie kurczu głośni, inne działają chwilowo, wywołując nagle same już napady, np. przestkach, przyciśnięcie języka do dna jamy ustnej w celu jej zbadania, kaszel, połykanie, krzyk i t. p. Skoro choroba dosięgnie szczytu rozwoju, napady powtarzają się już bez widocznej przyczyny, przy zupełnym spokoju dziecięcia, nawet podczas snu. Chłopcy częściej ulegają kurczom głośni niż dziewczęta, co każdy lekarz zajmujący się praktyką dzieciinną, ma sposobność stwierdzić. Występuje najczęściej w epoce życia od 6-go miesiąca do 3-go roku, to jest w okresie zębowania, częściej w pierwszym roku podczas wykluwania się zębów siecznych, rzadziej przy kłach lub zębach trzonowych. Że kurcz głośni pojawia się najczęściej w okresie zębowania, wynikało przypuszczenie bezpośredniego przesunięcia się zadrażnienia z zaczerwienionej wówczas i obrzmiałej błony śluzowej na krtań. Przypuszczenie to jednakże nie zdaje się mieć słusznej zasady, w przeciwnym razie przyjąłoby należało, że choroba ta towarzyszyć powinna wszystkim miejscowym zaburzeniom na błonie śluzowej jamy ustnej, czego nie stwierdzają najściślejsze spostrzeżenia, owszem, zdarzają się częstokroć wypadki kurczu głośni, w których błona ślu-

zowa wcale lub lekko była zaczerwienioną i bez obfitój wydzieliny. Nie ulega jednakże wątpliwości, że podrażnienie nerwu trójdzielnego podczas zębowania, jest w możności przyczynić się do wystąpienia tej choroby. Zdarzają się nawet wypadki, że przy wykluwaniu się prawie każdego zęba powtarzają się napady.

Oprócz zębowania, niepoślednie miejsce w przyczynowości zajmuje dziedziczność. Zdarzają się rodziny, w których wszystkie prawie dzieci ulegają temu cierpieniu. Powell przytacza, że u 13 dzieci jednych rodziców, tylko jedno zostało od niego wolne. Matki takich dzieci najczęściej są drażliwe i doznają rozmaitych nerwowych przypadków. Upadek odżywienia działa usposabiająco, zwłaszcza przy innych momentach przyczynowych. Według Elsässer'a, dzieci uległy krzywicy zwłaszcza w kościach czaszki, łatwo ulegają kurczom głośni. Na czém polega zależność tych dwóch form chorobnych od siebie, ani fizyologia, ani patologiczna anatomia przy dzisiejszym stanie nauki nie są w możności wyjaśnić. Autor ten utrzymuje, że przyczyna prawdopodobnie tkwi w znacznym przyplwywie krwi do opon i mózgowia, lubo inni poczytują kurcz głośni w takich wypadkach za następstwo ucisku giętkich i cienkich ognisk krzywicą dotkniętej potylicy (Lederer). Przypuszczenie to zdaje się być bezzasadném; gdyby inaczej było, kurcz głośni występować powinien częściej podczas snu przy opartój główce na poduszce, niż w stanie czuwania, gdy główka pozostaje wzniesioną, a co przeciwnie ma miejsce. Vogel zaś sądzi, że przekrwienie mózgowia prawdopodobnie jest następstwem nie przyczyną kurczu.

Zaburzenia w narządzie trawienia mogą również stać się przyczyną w mowie będącej choroby, za czém przemawia ta okoliczność, że uregulowanie diety, usunięcie trudno strawnych pokarmów sprawdza polepszenie, podczas gdy przy podtrzymywaniu się zaburzeń w przewodzie pokarmowym, choroba trwa uporczywie. Ssawcy rzadko ję ulegają, a ze sztucznie żywionych, najczęściej te dzieci, które podawane im pokarmy niedobrze znoszą. Ubogie częściej niż zamożnych rodziców.

Kopp i inni badacze upatrywać chcieli przyczynę tej choroby od zmian w grasicy, ztąd pochodzi nazwa *Asthma thymicum Kopp'i*, dotąd jeszcze przez dawniejszych lekarzy używanych. Postępowi anatomii patologicznej winniśmy otrząśnienie się z tego błędu, który jedni po drugich przez długi czas popełniali. Trudno bowiem w grasicy dopatrzeć stałych zmian przy tej chorobie. Częstość spotykamy gruczoł stosunkowo znacznych rozmiarów we zwłokach dzieci

zmarłych na inne choroby, i przeciwnie, w wypadkach śmierci z kurczu głośni grasicca miewa prawidłową, a nawet zmniejszoną objętość.

Zmiany anatomiczne w krtani nie nastroczają nic godnego uwagi, nie stałego, co tém więcéj upoważnia do przyjęcia téj choroby za nerwicę w ścisłym znaczeniu. W innych narządach nie są stałemi, zwykle od powikłań zależne. Krzywica uwydatniająca się zmianami na potylicy i żebrach, oto najczęstszy objaw na stole anatomicznym. Grasicca zachowuje normalną objętość, niekiedy powiększa się lub maleje, a nawet zupełnie zanika. Gruczoły odosobnione w kiszczkach bywają obrzmiałe, błona śluzowa oskrzeli w stanie nieżytu, miąższ płucny ulega niekiedy sprawom zapalnym, gruczoły oskrzelowe przemianie serowatej. Zdarza się dość często spstrzedz przekrwienie i zgrubienie opon nerwowych. Nerw błędny według jednych twardnieje, inni miękkim go spotykali.

Leczenie. Rodziny, które poniosły stratę poprzednich dzieci, słusznie obawiają się, aby i następne nie stało się ofiarą téj choroby, dla tego z trwogą witają poczynające się zębowauię, podczas którego dzieci ich najczęściej zierały. Celem zapobieżenia nowemu nieszczęściu, zalecany bywa pobyt na świeżém wiejskim powietrzu, zwłaszcza w miesiącach letnich, dozwalających dzieciom pozostać rzeczywiście po za obrębem mieszkania. Zważywszy jednak, że pobyt na wsi nie zapobiega stanowczo od téj choroby i że wyjazd na wieś usuwa dzieci z pod opieki domowego lekarza, do którego wszyscy przywykli i w nim całą ufność pokładają, dla tego matki niechętnie opuszczają miejsce stałego zamieszkania. W podobnych razach właściwszém będzie pozostawić takie dziecię w domu rodzicielskim, pod opieką lekarską i posyłać codziennie na kilka godzin do pobliskiego ogrodu. Karmienie piersią powinno trwać przynajmniej do wyklucia się pierwszych sześciu zębów siecznych. U dzieci sztucznie żywionych, które częściej niż ssawcy nawiedzane bywają chorobą w mowie będącą, ważnym jest bardzo ściśle stosowanie się do przepisów higieniczno-dyetetycznych. Dotknięte krzywicą zwłaszcza przy zachodzących zmianach w czasie, pozostawać winny w mieszkaniu suchém, należycie przewietrzaniem, z główką chłodno utrzymywaną, przyczém obmywać ją należy zimną wodą, stosować wonne kąpiele z ziół, a wszelkie zaburzenia w przewodzie pokarmowym - wcześniej usuwać za pomocą małych dawek węglanów alkalicznych, z dodatkiem korzenia rzewienia i t. p.

Ograniczone jest leczenie samego napadu, jako trwającego krótki przeciąg czasu. Częstość nie wystarcza go na zastosowanie

leków, których i tak mały zasób posiadamy. Trudno rzeczywiście pojąć, jak niektórzy autorowie zalecają podczas napadu gorczyzniki, leki wymiotne, rozmaitego rodzaju lewatywy, ciepłe kąpiele i t. p., wymagające dłuższego czasu do zastosowania niż trwa sam atak.

Spotkawszy się z dziecieniem w chwili wybuchu napadu, najpierw należy mu nadać takie położenie, aby można było z łatwością główkę przechylić ku tyłowi, celem szybkiego usunięcia odzieży zwiężającej klatkę piersiową i szyjkę. Vogel'o wi udawało się przerwać napad przez uniesienie ku górze wolnego brzegu nagłośni wskazownikiem i dotknięcie strun głosowych. Wywołane tym sposobem krztuszenie pobudzało wetchnięcie powietrza. Lekki napad przerywa niekiedy spryskanie zimną wodą i bujanie w powietrzu. Chloroformowanie przez niektórych lekarzy usilnie zalecane (Cox, Sma ge, West i Simpson) jako wymagające dokładnej znajomości w zastosowaniu, nie każdemu może być poruczone, potrzeba obecności lekarza, który częstokroć zanim zdoła przybyć, napad przemienie lub przerywa życie dziecieniu. Podobnie dzieje się z rozcięciem tchawicy (*tracheotomia*), do wykonania jój nie dostaje czasu.

W chwilach wolnych od napadu, pragnąc skierować leczenie przeciwko przyczynie, zalecano różne leki. Najwięcej zwolenników dotąd jeszcze znajduje tlenek cynku (2–10 gr.), saletran srebra ( $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{2}$  gr.), siarkan miedzi amoniakalny, smrodzieniec (*asa foetida*), nalewka piżmowa, woda z migdałów gorzkich, przetwory wilczej wiśni, lulka, makowca, nalewka konopi indyjskich (co godz. 5 kropli), małe dawki chlorku dwurtego, jednakże skuteczność wszystkich tych leków jest wątpliwą. Dzieci dotknięte krzywicą kwalifikują się do użycia tranu, świadczącego niekiedy dobre usługi, jeżeli w przewodzie pokarmowym nie powoduje zaburzeń, o które u dzieci nie trudno. Vogel wspomina o dwóch wypadkach skurczu głośni szczęśliwie zakończonych przy powyższym środku i jednoczesnym otoczeniem dziecienia atmosferą kamforową, przez zawieszenie im na szyję kawałka kamfory owiniętej w płótno. Przy objawach jednoczesnego krwi napływu do głowy, może zachodzić wskazanie do kąpiele ciepłej, środków rozwalniających, mianowicie małych dawek soli średnich, z dodatkiem wyciągu lulka, co jak sądzi West, wystarcza do uregulowania krwiobiegu. Obfitszy napływ krwi u dziecienia dobrze odżywionego, wskazuje na zastosowanie pijawek za uszy, zwłaszcza przy towarzyszeniu ogólnych drgawek.



Jakiegokolwiek zastosujemy środki, winniśmy chronić dziecię od wszelkiego pobudzenia przez krzyk, hałas, zimno, wiatr i t. p., jako mogących się przyczynić do nowego napadu.

Nareszcie wspomnieć jeszcze wypada o nacinaniu dziąseł (*scari-ficatio*), w Anglii bardzo chętnie stosowaném w wypadkach, gdy napady skurczu głóśni przypadają w okresie zębowania. Środek ten jednakże zdaje się mieć wątpliwe działanie.

#### b) B e z w ł a d g ł ó ś n i (*Paralysis glottidis*).

Powiększone gruczoły chłonnicze i różnego rodzaju guzowatości na szyi, cisnąc na nerw błędny i wsteczny, powodują niekiedy bezwład mięśni krtaniowych, zależnych od tych nerwów. Przypuszczenie to oparte jest na zasadzie doświadczeń na żywych zwierzętach, u których po przecięciu nerwu wstecznego, szpara głosowa nie rozszerza się przy wydychaniu, ani ścieśnia podczas wdechnięcia; jedynie gdy to ostatnie jest głębokiém, ścieśnia się lub zamyka mechanicznie, a to z przyczyny, że silniejszy strumień powietrza nadaje licznym więzadłom szpary głosowej kształt dwóch kulistych odcinków, przez co brzegi jęj zbliżają się ku sobie, a nawet mogą się zetknąć.

Bezwład głóśni może mieć dwojakiego rodzaju przyczynę: odśrodkową i obwodową.

Odśrodkowy bezwład spostrzegać się daje zwykle u konających, w rzadkich wypadkach na długi czas przed śmiercią istnieje, np. przy nowotworach w mózgowiu (gruźelki, rak), zwłaszcza osadzonych przy jego podstawie.

Obwodowy bezwład powstaje przez ciśnienie na część szyjną nerwu błędnego, lub gałęź wsteczną. Ciśnienie to, według Volkman'n'a, Longet'a i innych fizyologów, jest w możności wywołać rozszerzenie lub zwężenie szpary głosowej. Ucisk wywarty zostaje najczęściej skutkiem znacznego powiększenia gruczołów chłonniczych przy zółzach. Powiększone gruczoły przebiegają wzdłuż nerwu błędnego, który będąc zupełnie pomiędzy niemi ujęty, cienieje i ulega spłaszczeniu. Tym sposobem objaśnić także można zaburzenia w oddychaniu niekiedy bardzo uciążliwe, a zdarzające się u dzieci zółzowatych, pomimo tak mało znaczącego powiększenia chłonniczych gruczołów, że trudno napozór przy-

puścić aby duszność wynikała z bezpośredniego ucisku tychże gruczołów na gałęzie nerwowe.

**Objawy.** Choroba ta cechuje się głównie nieustanném utrudnieniem oddychania połączonego z rżeniami w krtani, przechodzącego w napady kaszlu przy każdym głębszém wdychaniu wywołaném przez krzyk, śmiech i t. p. Oddychanie jest równie głośnie jak w dławcu, jednakże różni się od niego odmiennością dźwięku, duszność jest mniejszą, wzmagą się dopiero podczas napadów kaszlu niekiedy do wysokiego stopnia, tak że dziecię dusi się, a nie mogąc odetchnąć w leżącym położeniu nagle siada. Głos zwykle jest chrypowaty lub zupełnie ucicha.

**Przebieg** choroby zawsze jest przewlekły nawet bez najmniejszych gorączkowych poruszeń, jeżeli żadne nie towarzyszą powikłania, któreby mogły ich pobudzić.

**Rokowanie** zwykle niepomysłne. Śmierć następuje najczęściej przez rozszerzenie się nieżyty na cienkie rozgałęzienie oskrzeli lub innej choroby płucnej.

**Leczenie.** Ponieważ podstawą téj choroby poczytują żoły, przeto działanie lekarskie głównie przeciwko tymże bywa skierowane. Właściwém zatem będzie podanie tranu, a miejscowo pendzlowanie okolic odpowiednich zajęтым gruczołom, za pomocą nalewki jodowej 2—3 razy tygodniowo. Skoro po upływie 8—14 dni choroba nie ustępuje, a przynajmniej żadnego nie ma polepszenia, Vogel radzi wyłuszczenie zajętych gruczołów, do czego konieczną jest dokładna znajomość ich stosunków anatomicznych. Operacja bardzo ważna, wynik zawsze wątpliwy.

### C. Gruczoł tarczowy.

Zapalenie gruczołu tarczowego z przyczyn zewnętrznych pomijamy, jako nader rzadko u dzieci spotykane, zastanawiamy się zaś nad jego powiększeniem, które może być rozmaitéj natury.

#### Wól (*Struma*).

Wolem nazywane jest powiększenie gruczołu tarczowego bez względu na naturę choroby powodującej takowe. Przemija ono niekiedy dobrowolnie, zwykle zaś utrzymuje się stale, a nawet wzmagą się coraz więcej. Dotyczy całego gruczołu, pojedynczych jego płatów lub małych ognisk w płatkach, a stosownie do kierunku w którym

powiększenie się szerzy. występują rozmaite objawy od ucisku zależne. Jeżeli gruczoł podaje się na zewnątrz i ku przodowi; pokrywająca go skóra rozciągnięta zostaje na zewnątrz i ku przodowi: z wyjątkiem z bezkształtnienia zajętej okolicy nie występują żadne zboczenia w czynnościach sąsiednich narządów. Wszakże w razie powiększania się gruczołu na boki i ku tyłowi odsunięte zostają mięśnie mostko-obojęczykowo-sutkowe, grube pnie naczyń krwionośnych i nerwy szyi. Wówczas towarzyszyć mogą rozliczne zboczenia w obiegu krwi i czynnościach nerwów, a jeżeli przełyk i tchawica zostają dokóła objęte przerosniętym gruczołem, przyłączają się ważne zboczenia w przełykaniu i oddychaniu, zwłaszcza gdy dolny brzeg gruczołu powiększa się w kierunku długości i zasuwą się pod rękę mostka powiększając się tu w rozmaitych kierunkach.

Głównie dwa rodzaje powiększenia gruczołu bywają spotykane, mianowicie:

a) *Struma lymphatica* polegająca na rozroście bez zmiany fizyologicznych własności jego anatomicznych pierwiastków.

b) *Struma cystica*, gdy pewna część gruczołu ulega przeistoczeniu klejowatemu (*degeneratio colloidea*), zamienia się na torbiele, mogące dosięgać w średnicy półtora cala nawet u kilkoletnich dzieci. Takie torbiele zawierają wewnątrz płyn klejowaty gęsty, żółty lub brunatny, ściany ich są cienkie, miękkie, u starszych osób grubieją a nawet wapnieją.

Wspomniane dwa rodzaje powiększenia gruczołu tarczowego przy omacywaniu przedstawiają odmienne cechy. Pierwszy jest gładki i jednakowego stanu skupienia, w drugim wyczuć się dają na powierzchni guza nierówności, większe zaś torbiele wydatnie chełboczą.

Wól polegający na zwyczajnym rozroście fizyologicznej tkanki gruczołu bywa niekiedy wrodzony. Takie dzieci rodzą się zwykle w stanie pozorniej śmierci, a przywrócenie ich do normalnego stanu nastęrcza wiele trudności, poczem oddychają głośno i uciążliwie. Wól wrodzony nie grozi życia utratą, owszem po upływie kilku tygodni najczęściej dobrowolnie zupełnie przemija. Przeważnie zaś pojawia się u dzieci starszych, zwłaszcza dziewcząt, po rozpoczęciu się drugiego zębowania i to również często pod obydwoma formami. Wspomniane wyżej objawy wynikające z przesunięcia i uciśnienia sąsiednich narządów (naczyń, nerwów, tchawicy) u dzieci należą do prawdziwych rzadkości, a osoby wzywające lekarza czynią to jedynie w celu zaradzenia się względem zapobiegania od szpecącego bezkształtnienia szyi.

**Leczenie.** Forma limfatyczna czyli polegająca na rozroście, prawie zawsze ustępuje po 6—12-krotném posmarowaniu okolicy gruczołu krtaniowego nalewką jodową w przestankach 3—6 dniowych. Polegająca zaś na przemianie klejowatėj, jakkolwiek nie znika w zupełności przy zastosowaniu jodu, to jednakże może się zmniejszyć i nieprzybierać większych z czasem rozmiarów, tak że przy ogólnym wzroście ciała zbekształtnienie coraz więcej zaciera się i na pierwszy rzut oka nie łatwo daje się zauważyć. Doświadczenia okazały, że nalewka, którą także często wstrzykiwać w przeistoczony gruczoł za pomocą sprycki *P r a w a t z ' a* działa pewniej i wkrótszym przeciągu czasu od wcierań maści z jodkiem potassu.

### D. G r a s i c a.

Powyżej (str. 4) przytoczono kilka słów o anatomii i fizyologii tego gruczołu, tu wspomnieć należy o jėj chorobnych zmianach, które jednakże rzadko bywają napotymane. Otóż co się tyczy kurczu głośni, to według zdania wielu autorów od zmian w grasicy mającego zażyć, nadmieniono przy opisie tėj choroby, że położenie i powiększenie tego gruczołu prawdopodobnie niema żadnego wpływu na jėj powstanie, i rzeczywiście anatomiczne badania na zwłokach dzieci zmarłych z kurczu krtani przekonywają, że gruczoł w mowie będący spotkano zwiększonym lub pomniejszonym; nazwa przeto przez wielu autorów w podręcznikach dla tėj choroby podawana: „*Asthma thymicum Kopp'i*” jest bezzasadną i to z dwóch przyczyn, mianowicie, że grasicca w kurczu głośni nie ma żadnego udziału, i że przed Kopp'em, który w 1829 r., ogłosił swoją pracę jeszcze Margagni, P. Frank, Allan Burns i inni utrzymywali, że napady duszenia mogą być powodowane przez powiększoną grasicę.

U nieżywo urodzonych i zmarłych noworodków F. Weber na potykał w mięszu grasicy małe w y n a c z y n i e n i a k r w i. Zdarzają się one obok silnego przekrwienia całego gruczołu i przedstawiają się w postaci małych ognisk, rzadko kiedy przekraczających wielkością objętość łepka szpilki, usiewają one grasicę pojedynczo lub wysepkowato. Zwykle w innych narządach występują także w y n a c z y n i e n i a. Weber odnosi ich do aktu porodu i sądzi, że tylko w tych rzadkich wypadkach nie mają miejsca, gdy śmierć rodzącego się dziecka nie zależy od przeszkód mechanicznych, zatém przy szerokich wymiarach miednicy rodzącej niewiasty, lecz od innych przyczyn obcych mecha-

nieznym stosunkom wielkości wymiarów dziecięcia do obszerności dróg porodowych,

**Ropnie** w grasicy spostrzegano niekiedy u nieżywych noworodków z rodziców uległych przymiotowi (*syphilis*); lecz takowe odróżnić należy od jamek normalnie u każdego prawie dziecięcia obecnych i napełnionych płynem białawym oddziaływającym kwaśno na probierze papiery, podczas gdy zawartość ropni oddziałuje alkalicznie. Bednar i Dubois spotykali w grasicy dzieci dotkniętych przymiotem jamki żółtawym gęstym płynem wypełnione, prawdopodobnie tak zwane zimne ropnie, w czém mniej byliśmy szczęśliwi przy badaniu zwłok takich dzieci zmarłych w Warszawskim domu dla podrzutków. Bednar przytacza dwa podobnego rodzaju wypadki (*Die Krankheiten d. neugeborenen und säudlinge Th. 3. s. 93*). Pierwszy dotyczy 7-tygodniowej dziewczynki z krostowatą wysypką na skórze, u której na powierzchni grasicy znalazł jamki wielkości grochu nieco w miąższ zagłębione, zawierające płyn jasny żółtawy. Drugi zaś u 6-tygodniowego dziecka z bąblicą (*pemphigus*) płyty grasicy zmieniły się na dwa żółte torbiele wypełnione płynem żółtawym.

**Gruźelki** powstają pierwotnie lub przy jednoczesném zajęciu innych narządów, szczególnie gruczołów oskrzelowych i ogólnej gruczołicy.

**Nowotwór rakowy** Vogel miał sposobność widzieć u dwóch chłopców 5cio i 6cio-letniego, w przedniém śródpiersiu, wyprowadzając jego początek z grasicy.

Wszystkie powyższe choroby tego gruczołu za życia nie dają się oznaczyć, dla tego téż o leczeniu nie może być mowy.

## E. P ł u c a.

### 1) Nieżyt błony śluzowej oskrzeli.

(*Catarrhus bronchialis. Bronchitis.*)

Błona śluzowa wyścielająca oskrzela, podobnie jak wszystkie błony śluzowe pokryta jest w prawidłowym stanie pewną ilością właściwej sobie wydzieliny zapobiegającej wysychaniu i ułatwiającej fizyologiczną jej czynność. Przekrwienie tejże błony zwiększa ilość wydzieliny, która nie mogąc być sposobem właściwym usuniętą zalega w oskrzelach. Stan taki uważany jest za nieżyt oskrzeli (*catarrhus bronchialis*), lub przy większém natężeniu zapaleniem oskrzeli (*bronchitis*) zwany.

**Zmiany anatomiczne.** Siedliskiem w mowie będącej choroby bywają rozgałęzienia pierwszego lub drugiego rzędu bez zajęcia cieńszych gałązek, lub przeciwnie tylko te ostatnie zostają zajęte bez udziału grubszych oskrzeli. W innych nareszcie wypadkach błona śluzowa wyściełająca wszystkie drogi powietrzne w płucach ulega nieżyłowi, obydwą płuca rzadko jednocześnie cierpią, co wszakże miewa miejsce w durzycy i ostrych gorączkowych wysypkach. Natężenie choroby w rozmaitych okolicach jednego i tegoż samego płuca bywa różne. Wydzielina w dolnych płatach zwykle bywa obfitsza, a zmiany w błonie śluzowej znaczniejsze niżeli w górnych płatach. Przyczyna tego prawdopodobnie tkwi w czysto mechanicznych względach, mianowicie: że z górnych płatów wydzieliny nieżytem pobudzone dostają się własnym ciężarem do głównego skrzela, gdy z płatów dolnych pochodzące wznoszą się za pomocą ruchu migawkowego i gwałtowniejszych wytechnień lub kaszlu.

Powierzchnia błony śluzowej w miejscach nieżytem zajętych przybiera różową barwę, przy wyższym natężeniu uwydatniają się drzewkowate rozgałęzienia naczyń krwionośnych, a przy najsilniejszym natężeniu sprawy chorobnej bardzo gęsto wyściełają powierzchnię błony śluzowej uadając jój wejrzenie podobne do szkarłatnego axamitu. Jednocześnie błona nabrzmięwa, co łatwo ocenić przez porównanie grubości nacięciem miejsca zdrowego. Spoistość błony również ulega zmianie, mięknieje, łatwo się rozrywa i nie daje się jak zdrowa błona w postaci płatów oddzielić od warstwy podśluzowej. Co się tyczy zabarwienia, to należy zachować ostrożność aby czerwoności pochodzącej z nasiąknięcia barwikiem krwi wskutek rozpadu napotykanój w gnijących trupach, nie poczytać za powstałą przez zapalenie. W odrze błona śluzowa oskrzeli pokrywa się niekiedy czerwonymi plamami, podobnie jak skóra. W ospie zdarzają się krosty w tchawicy i oskrzelach, pierwszo i urugo rzędnych. Nadżarć (*erosiones*) powstających wśród przewlekłego nieżyłu u dorosłych, nie spotyka się u dzieci nawet przez kilka lat kaszlących.

Wydzieliny nieżytowe stosownie do okresu choroby bywają białawe, drobno pieniste lub też żółtawe, zbite, małą ilością pęcherzyków powietrznych przenikłe i wypełniające całe światło oskrzeli. Badanie drobnowidzowe wykazuje zmieniony nabłonek w postaci ciałek owalnych ze stępieniami kątami, komórki śluzowe i ropne niezwykłej wielkości, kuliste i drobnoziarnowane, nareszcie drobnoziarnistą masę mniej lub więcej gęsto usiewającą pole drobnowidza pomiędzy wyżej wspomnianymi pierwiastkami anatomicznymi upostacio-

wanemi. Po nacięciu dotkniętego nieżytem płuca za naciśnięciem wyzierają na powierzchnię krople téj wydzieliny w miejscach przecięcia zajętych oskrzeli, tak że z ilości i wielkości żółtych punktów występujących na czerwonej powierzchni przekroju płuca, ocenić można rozległość i natężenie nieżyty.

Niektórzy autorowie spotykali w wydzielinie tego rodzaju i skrzepy włóknikowe, lecz taka forma nie zdaje się być wyłącznie nieżytową.

Płuca nieżytem zajęte po otworzeniu klatki piersiowej na włókach, nie opadają z powodu zatkania oskrzeli obficie nagromadzoną wydzieliną tamującą wydostanie się powietrza zawartego w płucach na zewnątrz. Przy przewlekłym nieżycie błona śluzowa wietrzeje, ściany oskrzeli jednostajnie rozszerzają się, lecz to rozszerzenie jest nieznaczne, walcowate, nigdy pęcherzykowate. Ostatni ten rodzaj rozszerzenia nie pojawia się w dziecięcym wieku. Częstokroć przy nieżycie błony śluzowej w oskrzelach, zwłaszcza u małych ssawców okoliczna ścianom tychże, tkanka płucna tu i owdzie przyjmuje udział, występuje tak zwane zrazikowe zapalenie, o którym w następnym rozdziale szczegółowiej mówić będziemy.

**Objawy** dwojakiego są rodzaju: podmiotowe i przedmiotowe. Pierwsze trafiają się dopiero u dzieci starszych od 2 lat, skarżą się one na ból wzdłuż mostka, rozciągający się podczas kaszlu na boki w kierunku przyczepu mięśnia przeponowego, niekiedy przy ogólnej nie dyspozycji cechującej się usposobieniem do płaczu i niechęcią do zwykłych zabaw.

Z przedmiotowych objawów wspomnieć należy o gorączce i znakach, które za pomocą fizykalnego badania dają się wysledzić. Najwydatniejszym tu objawem jest kaszel i on to skłania osoby otaczające chore dzieci do szukania pomocy lekarskiej. Napady jego bywają dość gwałtowne, trwają pół do całej minuty, powtarzają się kilkakrotnie w ciągu godziny, podczas snu są rzadsze, nie ustają wszakże zupełnie, częstokroć nie przerywają snu lub téż budzą dzieci za każdym razem a tym sposobem skutkiem bezsenności potrzymywanój jego napadami dzieci widocznie nędznieją. Krótkotrwałe przerywane i często powtarzające się pokasływania są bardzo podejrzane, budzą one obawę i upoważniają do przypuszczenia powikłania się nieżyty z głębszym cierpieniem już samego mięszu płuc. Niepomysłnym jest również objawym, jeżeli dziecię położone na jednym z boków silnieć kaszle, lżej zaś w pozycyi na znak, gdyż to budzi podejrzenie głębszych materyalnych zmian w tkance płucnej. Przy zwyczajnym nieżycie

w oskrzelach pozycja pionowa ciała więcej usposabia do kaszlu; niż to ma miejsce leżąc na wznak, a pomiędzy tą ostatnią i ułożeniem ciała na boki żadna wydatniejsza różnica nie daje się spostrzegać pod względem częstości napadów. Również ból towarzyszący im przy niezycie nie jest o tyle silny i przykry, aby dziecię uwydatniało go przez zmianę rysów twarzy, a po nastąpieniu napadu w jakibądź sposób obecność bólu zdradzało. Płwocina u osób dorosłych w chorobach płuc stanowi ważny objaw i posługujący do ocenienia rodzaju okresu toczącej się sprawy, u dzieci zaś nie ma ona takiego znaczenia zwłaszcza u młodszych. Wprawdzie po dźwięku kaszlu można wnosić o punkcie jego wyjścia z dróg oddechowych (krtani lub niższych części), to jednakże przed 3-m, a nawet 5-m rokiem życia o płwocinie nie może być mowy. Nieprzystępną jest ona dla naszych oczów z powodu że dostawszy się na podstawę języka, co prędzej zostaje połkniętą przez niezajomość wykonywania odpowiednich ruchów językiem celem wysunięcia płwociny z nasady języka ku szparze ustnej. Tylko w razie bardzo gwałtownych napadów kaszlu, przycém dzieci szeroko rozwierają usta, dostrzedz niekiedy udaje się wykrztuszoną wydzielinę, a nawet z łatwością ją wydobyć byleby natychmiast po ustaniu napadu przesunąć płóciennym płatkim po nasadzie języka i tkwiącą tamże płwocinę wygarnąć. Przedstawia się ona jako massa biaława, pienista lub żółtawa, i wówczas zawiera mniej pęcherzyków powietrznych. Zwykle płwocina wolną jest od krwi, przy gwałtownych jednakże wstrząszeniach spowodowanych silnym kaszlem mogą wystąpić małe wynaczynienia w krtani, gardzieli lub jamie ustnej, lecz wówczas przedstawia się pod postacią prążków lub strzępków objętych płwociną, nigdy zaś nie jest z nią jednostajnie pomieszana.

Wyraz twarzy dziecięcia zależny jest od natężenia niezytu i obszerności przestrzeni zajętej błony. Przy umiarkowanym natężeniu bez gorączki, wygląd nie ulega zmianie znaczniejszej, ciepłota głowy utrzymuje się umiarkowaną, policzki zatrzymują prawidłową barwę; skoro zaś sprawa chorobna dosięgnie wyższego stopnia i zajmie wszystkie rozgałęzienia oskrzeli w obydwóch płucach, pojawia się sinica, której punktem wyjścia może być tak dobrze przyrząd oddechowy jak krwi obiegu, a po raz pierwszy przybyły do dziecięcia lekarz z pierwszego rzutu oka skłonniejszym jest odnieść takową do zaburzeń w narządzie krwionośnym niżeli w płucach początek biorących, dopóki bliższe i szczegółowe zbadanie dostatecznie nie wykaże prawdziwej przyczyny tego niepomyślnego objawu.



Nieżyt oskrzeli rozpostarty na błonie śluzowej wszystkich rozgałęzień, stanowi chorobę bardzo groźną, oddychanie podobnie jak w zapaleniu płuc jest bardzo uciążliwe, utlenianie krwi niezupełne, ztąd wydzielanie krwi utrudnione. W niepomysłnie kończących się wypadkach śmierć następuje zwykle przez uduszenie z powodu niemożności przepływu powietrza do zatłoczonych wydzieliną chorobną drobnych oskrzeli i pęcherzyków płucnych. Przy téj formie nieżyty tylko w wyjątkowych wypadkach okoliczny miąższ płuc pozostaje wolny, zwykle zaś miejscami występuje zapalenie w tkance okolicznej oskrzelom.

Sposób fizykalnego badania klatki piersiowej u małych dzieci podano na str. 18. Wszelkie nadmienione tamże ostrożności i różnice od badania u osób dorosłych wypada w następnych rozdziałach traktujących o różnych formach chorób płuc kolejno uwzględniać. U dzieci starszych nad 5 lat niczem się ono nie różni. Pamiętać również należy, że sposób wzięcia się lekarza do badania chorego dziecięcia wielkie ma znaczenie, gdyż zrażone dziecko zbadać się dokładnie nie łatwo pozwala, ujęte zaś odpowiedniemi i zręczniemi obejściami nie czyni żadnego oporu. Dla tego jeżeli dziecko zostaje w stanie czuwania, lekarz przedewszystkiem winien się z niem zaprzyjaźnić, a dopiero po pewnym przeciągu czasu rozpocząć badanie, obmacać, wysłuchać i opukać klatkę piersiową i resztę potrzebnych zebrać objawów, w przeciwnym razie raz zniechęcone do lekarza będzie zaniepokojone każdym jego przybyciem, przez co rozpoznanie choroby, a ztąd i leczenie bardzo utrudnione zostaje.

Opukiwanie nie wykazuje ważniejszych zmian w odgłosie, częstokroć przybiera on odcień bębnowy, stępienie zaś występujące podczas działania tłoczni brzusznej po stronie prawej tém wyrazistsze się staje u małych dzieci dotkniętych nieżytem oskrzeli, o ile skutkiem nagromadzonych mass śluzu łatwiej nastąpić może chociażby chwilowe ich zatkanie.

Obmacywanie jest o wiele u dzieci przystępniejszą i pożyteczniejszą metodą badania. Za przyłożeniem rąk do klatki piersiowej wyraźnie czuć się dają rżenia, szczególniej na okolicy krtani i w przebiegu tchawicy, gdzie najwięcej zachodzi warunków do powstawania rżeń. Z obszerności przestrzeni na której takowe wysłuchiwać się dają nie można wnosić o rozległości nieżyty; częstokroć rżenia powstają w krtani a jednakże na całej przestrzeni piersiowej są wyczuwalne i naraz znikają, skoro śluz przylegający do wewnętrznej powierzchni krtani zostanie wydany za pomocą kilkakrotnie mocniejszego kaszlu. Przez omacywanie tylko wówczas słusznem be-

dzie wnosić o obecności rzężeń w rozgałęzieniach oskrzeli, gdy przy braku ich w okolicy krtaniowej wyczuć się dają po przyłożeniu rąk do ścian klatki i to przez dłuższy przeciąg czasu nie znikają w zupełności po silniejszym nawet napadzie kaszlu. Jeżeli rżenia wyczuwalne są tylko na małej przestrzeni, budzą podejrzenie zajęcia nieżytem drobniejszych oskrzeli, wyczuwalność zaś ich na całej klatce przemawia za nieżytem grubszych gałęzi. To jednakże nie stanowi prawidła, bo skoro rżenia na całej przestrzeni stale całymi dniami lub tygodniami utrzymują się, stanowią dowód bardzo rozpowszechnionego nieżytu.

Wysłuchiwanie mało więcej uczy od obmacywania. Przy pewnej wprawie można rżenie równie wyczuć jak i usłyszeć, nawet udaje się rozróżnić ich charakter to jest wysokość tonu i szorstkość, a zarazem ma tę wyższość, że zbadanie dokonywa się spieszniej, dokładniej i z mniejszym oporem chorego dziecka. Przy jednoosobnym zapaleniu miąższu płuc wysłuchiwanie staje się niezbędnym, inaczey niepodobna uchwycić cechujących go znaków, mianowicie rżień trzeszczących i oddechu oskrzelowego. Niektórzy autorowie twierdzą, że trzeszczenia pojawiać się mogą przy nieżycie w ostatecznych rozgałęzieniach oskrzeli (*bronchitis capillaris*). Vogel innego jest zdania, gdyż tym sposobem ostatni znak różniczkowego rozpoznania nieżytu oskrzeli od zapalenia miąższu utraconyby został, a kwestya ta bardziej zaciemnioną. Trzeszczące rżenia uważa za znak służący wyłącznie dla zapalenia miąższu, zaprzeczając jego obecności przy nieżycie w oskrzelach i pęcherzykach płucnych. Za nieżytem błony śluzowej, tak w grubszych jak i cieńszych oskrzelach przemawia obecność rżień, mniej lub więcej wilgotnych, o większych lub mniejszych bąblach i zaostrenie pęcherzykowatego szmeru oddechowego; rżenia zaś trzeszczące i oddech oskrzelowy stanowią cechę dla zapalenia miąższu niepojawiające się nigdy przy samym nieżycie.

Oddychanie przy lekkim nieżycie grubszych gałęzi zwykle nie różni się prawie od tegoż w stanie normalnym, lecz przy zajęciu nieżytem obszerniejszej przestrzeni staje się ono częstsze i uciążliwsze. Wszakże z powodu towarzyszącej częstokroć gorączki która sama przez się przyspiesza oddychanie nawet bez zajęcia płuc jakąkolwiek chorobą, trudno jest ściśle ocenić, o ile przyspieszenie oddychania zależy od gorączki lub od zajęcia błony śluzowej nieżytem. Poruszenia skrzydeł nosa, właściwe zapaleniu płuc, przy samym nieżycie nie bywa spotykane, a jeżeli występuje, to przypisać należy powikłaniu z zapaleniem płuc.

Czas trwania choroby zależy od jej przyczyn i osobnikowych warunków dziecka. Wywołującemi ją czynnikami bywają środki drażniące bezpośrednio błonę śluzową, zbyt zimne i zanieczyszczone powietrze, oziębienie klatki piersiowej. Wszelako taki kaszel przemija w kilka dni jeżeli jest przypadkowy i bez istnienia usposobienia do nieżyty dróg oddechowych. Bywają również dzieci pochodzące z rodziców wolnych od cierpień płuc i same nie ulegają żadnym ważniejszym zaburzeniom w płucach, mimo to cierpią po lat kilka na nieżyt oskrzeli z zupełnym ucichaniem tegoż na dłuższy lub krótszy przeciąg czasu; inną nareszcie kategorię stanowią dzieci dotknięte przewlekłemi sprawami zapalnymi miąższu, przy nieustanném trwaniu nieżyty.

**Rokowanie** nie zawsze jest równie pomyślne jakby to wноси można z pozornie niezagrażonego stanu zdrowia dzieci nieżyty uległych. Zwyczajny nawet nieżyt skoro rozszerzy się na znaczną przestrzeń, zakończyć się może niepomyślnie przez uduszenie. Podtrzymywany głębszemi i przewlekłemi sprawami w miąższu, obejmowanemi dawniej pod nazwą „gruźlicy“ pozwala tylko na bardzo wątpliwe rokowanie.

**Przyczyny.** Niema prawie dziecka, któreby w pierwszych swojego życia latach nie przebyło nieżyty oskrzeli. W żadnym wieku choroba ta nie jest tak stałą jak w niemowlęcym, szczególnieij podczas pierwszego zębowania. Wówczas ślina częstokroć wilgociąca odzież oziębia stykające się z nią części piersiowej klatki stając się przyczyną choroby w mowie będącej. Podczas zimy jest ona więcej rozpowszechnioną, w gorące miesiące mniej, w miastach, zwłaszcza w izbach przez ubogich zamieszkałych częstszą niżeli na wsi. U dzieci wychowanych w zapyłonych warsztatach i u pochodzących z rodziców dotkniętych suchotami płucnymi zapalnymi i gruźliczemi; kaszel prawie stałym jest towarzyszem, tak dalece, że nawet nie zwraca on uwagi mniej baczących rodziców i jeżeli o to nie są pytani, pomijają w zeznaniach o stanie zdrowia dzieci dla których zasięgają porady lekarskiej z powodu innych chorób. Nieżyt oskrzeli pojawia się także pod wpływem nieznanych atmosferycznych i tellurycznych przyczyn epidemiczne pod formą grypy (*Influenza*), która cechuje się objawami nieżyty przy wysokim stopniu gorączki, silném dotknięciu ogólnege stanu, utratą apetytu i t. p., nie oszczędza ona żadnego wieku, nawet najmłodszych ssawców. U zdrowych poprzednio dzieci przebiega prawidłowo i po upływie 2–3 tygodni kończy się wyzdrowieniem, u dotkniętych zaś ważniejszymi chorobami płuc, mianowicie zapaleniem i gruźlicą przyczynia się do ich większego rozwoju z całym szeregiem niepomyślnych następstw; dzieci nieustannie kaszlą, gorączkują, aż nareszcie wyniszczenie prowadzi

do smutnego zejścia. Nareszcie wspomnieć należy, że nieżyłt oskrzeli występuje jako powikłanie wśród przebiegu rozmaitych chorób ogólnych, jak: durzycy, odry, mniej stale przy płonicy, naturalnej i wie-trznej ospie.

**Leczenie.** Usunięcie wpływu szkodliwych zewnętrznych czynników stanowi ważny w leczeniu warunek, dla tego mieszkanie w których mieszczą się chore dzieci powinno być należycie przewietrzane, wolne od wszelkich mechanicznych przymieszek, pyłu i t. p., jak to często u rzemieślników się zdarza; ciepłota odpowiednia i jednolita odzież cieplejsza niż w stanie normalnych, napój obfity i częsty dla ułatwienia potów. Dla uniknięcia powrotów i stępienia usposobienia, Vogel usilnie zaleca, metodyczne hartowanie ciała. Odzież powinna być zawsze tego rodzaju, aby dla dziecka nie stawała się uciążliwą przez zbytne utrzymywanie ciepła i przy umiarkowanym ruchu nie przyczyniała się do potów, w przeciwnym razie prędzej dziecię ulegnie nieżyłtowi niżeli go uniknie. Najdzielniejszym środkiem pozbycia się usposobienia bezwątpienia stanowią zimne obmywania całego ciała wieczorem przed udaniem się na nocny spoczynek, które przy zachowaniu ostrożności zbawiennie mogą być stosowane już po wystąpieniu kłów.

Po wybuchnięciu choroby wszystkie metody stosowane w celu bezpośredniego wpłynięcia na przebieg najczęściej zawodzą. Postępowanie nasze skierować należy głównie do dwóch objawów, mianowicie uciążliwej duszności i nadmiernej wydzieliny chorobnej. Najskuteczniejszym w tym celu środkiem są wymioty. Lek takowe pobudzający nie powinien być silnym, napar z pół drachmy korzenia ipeki na uncję wody najczęściej wystarcza. Idzie tu głównie o wydalenie zalegającego w oskrzelach śluzu za pomocą sprzyjających ku temu celowi ruchów, które nie są w prostym stosunku do ilości użytego leku wymiotnego, lecz zależą od warunków osobnikowych. Jeżeli powyższa mieszanka nie wystarcza do wydalenia przez wymioty dostatecznej ilości śluzu z oskrzeli, tak aby nastąpiła ulga w duszności, silniejsze środki wymiotne nie polepszą stanu u małych dzieci, a przez podziałanie na układ nerwowy i pobudzanie nieżyłtu żołądka spowodować mogą znaczny upadek sił. U dzieci żąbkujących, w zapaleniach nieżyłtowych zalecane bywają przeciwzapalne sole średnie i kamel po  $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{4}$  gr., 3—4 razy dziennie.

Celem ułatwienia wykrztuszania i uśmierzenia kaszlu używane są środki wykrztuśne, z których roślinnym oddajemy pierwszeństwo; lecz przy zaburzeniach w narządzie trawienia, nawet takie są raczej szkodliwe niżeli skuteczne przy swoim wątpliwym działaniu, a tém

więcej mineralne jak: żółta siarka, biały tlenek antymonu, emetyk, kermes mineralny. Chlorek ammonu jakkolwiek u dorosłych chętnie zalecany bywa, u dzieci jest niewłaściwym. Przy ostrym niezycie zalecamy osłodzony napar korzenia ipeki lub bardzo rozcieńczony roztwór węglanu potażu (gr jj— $\text{§}$ j). Little zachwala wcieranie terpentynowe co 2—3 godzin i przykrywanie piersi flanelą. Przy kurczowym charakterze kaszlu, środki przeciwkurczowe i odurzające. Tu należą woda wawrzyno-śliwowa w ilości 2—3 razy więcej kropli od ilości lat dziecka, 3—4 razy w ciągu doby, nalewka makowca w ilości stosownej do wieku dziecka lub belladony  $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{10}$  grana kilka razy dziennie. Metoda napotną u starszych dzieci daje dobre wyniki; podobnie rzecz można o wdychaniach sproszkowanych płynów (*inhalatio*). Wszakże wskazany wyżej sposób leczenia okazuje się bezskutecznym w razach gdy kaszel pochodzi od ważniejszych zaburzeń w płucach, a szczególnie prowadzących do suchot. Wówczas odżywianie zasługuje na największą uwagę, może być również wskazane zastosowanie tranu, żelaza, chinu. Proszek kory chinowej, prawie każde dziecię dobrze znosi, a znane są wypadki, w których po 4—8 tygodniowym użyciu tego środka na koniec noża, nader podejrzane niezytu oskrzeli towarzyszone częstymi gorączkowymi poruszeniami obok ogólnego wyniszczenia, pomyślném zejściem choroby zostały uwięzione.

## 2) Zapalenie płatkowe i płatowe płuc.

(*Pncumonia lobularis et lobaris*).

Zapalenie płuc u dzieci należy do chorób bardzo częstych. Pod względem anatomo-patologicznym pierwsza odmiana przedstawia różny obraz od tego jaki zachodzi u osób dorosłych, mianowicie pod formę gęsto usianych dgnisk wielkości mniej lub więcej ziarna grochu wśród nie zmienionego mięszu płuca. Forma ta trafnie zapaleniem płatkowém czyli zrazikowém (*pneumoniae lobularis*) nazwana została. Prócz tego lubo nierównie rzadziej zdarza się zapalenie płatowe czyli krupowe (*pneumonia lobaris s. crouposa*), samodzielnie i nagle występujące podobnie jak u dorosłych, zwykle jednakże ta forma równie jak zapalenie opłucnej u noworodków przyłącza się jako powikłanie ropnicy. W takim razie choroba kończy się zawsze niepomyślnie lubo i w zapaleniu krupowém samoistném rokowanie należy do bardzo wątpliwych.

Zapalenie płatkowe u ssawców jest nader częstą chorobą szczególnie w okresie zębowania, w domach dla podrzuteków stanowi znaczny odsetek śmiertelności. Przyczynę tego upatrywano w przeciągłym utrzymywaniu dzieci w poziomém na wznak położeniu, za czém

przemawia zajęcie najczęściej tylnych dolnych części płuc jako najniżej położonych, lubo i inne jeszcze warunki prawdopodobnie wpływają na umiejscowienie się zapalenia w okolicach dopiero wspomnianych. Oprócz tego statystyka wykazała, że chorobie téj ulega więcej dzieci zimą niż latem, i że nigdy nie napotykamy ogniska zapalnego, do którego prowadzące oskrzele nie byłoby zajęte znacznym stopniem nieżyty. Stosunek ten płatkowego zapalenia do nieżyty prawdopodobnie na tém zależy, że wydzielina błony śluzowej zajętej nieżytem opuszcza się w dalsze rozgałęzienia i działa sposobem mechanicznym i chemicznym na wywołanie zapalenia w podrażnionych miejscach. Toż samo zdarza się przy dławcu z tą jednakże różnicą, że w następstwie nie tylko zapalenie płatkowe lecz i płatowe napotykać się dają.

Nareszcie zapalenie płatkowe płuc częstokroć bywa spotykane w trupach dzieci uległych za życia stwardnieniu tkanki łącznej podskórnój, suchotom płucnym, a częstokroć i przyłączającej się gruźlicy.

Powyższe dwie formy zapalenia płuc, w których wypłód chorobny zajmuje pęcherzyki i oskrzela, a sama tkanka płuc nie ulega istotnym zmianom w odżywianiu, mogą przejść w zapalenie śródmiąższowe v. międzypęcherzykowe, polegające na bujaniu tkanki łącznej wchodzącej w skład ścian pęcherzyków płucnych i odgraniczającej zraziki, lecz ta odmiana z przewlekłym przebiegiem i najczęstszą przyczyną suchot będąca, u małych dzieci prawie nie zdarza się, u starszych zaś nie różni się od takiejże formy u dorosłych.

**Zmiany anatomiczne** występujące przy zapaleniu płatowém i zrazikowém są różne nie tylko pod względem obszerności ognisk chorobną sprawą zajętych, lecz także jakości wypłodu. W pierwszej odmianie są te same co u dorosłych, stosownie zatém do okresu choroby, w którym dziecię zmarło, spotykamy zwątrobienie czerwone lub szare. Wypłodzony wysięk włóknikowy gromadzi się w pęcherzykach płucnych, które w zupełności zapycha. Zwątrobiała czerwona część płuc zawdzięczająca swą barwę nagromadzeniu się czerwonych krążków krwi, w zupełności pozbawioną jest powietrza, powierzchnia rozkroju jest suchą, brunatno czerwoną, jednostajnie lekko ziarnistą i tak kruchą, że na podobieństwo wątroby łamać się daje. Ziarnisty wygląd powierzchni wynika skutkiem ściągania się sprężystej tkanki i wyzieraną ku wolnej powierzchni rozkroju stężałego włóknikowego wysięku zalegającego pęcherzyki płucne. Niekiedy powierzchnia rozkroju przyjmuje barwę marmurkową, a to w razach gdy brunatno czerwone tło usiewają miejsca jaśniejsze, ciemne punkta barwika i przecięte naczynia i oskrzela. W dalszym przebiegu skut-

kiem rozkładu barwika krwi, czerwona barwa zajętej części zmienia się na szarą, lub żółtawą, gdy tkanka pozostaje zbita; stan, szarém lub żółtém zwątrobieniem (*hepatisatio grisea*) zwany. W niektórych rzadkich wypadkach wysięk zostaje coraz więcej wessany na drodze przeistoczenia tłuszczowego i rozpadu włóknika i młodych komórek w nim utkwionych. w końcu zupełnie zniknie stanowiąc najpomyślniejszy sposób zakończenia choroby przez rozejście się zapalenia. Wyjątkowo powstają większe ropnie, a jeszcze rzadziej okoliczne stwardnienie mięszu płuc (*Induratio s. cirrhosis pulmonom*), zgorzel (*gangraena*), nasięk serowaty, dawniej gruźliczym zwany, pochodzący od zalegania w pęcherzykach płuc wysięku uległego po części przemianie wstecznej i pozbawionego właściwej mu ilości płynnych części. Wspomniane dopiero zejścia zapalenia mogą stać się powodem *suchot płucnych*. U dorosłych przyłączać się jeszcze zwykła i gruźlica, u dzieci prawie nie dochodzi do tego z przyczyny, że dotknięte tak zwaném gruźliczém usposobieniem umierają już w pierwszych dniach po wystąpieniu zapalenia krupowego.

Zapalenie płatkowe (*pneumonia lobularis, catarrhalis*), jest czysto nieżytowe, to jest bez przymieszki włóknika do wysięku odkładanego w pęcherzykach. Poprzedzane jest ono zawsze nieżytem oskrzeli. Zajmuje małe ogniska, które jakkolwiek się z sobą zlewają, jednakże przedstawiają różny obraz od tego jaki przedstawia się przy krupowym zapaleniu. Odmiana ta zajmuje zwykle tylne części dolnych płatów obustronnie. Płuca takie po otwarciu klatki piersiowej nie opadają w zupełności, wśród mięszu wyczuć można stwardniałe ogniska powierzchowne lub w głębi tkwiące, które na powierzchni rozkroju uwydatniają się przez sino-czerwonawą barwę bez wyraźnego odgraniczenia od przyległego mięszu. Ściany pęcherzyków płuc są obrzmiałe. Ostrze noża pociągnięte po powierzchni rozkroju pokrywa się czerwonym lipkim płynem, zawierającym małą ilość drobnych pęcherzyków powietrza. Wspomniane powyżej ogniska od powierzchni płuca zakłęsają i wyraźnie odznaczają się czerwono-siną barwą od okolicznego rozdętego mięszu, wykrojone nie trzeszczą przy ugniataniu, puszczone na wodę toną. Podczas nadymania całych nieskaleczonych płuc za pomocą rurki, powietrze poniekąd wnika w zajęte zapaleniem części, a to stauowi jeden z ważnych rozpoznawczych znaków od zapalenia płatkowego, którym zajęta część płuca przy nadymaniu nie jest dla powietrza przystępną.

Drobnowidzowe badanie wykazuje nagromadzenie w pęcherzykach płucnych znacznej ilości świeżo wytworzonych komórek nabłon-

kowych w rozmaitym stopniu rozwoju pomieszanych z wysiękiem. W téj odmianie zapalenia niema zwątrobienia czerwonego lub szarego jak przy zapaleniu płatowém, nie spotykamy zatem okresów napotykanych przy téj ostatniej odmianie. Jeżeli pojedyncze ogniska zlewają się z sobą i zajmują większą przestrzeń, z pierwszego wejścia budzą wątpliwość co do formy zapalenia. Wówczas do rozpoznania posłużyć może kruchość zajętych przestrzeni, nadymalność ich powietrzem za pomocą rurki, stopień przesiąknięcia płynnemi częściami, obecność wolnego od zapalenia mięszu tkwiącego tu i owdzie pomiędzy skupionemi twardszemi ogniskami i utrzymywanie się sprawy chorobnej na stopniu niezytu, nie dosiegającej wypacania się włóknikowego wysięku. Prócz tego przy powierzchowném zapaleniu, odpowiednia część opłucnej przyjmuje udział, a w oskrzelach prowadzących do zajętych ognisk stale towarzyszy niezyt błony śluzowej. Najczęstszemi powikłaniami bywają: niezyt w jamie ustnej i pleśniawki (*soor*), zapalenie torebkowe w kiszkach i stwardnienie tkanki łącznej podskórnej (*scleroma*). Rzadkiem zejściem zapalenia niezytowego płuc jest wytworzenie się ropni, częstszém wszakże od przeistoczenia serowatego wyplodów chorobnych (*infiltratio caseosa*.) Bartels we wielu wypadkach spostrzegał bujanie komórek tkanki łącznej międzypęcherzykowej i międzyzrakikowej z następczym zanikiem mięszu i stwardnieniem (*pneumonia interstitialis chronica et induratio*), a każda z tych form doprowadzić może do suchot płucnych (*phthisis*).

**Objawy** poniżej podane dotyczą zapalenia u dzieci małych przed ukończeniem dwóch lat życia. Po przebytém już zębowaniu ulegają one częściej zapaleniu płatowemu, przebiegającemu podobnie jak u dorosłych. Zapalenie płatkowe częściej atakuje dzieci przed ukończeniem pierwszego zębowania.

Badanie fizykalne u dzieci nader jest trudne, wymaga ono wiele czasu i cierpliwości z powodu napotykanego zwykle oporu i niespokojności zwłaszcza przy niezachowaniu przepisów w tym względzie wyżej podanych, co bardzo utrudnia oznaczenie rodzaju choroby. Z plwociny, której dzieci wypluć nie umieją, żadnych téż wniosków co do zachodzącej w płucach sprawy uczynić nie jesteśmy w możności. Wynagradza się to jednakże cechującym wyglądem dziecięcia i właściwym sposobem odūychania, które jest tak wydatne i znaczące, że przy małej nawet wprawie rozpoznać można zapalenie płuc u ssawca, nawet bez bliższego zbadania piersiowej klatki



Początek zrazikowego v. nieżytego zapalenia rzadko kiedy uchwycić się daje i dokładnie oznaczyć; zwykle na dłuższy przeciąg czasu poprzedza nieżyt oskrzeli a samo zapalenie rozwija się powolnie i niepostrzeżenie. Choroba rozpoczyna się kaszlem, stopniowo wzmagającym się, przyłącza się gorączka i cały obraz właściwy téj odmianie zapalenia rozwija się dopiero po upływie kilku dni. Jednym z najwydatniejszych objawów jest znaczne przyspieszenie oddychania 60—80 razy na minutę, wydechanie ostrzejsze i trwa dłużej od wdychania, przepona i mięśnie służące do oddychania silnie pracują, a przy większem natężeniu przyjmują także udział mięśnie twarzy, skrzydła nosa podnoszą się i opadają, kąty ust wówczas zwykle otwartych przez ściągnięcie ku dołowi nadają twarzy wyraz zdradzający cierpienie, błyszczące oczy zostają nieruchomo w jeden punkt utkwione lub rzucają w około bojaźliwe spojrzenie.

Badanie fizykalne nie zawsze daje pewne wyniki. Przy nieżyto-  
towém zapaleniu odgłos nie ulega zmianie, przy płatowém występuje  
stępienie, przyczém jednakże pamiętać należy, że na tylnéj prawéj  
połowie piersiowéj klatki, podczas działania tłoczni brzusznej wysłedzić  
daje się tępość (patrz str. 21), którą mylnie za objaw do zapale-  
nia zależny możnaby poczytać Błąd ten niestety nie rzadki, zdaje  
się być powodem, że wszystkie prawie podręczniki traktujące o cho-  
robach dzieci czynią wzmiankę jakoby dolny płat prawego płuca  
przeważnie był skłonny do zapalenia krupowego. Szybki i zwykle  
pomyślny przebieg zapalenia, podawany w sprawozdaniach ze szpi-  
tali dla dzieci i ambulatoryów przemawia również o często popełnianym  
błędzie w poczytywaniu fizyologicznej tępości od wątroby zale-  
żnej na znak zapalenia płuca. Inne względy zasługujące na uwagę  
przy opukiwaniu klatki piersiowéj u dzieci zostały podane w części  
ogólnéj (str. 20).

Wysłuchiwanie (*auscultatio*) przy reżytowém zapaleniu daje  
również wątpliwe wyniki. Za pomocą tego rodzaju badania wy-  
śledzić się częstokroć dają rżżenia trzeszczące lubo brak ich bynaj-  
mniej nie wyłącza obecności choroby w mowie będącej w głębszych  
częściach płuc, a także jeżeli rżżenia trzeszczące są ciche, przygłu-  
szane zostają obfitemi rżżeniami zależnemi od stale towarzyszącego  
nieżytu. Nie usłyszymy ich również w razach gdy małe ogniska  
zapalne otoczone są grubszą warstwą zdrowego mięszsu. Występują  
one zwykle tylko na małych przestrzeniach, dla tego badania klatki  
powinno być bardzo szczegółowe nie pomijając żadnej okolicy, zwa-  
szcza na tylnéj stronie klatki, co u dziecięcia zaniepokojonego i zra-

zonego do lekarza niemałe nastęcza trudności. Zwyczajne rżenia słyszeć się zawsze dają w obydwóch płucach, a gdy i trzeszczenie im towarzyszy, stanowi bardzo ważny objaw zapalenia, wszakże jego brak nie wyklucza choroby.

Przy zapaleniu płatowém rzecz się ma zupełnie inaczej. Tu podobnie jak u dorosłych występują od początku rżenia trzeszczące i po upływie kilku dni prócz zmiany w odgłosie, szmer oddechowy przyjmuje charakter oskrzelowy, przy kaszlu i mowie towarzyszy silne współdźwięczenie głosu, później znów słyszeć się dają rżenia trzeszczące, aż nareszcie w razie powrotu do zdrowia, po 8—9 dniach wraca pęcherzykowy oddech jeżeli trwający jeszcze rozległy niezyt oskrzeli nie podtrzymuje rżeń przez pewien przeciąg czasu.

Za pomocą obmacywania (*palpatio*) ścian klatki wyczuwać się dają przy zapaleniu płatowém jedynie rżenia, drżenie (*fremitus pectoralis*), wywołane kaszlem lub krzykiem są z obydwóch stron jednokowe. Przy zapaleniu płatowém wyczuwamy wzmocnione obrzmiewanie głosu, rżeń i kaszlu w miejscach odpowiadających stępieniu; niedostaje tego objawu ile razy światło oskrzela prowadzącego do zgeszczonój części zatkaném zostaje nagromadzonym węń wypłodem chorobnym. Tego sposobu badania nie należy nigdy pomijać, ponieważ ono jedno może być z korzyścią stosowane nawet u krzyczącego dziecka.

Krzyk dzieci zapadłych na zapalenie płuc jest zawsze cichy i krótkotrwały, jest to raczej przerywany jęk lub stękanie. Kaszel częsty i uporczywy, gwałtownym jego napadom nawet u najmłodszych dzieci towarzyszy pienienie z ust, wszelako brak jest wydzieliny z głębszych części dróg oddechowych. Po każdym napadzie kaszlu dzieci zwykle bardzo żałośnie stękają, a podczas jego trwania wyraz twarzy cechuje cierpienie.

Obszerność i natężenie choroby, oraz przyłączające się wśród jój przebiegu powikłania wpływają na zmienność objawów w stanie ogólnym. Po krótszém lub dłuższém trwaniu niezytu, zwykle wieczorną porą wybucha gorączka wywołana zapaleniem zrazikowém, znika po upływie kilku godzin, znów wraca lecz coraz częściej i silniejsza, dopóki nie zmieni się na ciągłą. Wówczas skóra jest suchą i palącą oprócz pokrywającej nogi które są chłodne i trudne do ogrzania, tętno częstsze i prędkie i niekiedy dosięga szczytu częstości jaka przy dobrej wprawie zliczoną być może, to jest do 200 razy na minutę.

Przy zapaleniu płatowém gorączka najczęściej nagle wybucha podobnie jak w ostrych wysypkach i to nawet pierwój zanim wystąpią zmiany w oddychaniu, a następnego dopiero dnia uwydatniają się inne

zapalenia znaki. Niekiedy przyłączają się objawy mózgowo dość wczesnie, natężenie ich zależy raczej od drażliwości indywidualnej ośrodków nerwowych, niżeli od natężenia i obszerności zapalenia w płucach. I tak jedne dzieci w obec najgwałtowniejszego zapalenia płatowego są wolne od mózgowych objawów, natomiast inne wpadają w drgawki i rozmaitego rodzaju objawy nerwowe przy bardzo lekkim stopniu natężenia choroby. Przewód pokarmowy przyjmuje również udział w chorobie, dzieci tracą chęć do jedzenia, chciwie łakną napoju, przyłącza się częstokroć biegunka, co po niekąd ma swoją przyczynę w tém, że większa część wypadków przypada w czasie pierwszego zębowania zwykle wikłanego zaburzeniami w narządzie trawienia, jak również na jakości i ilość wypróżnień stolcowych wpływamy przez podanie wskazanych zapaleniem środków lekarskich.

Ilość moczu jest względna i zależną od ilości przyjętego napoju.

**Przebieg** zapalenia krupowego jest bardzo szybki, w 6 — 8 dni następuje poprawa lub smutne zejście u małych dzieci częściej zdarzające się. Starsze od 2 lat wytrzymują podobnie jak dorośli i ulegać mogą tym samym następstwom, o których wyżej wspomniano. Co się zaś tyczy zapalenia płatkowego czyli nieżytego, to jak wyżej wspomniano, początek choroby do pochwycenia trudny, rozwija się ono powolnie i jest poprzedzane przynajmniej na 4 — 5 dni, a nawet na całe tygodnie lub miesiące nieżytem oskrzeli. Przebieg zatem téj odmiany zapalenia nie jest typowy, w jednych wypadkach postępuje tak spiesznie i przy bardzo wydatnych objawach, tak że nawet niewprawny badacz uchwyci zmiany w płucach zachodzące, w innych zaś toczy się leniwo i niepostrzeżenie i przez najbieglejszych dyagnostyków bywa pomijane. Przy pomyślnym zwrocie choroby, rzadko kiedy przed 2 — 3 tygodniem dzieci odzyskują poprzedni stan zdrowia, niepomyślny przebieg prowadzący do smutnego zejścia wówczas spostrzegać się daje, gdy ciężkie objawy chorobne wzmagają się, duszność staje się uciążliwszą, oddechanie i tętno częstsze, nieregularne, w końcu nikną i dziecię wśród drgawek życie kończy, wszelako rzadko kiedy przed 2 — 3 tygodniem od chwili rozpoczęcia się zapalenia. Śmiertelność jest bardzo znaczna. Bo u Chut na 55 chorych dzieci przed 2-im rokiem życia utracił 33, Velleix w paryzkim domu dla podrzutków prawie wszystkie téj chorobie uległe (na 128 zmarło 127). Jako szczególny znak do niepomyślnego rokowania upoważniający, Trousseau uważa narbrzmienie żył grzbietu ręki, objaw, który tyle ma wartości że wyniszczone dzieci u których własne żyły najwięcej uwydatniają się, trudniej przebywają zapalenie płuc. U dobrze poprzednio odżywionych,

nawet przy niepemyślném zejściu choroby, objaw ten nie bywa spotykany, zatem na rokowanie nie może mieć żadnego wpływu.

**Leczenie.** Ponieważ płatkowe zapalenie płuc jest poprzedzane nieżytem błony śluzowej oskrzeli, ztąd nigdy nie należy go lekceważyć zwłaszcza u dzieci młodszych i bezzwłocznie zastosować środki podane w poprzedzającym rozdziale przy opisie leczenia nieżytu. Tu jedynie dodamy, że dzieci nim dotknięte, powinny zostawać w umiarkowanej i jednostajnej ciepłocie, a nawet w letniej porze ile razy najłżejszy jest wiatr nie należy ich wynosić z mieszkania bacząc aby szczególniej piersi ciepło i sucho były utrzymywane. Do wewnątrz przy uporczywym kaszlu właściwém będzie podać łagodny wykrztuśny lek mianowicie korzeń ipeki pod formą naparu lub ulepku, a nawet małe dawki makowca, belladony lub wody wawrzyno-śliwowej. Tym sposobem traktuje się dzieci i nad nimi czuwa dopóki nie znikną zupełnie nawet najłżejsze ślady kaszlu. Zachowanie téj ostrożności tém więcej jest uzasadnione, wspomniawszy na częstą bezskuteczność wielostronnie zachwalanych środków przeciw płatkowemu zapaleniu, mogącemu się rozwinąć z samego nieżytu w oskrzelach. Łatwość tego powikłania szczególniej uwydatnia się w okresie ząbkowania.

Przeciwno obydwóm odmianom rozwiniętego już zapalenia powszechnie zalecane jeszcze bywa miejscowe odciążenie krwi, szczególniej za pomocą pijawek, jako mniej zatrważających i bolesnych od baniek, pomimo że nowe doświadczenia Bartels'a i Ziemssen'a wykazały ich bezużyteczność, a nawet w wielu razach szkodliwe działanie skutkiem osłabienia sił, zmniejszenia energii wdychań i ułatwienia rozszerzania się zapadu płuc po odciążeniach krwi u małych dzieci częstokroć występujących. Pokuszenia niektórych autorów do upustu z żył (*veneseotio*) utrudniła sama dobroczynna natura przez zbytnią cienkość naczyń krwionośnych u dzieci, utkwionych w dość grubéj warstwie tłuszczowej tkanki, ztąd trudnych do uwydatnienia. Zwolennicy miejscowych upustów krwi stosują odpowiednią do wieku i sił dziecięcia liczbę pijawek w okolicy brodawek sutkowych, rękojeście mostka lub zdaniem Bouchut'a na wewnętrznej powierzchni udów utrzymując krwawienie po ich odpadnięciu przez godzinę. Vogel zasadzając się na 5-letniém doświadczeniu przeciwny jest wszelkiego rodzaju upustom, bez których osiąga bardzo pomyślne wyniki. Przytém miał on sposobność przekonać się, że ile razy przed wezwaniem go na wspólną lekarską naradę stosowano pijawki, przebieg zapalenia wcale nie okazał się pomyślniejszym. Większa część dzieci tym sposobem leczonych blednie, wargi i wewnętrzna powierzchnia powiek przyj-

mują wygląd jak w niedokrwistości, chwilowa zaś ulga w oddychaniu mająca po upuście następować, nie przetrwa dłużej nad kilkanaście godzin, a zważywszy, że przebieg choroby wydatnie się skraca i dzieci upustami traktowane umierają zwykle wcześniej od leczonych wyciekającą metodą, a nawet gdy choroba szczęśliwy zwrot przybierze, to nie wątpliwie wolniej do zdrowia wracają, są osłabione przez długi przeciąg czasu, blade i zacofują się w rozwoju ciała; wszelki zatem upust krwi u dzieci małych zapaleniem płuc dotkniętych nie zasługuje na poparcie. Vogel nie widząc we własnej praktyce żadnych korzyści z zastosowania pijawek, a nawet w kilkudziesięciu wypadkach przekonawszy się o niepomyślnych tego środka następstwach, jest żywym przeciwnikiem wszelkiego krwi upustu, znajdującego pomimo to dziś jeszcze swoich zwolenników.

Toż samo rzecz można o emetyku, jakkolwiek Valleix i wielu innych umiętnych lekarzy zalecają go. Liczne spostrzeżenia przekonały że niezbyt kiszkowy jest najgroźniejszym powikłaniem zapalenia płuc, należy więc unikać wszelkich środków mogących go spowodować. Do takich należy przed innemi emetyk, który właśnie w szczupłych dawkach nie spowoduje wymiotów a prawie zawsze pobudza biegunkę trudną do powstrzymania; szkodliwy jego wpływ na przewód pokarmowy o wiele spieszniej następuje niżeli jego pomyślne, a częstokroć wątpliwe działanie jako środka przeciwzapalnego i wykrztuśnego. Podobne powikłanie lubo w mniejszym stopniu sprawić może nawet korzeń ipeki, wywołana jednakże tym środkiem biegunka trwa krótszy przeciąg czasu, jest mniej groźna, ustaje dobrowolnie lub po użyciu makowca. W uciążliwej i groźnej duszności wymioty (3 j ipeki na 3 j wody) spowodują ulgę, nie należy jednakże częściej jak raz na dobę takowe pobudzać; skoro wystąpi przytém i biegunka, mała dawka nalewki makowca powstrzyma ją zdoła. Celem ułatwienia wydzielin i zmniejszenia kaszlu chętnie zalecany bywa napar korzenia ipeki (grj—3 j); wprawdzie nie działa on szkodliwie, do wymiot nie pobudzi, czy jednakże rzeczywiście celowi swojemu odpowiada, o tém stanowczo trudno sądzić, a nawet bezstronni nie spotykają uderzającego wpływu na ułatwienie kaszlu i częstość jego napadów.

Vogel następującym sposobem leczy zapalenie płuc u dzieci niżej lat dwóch wieku liczących. W silnej gorączce, przy rozpaleniu skóry i braku biegunki podaje 4—5 razy dziennie po  $\frac{1}{8}$  gr. kalomelu dopóki nie okażą się współpłynne zielone stolce, od téj chwili przestaje dalszego użycia i zastępuje osłodzonym roztworem gummy arabskiej z małą ilości nalewki makowca do uregulowania się wypróżnień stolcowych. Mocnego naparu ipeki ile możności unika, wszelako dla uniknie-

nia straty czasu w razie potrzeby poleca go przygotować już pierwszego dnia i zachowuje w chłodnym miejscu. Wymioty poleca przy silnej i uciążliwej duszności, ulga wówczas widoczna przez wydalenie znaczniejszej ilości zalegającego w oskrzelach śluzu. Miejscowo ogranicza się na okładach ciepłych, wilgotnych. W tym celu pieluchę lub większą chustkę do nosa składa 3—4-krotnie na 3—4 cale szeroko, długości jej nie skraca, zanurza w letniej wodzie, wyżyma zbytnią jej ilość aby nie ściekła na pościel i opasuje górną część klatki piersiowej pod paszki dokoła, na to nakłada drugą 2 razy szerszą opaskę z suchej ogrzanej serwety; pomiędzy obiedwie opaski umieszcza płótno z gutaperchy celem utrzymania wilgoci i ciepła spodniej opaski, a suchości zwierzchniej serwety. Skoro użyta woda nie była zimną, dziecko zostaje spokojne i po krótkim przeciągu czasu dostrzedz się zdaje zwolnienie oddychania i mniejsze unoszenie się skrzydeł nosa. Okłady stosować można 4—5 dni bez zmieniania opaski spodniej, należy tylko zwierzchnią serwetę i gutaperchę oddalać i zmoczyć kilkoma łyżeczkami wody lub przez pociągnięcie kilkakrotnie gąbką zmoczoną w wodzie. Dla uniknięcia oziębienia opaska zwierzchnia powinna ściśle do spodniej przystawać, a skoro zmoknie pomimo gutaparchowej przegrody, zastąpić ją należy suchą i ogrzaną serwetą. Jakkolwiek przy zastosowaniu tego rodzaju okładów Vogel widział bardzo często poprawę, nie zaprzecza jednakże w wielu wypadkach ich bezskuteczności, tak że prawie u połowy tym sposobem traktowanych, zapalenie smutnie się zakończyło. Zimne okłady zalecane przez niektórych autorów przerażają dzieci, pobudzają krzyk, utrudnienie i przyspieszenie oddychania, które to objawy ustają dopiero po ogrzaniu się płatów ciepłikiem ciała; dla tego słuszniej jest stosować odrazu ciepłe okłady aby uniknąć chociażby przemijającego zaniepokajania. Jednakże Bartels i Ziems sen uważają zimne okłady za najskuteczniejszy sposób leczenia zapalenia nieżyłowego płuc. Powikłania wymagają zastosowania wskazanych niemi środków.

### 3) Zmniejszenie pojemności pęcherzyków nabyte.

#### Zwarcie pęcherzyków płucnych. Zapad płuc. Atelektaza nabyta.

(*Atelectasis acquisita*).

Atelektazę wrodzoną opisano w rzędzie chorób występujących bezpośrednio po porodzie (str. 76), tu wspomnieć nam wypada o zmniejszeniu pojemności pęcherzyków lub zapadzie nabytym. Pozostaje on w ścisłym związku z krzywicą klatki piersiowej i dla tego dotyczy głównie dzieci od 6-u miesięcy do 3 lat wieku liczących.

Wysoko posunięte skrzywienia kręgosłupa, rozszerzenie worka sercowego, powiększenie serca, tętniaki i nowotwory znaczniejszych rozmiarów przyczynić się mogą przez ugniecenie do powiększenia zbitości mięszu płucnego a nawet do zmiany w mowie będącej. Najwybitniej przedstawia się ona przy obecności znaczniejszych wysięków w jamie opłucnej, wówczas skutkiem mocnego ucisku płuco zmniejsza swoją objętość i ulega zgęszczeniu w odpowiednich miejscach.

**Zmiany anatomiczne.** Nabyte zmniejszenie pojemności pęcherzyków płucnych w rozmaitym bywa stopniu: w jednych wypadkach płuca zyskują na zbitości dającej się ocenić przez stan skupienia, nagromadzenie się krwi i ściągnięcie się mięszu płucnego; w innych skutkiem silnego ucisku pęcherzyki zupełnie zapadają się i obieg krwi w naczyniach włosowatych ustaje. Ogniska tym sposobem zajęte początkowo gdy jeszcze krew zawierają z wejrzenia są podobne do tkanki mięsnej, z téj przyczyny zmięśnieniem (*carnificatio*) nazwano, po dłuższém jednakże trwaniu przyjmują barwę sino-brunatną lub szarą, tkanka płucna z czasem zanika, jój miejsce zajmuje masa twarda, łykowata, złożona z tkanki komórkowatej, włóknistej, otoczona nieco rozdętym (emphysematycznym) mięszem. Świezo powstałe ogniska niekiedy dają się wydać, jednakże próba ta nie zawsze się udaje z powodu zniknięcia pęcherzyków płucnych. Podobne ogniska u dzieci małych właściwe, u starszych i osób dorosłych zdarzają się znacznie rzadziej; powstają one w skutek chorób ogólnych lub spraw chorobnych w narządziach piersiowej klatki. Jeżeli dotyczą znaczniejszej części płuc, obieg krwi zostaje utrudniony najpierw w naczyniach włosowatych, później w grubszych gałęziach, tętnicy płucnej, prawej komórce serca i naczyniach większego krwi obiegu, ztąd zastój żylny i zasinienie (*cyanosis*).

**Przyczyny.** Atelektaza płuc rozwija się powolnie, poprzedza ją zwykle zboczenie w oddychaniu dopóki bodziec chorobny (zimne powietrze, znaczniejsze wysilenia, dłuższe pozostawienie dziecięcia w pozomóm na wznak położeniu i t. p.), nie pobudzą, nie przyczynią się do wybuchu choroby. Najczęściej atakuje dzieci ze zwężoną klatką piersiową przez krzywicę czyli ptasią klatką. Wówczas pod wpływem zmienionych stosunków w oddychaniu i kształcie ścian klatki szczególnie przy towarzyszącym niezycie występują szybko obszerne ogniska prowadzące zwykle do smutnego zejścia. Zmiany kształtu klatki piersiowej podczas krzywicy, a ztąd uciśnienie mięszu powstają następującym sposobem. Podczas wdychania gdy mięśnie oddechowe kurczą się, płuca a więc i pęcherzyki ulegają rozszerzeniu, wówczas powietrze

w nich zawarte ulega chwilowemu rozrzedzeniu, gdy zewnętrzne silniej ciśnię na klatkę piersiową. Wypadkiem działania tych sił będzie zakłesanie przestrzeni międzyżebrowych podczas wdychania, u osób szczupłych także i okolic nad i podobojczykowych. Jeżeli skutkiem krzywicy część kostna żeber jest ubogą w sole wapienne i traci na twardości, wówczas przyjmuje udział w ruchach ku wewnątrz, co w normalnym stanie wykonywają tylko mięśnie międzyżebrowe. Tak zmienione żebra tracą swój kształt wypukły na zewnątrz, prócz tego podają się za kierunkiem ruchów mięśnia przeponowego zostają wstrzymane we wzroście swojej długości. Tym sposobem powstaje zbezkształtnienie czyli skrzywienie ścian klatki piersiowej, której treść mianowicie płuca zostają uciśnięte, skoro skutkiem skrzywienia kręgosłupa i opóźnionego wzrostu także ku dołowi rozszerzyć się nie mogą.

**Objawy.** Badanie fizykalne na niepospolite napotyka trudności z powodu zbezkształtnienia, zwłaszcza przedniej ściany klatki piersiowej. Z tego powodu prawie zawsze zmuszeni jesteśmy ograniczyć się na opukiwaniu, osłuchiwaniu i obmacywaniu tylnej części klatki, gdzie prawie na całej przestrzeni słyszeć się dają rżenia z powodu zajęcia nieżytem oskrzeli prowadzących do atelektatycznych ognisk. W okolicach odpowiadających tymże wysłedzić się niekiedy dają i trzeszczące rżenia, jeżeli tylko nie są maskowane zwyczajnymi licznymi i głośnymi rżeniami. Oddech pęcherzykowy zawsze jest zaostrozony z wydechaniem tak głośnym, że od oskrzelowego mało się różni i tylko wprawny lekarz rozpoznać go zdoła. Opukiwanie daje jeszcze mniej zadawalniające wyniki, a to z powodu ograniczonej wielkości ognisk, fizyologicznie występującego stopienia ze strony prawej podczas działania tłoczni brzusznej, częstokroć towarzyszącego skrzywienia kręgosłupa, zgrubienia łopatek, tak że nieraz chodzi wielka trudność w rozstrzygnięciu od której z wymienionych przyczyn wysłedzona tępość zależy. Inne znaki fizykalne tém mniej danych dostarczyć są w możności. Oddychanie zwykle jest częstsze, płytsze, utrudnione i połączone z wysileniem a to skutkiem zmniejszenia ilości czynnych pęcherzyków płucnych, chociaż nie zajęte zastępczo w części przyjmują na siebie ich czynność.

Objawy doład wymienione nie dają żadnych cech do różniczkowego rozpoznania tego stanu od zapalenia. Jedyne tylko istnieje objaw, za pomocą którego z pierwszego rzutu oka zachodzący stan chorobny możemy ocenić, a tym jest gorączka, której niedostaje w nabytym zmniejszeniu pojemności pęcherzyków płuc. Lecz i ten ostateczny znak nie zawsze jest rozstrzygającym, mianowicie jeżeli skutkiem



zębowania lub jakiej innej choroby ostrzej występuje gorączka u dziecka dotkniętego krzywicą i nabytą atelektazą, stanowczo oznaczenie choroby zrazu nie jest możliwe; wówczas przebieg przypadkowych powikłań, sposób oddychania po ustaniu gorączki i t. p. usuwają wątpliwość. Okoliczność ta nastęrcza uwagę, że dopóki zapalenie płuc u dzieci zdradzać się nie będzie wydatnymi objawami, nie powinno być traktowane środkami przeciwwzapalnymi zwłaszcza u dotkniętych krzywicą, u których wspomniana metoda leczenia częstokroć daje niepomyślne wyniki. Nabyte zmniejszenie pojemności pęcherzyków płuc u dzieci dotkniętych krzywicą powstaje i przebiega bardzo powolnie, tak że nawet przez całe lata może się przewlekać. Ze wzmacnianiem się czyli utwardnieniem żeber i powracającym ich wzroście na długość oddechanie staje się głębszym i wolniejszym, znaczne zakłesanie 4 i 5 żebra przy wdychaniu zmniejsza się stopniowo, klatka piersiowa wypuklona ku przodowi staje się płaskszą, nareszcie praca mięśni oddechowych wraca do stanu normalnego, i ustaje wahanie skrzydłami nosa. Lecz jeżeli po upływie kilku miesięcy nie następuje stwardnienie klatki piersiowej, a tym sposobem niedokładne rozszerzenie się płuc rozprzestrzenia się coraz więcej, wówczas nie zajęte jeszcze części dłużej nie mogą przyjmować zastępczo czynności zajętych ognisk, objawy niezytu a zwłaszcza duszność coraz więcej się wzmagają, kończyły brzmieją, w końcu dziecię zamiera przez udnszenie.

**Rokowanie** zależy od natężenia i czasu trwania objawów chorobnych. Im większe są zmiany w klatce piersiowej wywołane krzywicą, tém obszernie jest zgęszczenie mięszu płuc, trudniejsze oddychanie, a życie dziecięcia większem zagrożone niebezpieczeństwem, tak że przy lekkim nawet niezycie i zubozeniu krwi zamierają skutkiem ogólnego wyniszczenia. Wszelako zdarzają się wypadki wyzdrowienia przy wysoko posuniętych zmianach krzywicowatych w klatce i wynikającej ztąd nabytej atelektazie.

**Leczenie.** Ponieważ choroba zdarza się głównie u dzieci dotkniętych krzywicą klatki piersiowej, ważniejszym przeto zadaniem lekarza będzie zastosowaniem przepisów higieniczno-dyetytycznych, szczególniej dotyczących mieszkania i żywienia. Wszystkie bowiem szkodliwe bodźce przyczyniające się do wywołania krzywicy klatki piersiowej, powodują pośrednio zmniejszenie pojemności pęcherzyków płucnych. Zmiany tą chorobą wywołane w klatce piersiowej okazują się widoczne dopiero w 6 — 9 miesiącu życia, zwłaszcza u dzieci odstawionych od piersi a żywionych sztucznie. Jaki rodzaj pokarmu usposabia do niój, stanowczo trudno oznaczyć, zależy to głównie od oso-

bnikowych warunków; przy każdój z podawanych metod żywienia dziecięcia przyłączyć się ono może, rzadko jednakże w razach gdy czynność przewodu pokarmowego utrzymuje się w prawidłowym stanie. Dla tego należy baczyć aby pożywienie było łatwo strawne i nie przyczyniało się do zaburzeń w przewodzie pokarmowym, mianowicie nieżytu lub innych ważniejszych jeszcze chorób. Powstawaniu krzywicy niewątpliwie sprzyja zamieszkanie dzieci w izbach wilgotnych, zimnych i stęchłych, ztąd początek choroby częściej datuje się od zimy niż w lecie, częściej się zdarza u ubogich niż zamożnych. Baczyć przeto należy aby dzieci umieszczane były w suchych i dobrze przewietrzanych mieszkaniach, o ile można pozostawiane na wolnym powietrzu względnie do pory roku i łagodności zewnętrznego powietrza. Wyniki leczenia zwykle bywają niepomysłne tam, gdzie dopiero wspomnianym warunkom nie można zadość uczynić. Nieżyt oskrzeli towarzyszący atelektazie nabytj utrzymuje się zwykle uporczywie, dopóki miąższ płuc nie wróci do pierwotnego stanu. Wszelkie środki stosowane przeciwko temu stanowi płuc (wykrztuśne, odurki i t. p.) pozostają bez skutku. Vogel ogranicza się na wcieraniu tłuszczu w ściany klatki piersiowej, wewnątrz podaje tran i nalewkę z jabłczanu żelaza. Dokładne o tém wskazówki podane zostaną poniżej przy leczeniu krzywicy.

#### 4) Rozedma płuc. (*Emphysema pulmonum*).

U dzieci bywa podobnie jak u dorosłych także dwojakiego rodzaju: pęcherzykowa (*E. vesicularis*) i międzyprzestworkowa (*E. interstitialis*).

Pierwsza odmiana polega na trwałém rozszerzeniu znacznej ilości pęcherzyków płucnych. Zatrzymują one całość ścian swoich, lecz objętość ich powiększa się niekiedy w dwójnasób pierwotnych rozmiarów. Spotykana bywa w pobliżu ognisk zgęszczonego miąższu skutkiem spraw zapalnych, zapadu pęcherzyków płucnych i t. p. Takie płuco po otwarciu klatki piersiowej zatrzymuje swoją objętość, nie zapada, w dotknięciu puchowate, barwy jasnej żółto-czerwonej, przy rozcinaniu zaś opada z szelestem prawie trzeszczącym. Przy dłuższém trwaniu i wzmagającym się zaniku ścian pęcherzyków przyłącza się zwykle druga odmiana tak zwana międzyprzestworkowa czyli międzyzrazikowa, polegająca na wnikięciu powietrza w tkanke łączną pomiędzy zraziki płuc, przez pęknięcie niektórych pęcherzy-

ków. Powierzchnia płuca uległego tój odmianie rozedmy przedstawia tuż pod blaszką opłucnej przeświecające pęcherzyki powietrza i prążki przesuwające się w kierunku przestworów międzypłatkowych zapuszczających się również w głąb. Rzeczony pęcherzyki powietrzne opasują niekiedy dokoła pojedyncze płatki płuca wysepkowato, a gdy podobne ogniska zlewają się z sobą, tworzą większe pęcherzyki wypełnione powietrzem i dające się przesuwac w rozmaitych kierunkach pod blaszką trzewiową opłucnej. W rzadkich nareszcie wypadkach wnikające w miąższ płucny powietrze zajmuje tkankę łączną otaczającą oskrzela, śródpiersie przednie a ztąd przesuwają się pod skórę szyi i klatki piersiowej. Podobne wypadki prawie zawsze kończą się niepomyślnie. O powstawaniu piersiowej odmiany podają mniej lub więcej trafne poglądy, to jednakże zdaje się być prawdziwem, że zgrzeszenie jednej części miąższu płuca następczo sprowadza pęcherzykowatą rozedmę niezajętych a okolicznych części, gdy odmiana między przestworkowa zdarza się u dzieci wyniszczonych, a szczególnież zmarłych skutkiem torebkowatego zapalenia kiszek (*enteritis follicularis*) i sporadycznej cholery (*cholera nostras*). Utrzymują również, że krztusiec (*tussis convulsiva*) częstokroć wikła się z rozedmą. R i l i e t, B a r t e z i V o g e l sprzeciwiają się temu przypuszczeniu, przypuszczają oni, że spotykana u dzieci rozedma płuc podczas krztusca może być od innych przyczyn zależną. Przypuszczać zatem należy, że dla wystąpienia stałego rozszerzenia się płuc potrzebne jest nie tylko mechaniczne rozszerzenie się pęcherzyków lecz również właściwe zбочenie w odżywianiu, elastyczności ich ścian, i t. p., inaczej trudnoby było wyjaśnić sobie jój rozwinięcie pomimo sprzyjających warunków mechanicznych.

Podawano również jako przyczynę wdmuchiwanie powietrza u dzieci zrodzonych w stanie pozorniej śmierci. To przypuszczenie bardzo małe ma za sobą prawdopodobieństwo, głównie ze względu, że płuca noworodków przy badaniu pośmiertnym można wydymać nawet dość silnie bez naruszenia całości samego miąższu. Są one z powodu właściwej sobie sprężystości tak rozciągliwie, że jednem silnie rozдутém płucem wypełnić można całą jamę klatki piersiowej, które to płuco po zaprzestaniu rozdymania zmniejsza znów swoją objętość bez pozostawienia chociażby śladu rozedmy. Rozwijają się ona u dzieci zwykle w krótkim przeciągu czasu, dlatego kształt klatki piersiowej nie ulega zmianie jak u dorosłych osób, u których przy przewlekłym powstawaniu, klatka rozszerza się beczkowato, a przepona obniża się. Fizykalne badania również nie dają żadnych cechujących objawów;

przyspieszenie oddechu, przytaczane w wielu podręcznikach jako objaw zależny mający od rozedmy płuc, odnieść raczej należy do innych chorób, którym takowa towarzyszy; z tego powodu o rokowaniu i leczeniu nie może być mowy jako w stanie chorobnym, prawie niemożliwym do stanowczego oznaczenia.

### 5) Obrzęk płuc. (*Oedema pulmonum*).

Choroby serca, wielkich naczyń i płuc częstokroć wikłają się z obrzękiem tych ostatnich, występującym zwykle pod koniec przebiegu tych chorób lub w czasie konania przyspieszając niepomysłne zejście. Obrzęk w ten sposób występujący pod względem patologicznym małego jest znaczenia, a zasługuje na wspomnienie z przyczyny, że chwilę pojawienia się jego uważać można za początek konania. Natomiast w innych wypadkach, mianowicie przy odrze i płonicy występuje nagle i nie zawsze prowadzi do śmierci, owszém dobrowolnie lub przez użycie odpowiednich środków rozejść się może. Nad tymto ostatnim rodzajem przesięku płynu surowiczego w mięszs płuc zastanówić się bliżej wypada.

**Zmiany anatomiczne.** Pod nazwą obrzęku płuc rozumiemy wysięknięcie płynu surowiczego w tkankę śródmiąszową, pęcherzyki płucne i najdrobniejsze rozgałęzienia oskrzeli. Lecz nie wszyscy autorowie zgadzają się w tym względzie: jedni sądzą że stekiem tegoż płynu są pęcherzyki płuc; inni tkankę łączną międzyprzewodkową za siedlisko mu oznaczają.

Po otworzeniu klatki piersiowej obrzękłe płuca nie opadają, barwa ich jest szaro-sinawa lub szaro-żółtawa, stosownie do ilości krwi zawartej w zajętych częściach płuc; puszczone na wodę pływają, przy ugniataniu mocno trzeszczą. Odpowiednia część opłucnej trzewiowej ulega również obrzmieniu, dlatego za naciśnięciem palcem pozostaje lekki dołek. Podczas rozkrawania obrzękłe płuco trzeszczy, powierzchnia rozkroju jest gładka, połyskująca, za najmniejszym naciśnięciem pokrywa się stosunkowo dość znaczną ilością drobno pianistego płynu żółtawej lub czerwonej barwy, wydobywającego się z pewnym rodzajem trzeszczącego szelestu.

Zmiana w mowie będąca zajmuje zwykle tylne części płuc u dołu na znaczniejszej przestrzeni, co posłużyć może za dowód, że przyczyna powodująca ją tkwi więc w ogólnych warunkach zależących głównie od zbroceń krwi w obiegu. Płuca nie skaleczone pozwalają

się nadać, wówczas powietrze wnika do pęcherzyków płucnych jeszcze wolnych od surowiczego przesieku. Oskrzela prowadzące do zajętych części wypełnione są śluzem, w grubszych zaś gałęziach oskrzeli znajduje się zwykle czerwony pienisty płyn, podobny do występującego na powierzchnię rozkroju nasiąkniętego płuca.

**Objawy.** Najwydatniejszym znakiem jest duszność, wzmaga się ona spiesznie, grozi uduszeniem, a nawet w kilka godzin śmiercią zakończyć się może. Dzieci starsze, jeżeli siły pozwalają, nagle siadają w łóżku aby łatwiej mogły rozszerzyć ściany klatki, młodsze pozostające w poziomym położeniu doznają gwałtownych napadów duszenia, dlatego co prędzej podnosić ich należy. Oddychanie staje się nader częste, chrapliwe, mowa cichą i niewyraźną, kaszel lekki; przyczem dzieci starsze wykrztuszają nieco pienistej zawartości z dróg oddechowych. Tętno bardzo małe, częstość jego uderzeń nie pozostaje w żadnym stosunku z częstością oddychania.

Badanie fizykalne klatki piersiowej przy obrzęku znaczniejszych przestrzeni przy opukiwaniu wykazuje mniej dźwięczny odgłos, jednakże nigdy zupełnie tępy. Ponieważ obydwaj płuca zwykle jednocześnie zostają zajęte, a tępość nie jest zupełną, z tej przyczyny opukiwanie nie daje dostatecznych wyjaśnień o wynikłych w płucach zmianach. Osłuchiowaniem więcej możemy się posługiwać. W okolicach odpowiadających obrzękowi słyszeć się dają wilgotne rżenia z odcieniem trzeszczącym, które wprawne ucho odróżni od trzeszczeń spowodowanych zapaleniem, po właściwym ich charakterze. Przygłuszone one bywają częstokroć wilgotnymi rżeniami wynikłymi przez zaleganie śluzu w oskrzelach, lecz jeżeli takowy zostanie wydalony podczas kaszlu i rżenia te chwilowo zniknąć mogą. Są one zwykle tak liczne i głośne, że przyłożona ręka do ścian klatki łatwo ich poczuje, czego nie będzie w stanie przy cichych rżeniach trzeszczących. Trudnym jest rozróżnienie obrzęku od zapalenia w razach gdy ostro występującemu obrzękowi towarzyszy silniej natężona gorączka. Duszność bywa jeszcze uciążliwszą niż przy zapaleniu, znaki fizykalne nie nastęrczają żadnych cechujących różnic, a jednym objawem, na mocy którego z pewnym prawdopodobieństwem o obecności wysięku wnosić można, jest obustronne jednocześnie rżenie trzeszczące, które przy zapaleniu płatowem zwykło z jednej pojawiać się strony z powodu, że takowe najczęściej w jednym tylko na raz płucu pojawiają się.

**Rokowanie** nie jest tak niepomysłne, jakby to z pierwszego wejścia na dzieci chore przypuszczać należało, wyjąwszy gdy punktem wyjścia obrzęku jest wada serca lub przewlekłe choroby organiczne

płuc. Dzieci po płonicy zapadają na zapalenie nerek i następny obrzęk, często dostają zatrważającej duszności, rysy twarzy zmieniają się, tak że możnaby wróżyć szybki życia koniec; jednakże poprawiają się stopniowo, ilość moczu zwiększa się, ubywa w nim białka i włóknikowych łagiewek, oddech staje się coraz lżejszym, swobodniejszym: słowem wracają w końcu do prawidłowego stanu zdrowia.

**Leczenie.** Metoda przeciwwzapalna (za pomocą chlorku 2-rtęci, leków rozwalniających, upustów krwi), stosowana przeciw zapaleniu nerek po płonicy, jako przyczynie obrzęku płuc, okazała się stanowczo szkodliwą. Wprawdzie u dzieci starszych upust krwi szybko z razu usuwa duszność, wszelako ta wraca po krótkim przeciągu czasu, a stan chorego dziecięcia niewątpliwie pogorsza się przez zubożenie krwi w czerwone krążki czyli niedokrwistość. Udaje się także zyskać zmniejszenie duszności za pomocą suchych baniek, które nawet parę razy dziennie stosowane być mogą bez szkodliwych następstw i we wszelkich osobnikowych warunkach chorego dziecka. Pielęgnowanie skóry zasługuje tu na baczną uwagę, obmywania lekkim alkalicznym płynem zasługują tu na użycie. Wydzielanie moczu najskuteczniej pobudza się przez podanie wyparowanego soku jałowcowego (*roob juniperi*) 1—2 łyżeczek dziennie w roztworze. Środek ten wcale nie pozbawia apetytu i podawany być może przez długi przeciąg czasu z miodem lub ulepkim dla chętniejszego przyjmowania. Inne środki moczopędne mniejszej są wartości w podobnych wypadkach (cebula morska, naparstnica, octan potażu i t. p.), a sprowadzić są w stanie właściwe sobie zaburzenia w dziecięcym ustroju. Przy objawach duszenia, wymioty pobudzone korzeniem ipeki i emetykiem niekiedy świadczą wielką usługę, a przynajmniej sprowadzają poprawę.

## 6) Krwotoki narzędzi oddychania.

Źródłem krwawienia z dróg oddechowych bywa błona śluzowa oskrzeli lub mięsz płucny. Wynaczynienia krwi u dorosłych stosownie do punktu wyjścia i ilości wypływającej krwi stanowią: a) krwotoki oskrzelowe (*broncho-haemorrhagiae*), najczęstszy powód krwiopłucia (*haemoptoe*), utrzymujący się zwykle dłuższy przeciąg czasu; b) właściwa apoplexia płuc czyli obfity krwotok wynikły z pęknięcia grubszych gałęzi naczyńowych, połączony z utworzeniem się jamy i rozmiżdżeniem mięszu płucnego, nareszcie w innych wypadkach krew dość obficie, nawet strumieniem ustami

i nosem odpływa, jednakże bez naruszenia całości płuca gromadząc się w oskrzelach i ta forma znana jest pod formą *c*) zawału krwotocznego (*infarctus haemorrhagicus*). Ta ostatnia odmiana zdarza się u dzieci jako powikłanie w krztuścu i chorobach płucnych prowadzących do suchot. Rzeczywiście niektóre epidemie krztuśca odznaczają się krwawieniem z ust i nosa, jednakże można wątpić czy takowe istotnie zawsze z głębszych oskrzeli pochodzi. Łagodny zwykle przebieg choroby, brak płwociny czerwono zabarwioną jaką chory po krwotoku z płuc odpluwa przez pewien przeciąg czasu, pozwalają wnosić, że krwawienie w takich razach zależy od pęknięcia naczyń w gardzieli lub krtani, wywołanego przez gwałtowne napady kaszlu.

Dzieci dotknięte organicznymi chorobami płuc i gruźlicą prowadzącymi do smutnego zejścia, rzadko ulegają krwotokom; setki ich mrze z suchot bez zabarwienia się płwociny chociażby na krótki przeciąg czasu, a jeżeli się takowa okaże, to zawsze pod koniec choroby na kilka dni przed śmiercią. Ztąd leczenie może być skierowane przeciwko temuż objawowi i zależy na uśmierzaniu kaszlu małymi dawkami środków odurzających i przeciwko innym przykrym objawom w celu błogoskonu.

## 7) Zawał krwotoczny.

(*Infarctus haemoptoicus*).

Zmiana ta w płucach najpierw przez Laennec'a opisana, przytrafia się niekiedy u ssawców zmarłych na chorobę plamistą (*purpura haemorrhagica*) lub gruźlicę i suchoty płucne; szczególnież zdarza się ona u noworodków jako powikłanie z ropnicą i wytworzeniem się przerzutowych klinowatych ognisk w płucach skutkiem zatkania naczyń krwionośnych zatorami.

**Zmiany anatomiczne.** W jednym, niekiedy obydwóch płucach napotykanne bywają ciemno-czerwone ogniska wielkości od ziarna grochu do orzecha laskowego, twardsze od reszty mięszu i wyraźnie odgraniczone od otaczającej tkanki płucnej, kruche na podobieństwo mięszu wątroby, o powierzchni rozkroju suchej i lekko ziarnistej. Zciemnienie barwy i zwiększona twardość zajętych ognisk zależy od wylewu krwi w pęcherzyki płucne, uciskającego mięsz pomiędzy niemi zawarty. Z téj także przyczyny pochodzi lekko ziarniste wejście powierzchni rozkroju, skutkiem krzepnięcia zalegającej krwi w pęcherzykach gronkowato ugrupowanych, których kształty ściśle

naśladuje. Pociągnąwszy z pewnym naciskiem grzbietem nożyka po powierzchni rozkroju, wypływa mała ilość cieczy krwisto zabarwionej, zawierającej drobnoziarniste czarniawe skrzepki krwi. Powyższe zmiany możnaby poczytać za wywołane zapaleniem włóknikowém, łatwo jednakże uniknąć błędu, pamiętając że zawały krwotoczne stanowią małe ogniska barwy ciemno-czerwonej, są wybitnie odgraniczone od otaczającego mięszu, a z ich powierzchni rozkroju po pociągnięciu nożykiem wypływa dopiero co wspomniana krupkowata ciecz gęsta. Lecz jeżeli ogniska zawału tkwią wśród ciemno-czerwonego mięszu skutkiem mechanicznego opuszczenia się krwi, jak to miewa miejsce w tylnych dolnych częściach płuc, wówczas zabarwieniem nie można się posługiwać, a zwracać należy uwagę na stan skupienia, łamliwość, brak powietrza w zajętych ogniskach, rodzaj zawartości pęcherzyków które wystarczą do prawdziwego oznaczenia zachodzącego stanu. Siedliskiem ich bywają części głębsze części, rzadziej powierzchowne płuc, w ostatnim razie przezierają przez blaskę opłucnej. Doprowadzające oskrzela zwykle są wypełnione do pewnej wysokości skrzepem krwi, ta jednakże nie sięga odlegle od ognisk zajętych zawałem krwotocznym, dlatego téż płwocina zwykle nie zawiera żadnej krwi przymieszki.

Według Rokitańskiego zawał krwotoczny zdarza się częstokroć przy czynném rozszerzeniu prawego serca, a gdy z silniejszym występuje natężeniem sprowadzać może naruszenie całości mięszu płuc; wówczas powstają większe jamy skrzepami wypełnione, przepłatane tu i owdzie strzepami klatki płucnej. Przypuszcza również możność dobrowolnego rozejścia się takich skrzepów na drodze wstecznej przemiany, wówczas treść ich rozplywa się, przyjmuje barwę łąwą podobną do winnego osadu, w części wchłania się lub zostaje przez drogi oddechowe wydaloną. W innych razach ogniska skrzepłej krwi stopniowo ściągają się i zmniejszone do pewnej objętości z czasem zostają zastąpione przez twardszą, brunatną masę lub tkankę włóknistą. Przy niepomyślném zejściu ogniska chorobne ulegają rozpadowi i przedstawiają obraz zgorzeli płuc.

**Objawy.** Zawał krwotoczny u dzieci, jak wyżej wspomiano występuje jako powikłanie wśród przebiegu choroby płamistej, chorób płucnych, gruźlicy i wad serca, pobudzając gorączkę i duszność. Umiejscowione w głębszych częściach sąsiednich wnęce płuc nie zdradzają się żadnymi fizykalnymi znakami. Powierzchnowe nader rzadko zdarzają się, a jeżeli wystąpią, wówczas różniczkowe rozpozna-



nie od zapalenia zwykle jest niemożliwe. Z tego też powodu o racjonalnym leczeniu przy braku dostatecznych objawów nie może być mowy.

## 8) Zgorzel płuc.

(*Gangraena pulmonum*).

Choroba ta w wieku dziecięcym bardzo rzadko się zdarza, mianowicie po zapaleniu traumatycznym, wniknięciu obcego ciała podczas silnego wetchnięcia powietrza do płuc, wśród złośliwych ostrych wysypek, przy zgorzeli policzka, durzycy brzusznej, ropnicy, nareszcie jako niepomyślne zejście wylewów krwawych w płuca.

**Zmiany anatomiczne.** Od czasu Laennec'a odróżniają dwa rodzaje zgorzeli płuc: ograniczoną (*g. circumscripta*) i rozlaną (*g. diffusa*).

Druga odmiana t. j. rozlana zgorzel cechuje się zajęciem większych przestrzeni niekiedy całego płatu i więcej, rozpadem tkanki płucnej na masę wiotką lub zupełnie rozplywającą się, barwy brudno-zielonej lub brudno-brunatnej, odrażliwie cuchnącą i nasięknietą posokowatym płynem pianistym. Odmiana ta nigdy nie bywa ostro odgraniczoną od zdrowego mięszu, lecz na pewnej okolicznej przestrzeni mięsz płuc nabrzmiewa. Samoistnie prawie nigdy się nie zdarza, a zwykle przyłącza się do zgorzeli ograniczonej. Ta zaś ostatnia odmiana nierównie jest częstszą, zajmuje małe ogniska, nie łatwo wielkością orzecha laskowego dochodzące i przedstawia się pod postacią dość opornego czarno-zielonawego czopka wydatnie odgraniczonego od przyległego mięszu, który to czopek po pewnym przeciągu czasu uwalnia się od przyległych ścian, zostając w swoim łożysku otoczony posoką, lub też rozpada się cały na masę gęstą posokowatą, tkwiącą w jamistości o ścianach strzępkowatych. Odmiana ta zwykła występować w warstwach zwierzchnich, rzadziej w głębszych, przeważnie w dolnych płatach, a jeżeli przyległa część blaszki opłucnej ulegnie zniszczeniu nie będąc poprzednio ściśle przyrośniętą do blaszki żebrowej, całe zgorzelowe ognisko wnika do jamy opłucnej, wywołuje posoczyste zapalenie błony surowiczej i odnę piersiową (*pneumothorax*). Ograniczona zgorzel może przejść w rozlaną, do czego nawet posiada pewne usposobienie przez to, że okoliczny mięsz

plucny otaczający ognisko zgorzelinowe zajęty jest obrzękiem na rozmaitéj przestrzeni i jeżeli dzieci przez dłuższy przeciąg czasu przenoszą tak wielkie zniszczenia, cały nawet płat zmienić się może w masę papkowatą, posoczystą. Jeżeli tętnice przesuwające się w zajętem zgorzeliną ognisku nie są wszędzie skrępelem zatkane, to powstają znaczne wynaczynienia krwi wydobywającej się po części przez oskrzela na zewnątrz, po części zaś zalegając w zgorzelinowym ognisku powiększa materiał rozpadowy. Z wyjątkiem zgorzeli z przyczyn zewnętrznych, zdaje się że nigdy nie spostrzegano uleczenia.

**Objawy** bywają rozmaite stosownie do przyczyn. Przy durzycy, raku wodnym policzka (*noma*) i złośliwej odrze, stan ogólny jest tak zły i wrażliwość na ból zmniejszona do tego stopnia, że podmiotowych objawów zupełnie brak, a z przedmiotowych tylko niektóre swoją obecność zdradzają, podczas gdy zgorzel wynikła z zewnętrznych przyczyn, poczyna się objawami zapalenia płuc. *Vogel* spostrzegł jeden tylko wypadek, gdzie 14-letni chłopiec mając zdębło trawy w ustach przy silnym śmiechu wetchnął ją do krtani. Przez kilka dni następnych miał się jeszcze dość dobrze, tak, że sądzono iż połknął trawkę, aż raptownie wystąpiły objawy zapalenia płuc ale z przebiegiem nieregularnym. Plwocina mianowicie stała się zgorzelinową, a przy gwałtownych napadach kaszlu chory wyrzucał kawałki trawki i wielką ilość zgorzelinowych strzępków zanieczyszczających powietrze w pokoju. Plwocina taka wydalana była przez kilka tygodni i znikła dopiero po kilku miesiącach. Chłopiec do najwyższego stopnia wychudły posiadał jamę w płucach, która stopniowo zmniejszała się, tak że po upływie cześciu lat prawie nie można było jój wyśledzić a chory dopiero później nabrał pierwotnego wyglądu.

W innych nie traumatycznych wypadkach zgorzeli płuc, początek jój zdradza się raptownie pogorszeniem stanu ogólnego, przyczém głównie twarz szybko się zmienia i przybiera wejrzenie znane pod nazwą „*facies Hippocratica*”, tętno staje się nadzwyczaj drobne i częste, ciepłota ciała nie jest przytém podwyższona. Jako charakterystyczne zjawisko pozostaje jednakże zawsze odrażliwa woń z ust nie dająca się objaśnić zmianami w jamie ustnej, którą *Rilliet* i *Barthez* nie uważają za bezwarunkowy objaw.

Badanie fizykalne może pozostać bez skutku jeżeli sprawa odbywa się w środku płuca, w innych wypadkach wyśledzić się daje słabe ograniczone stłumienie odgłosu, trzeszczące rżerzenia, oddech oskrzelowy i zwyczajne rżerzenia, a przy przedziurawianiu płuc obja-

wy odmy piersiowej (*pneumothorax*). Zwykle płwocina jest krwawa, kaszel męczący kurczowy. W krótkce przyłączają się poty spływające, gorączka wyniszczająca, majaczenia, poczem następuje śmierć.

**Leczenie** gdzie prawie zawsze następuje niepomysłne zejście, racjonalne leczenie jest wątpliwe. Wyleczenia dotąd otrzymane następowały przy użyciu chinu, kwasów mineralnych, octanu ołowiu, chloru i jego przetworów, nareszcie krezotolu. Stokes zaleca chlorek wapienia lub sodu. Skoda wdychanie pary terpentynowej celem stłumienia przenikliwie cuchnącej woni, bardzo przykrój tak dla chorego jak i osób otaczających.

### 9) Gruźlica płuc i zmiany przy niej zachodzące w gruczołach oskrzelowych, gruźlica gruczołów oskrzelowych.

Dawniejsze pojęcia o gruźlicy (*tuberculosis*) wedle pojęć L a e n e c'a i jego następców, szczególnie dotyczące płuc, na zasadzie nowszych dla nauki nabytków wynikłych z prac tegoczesnych badaczy ważnej uległy zmianie. Przekonano się że suchoty płucne (*phthisis pulmonum*) powszechnie za jednoznaczne z gruźlicą (*tuberculosis pulmonum*) uważane, są najczęściej wynikiem rozmaitych odmian zapaleń płuc, jakkolwiek i sprawa pierwotna gruźlica przyczyną suchot stać się może, wszakże dzieje się to w znacznie mniejszej liczbie wypadków niż poprzednio sądzono, a jak wykazały ścisłe badania anatomo-patologiczne, ze wszystkich wypadków suchot płucnych przypisywanych gruźlicy, zaledwie piąta część w istocie od tejże choroby zależy.

Zasadniczą postacią gruzełka jest zawsze guziczek wielkością ziarenka jagły dochodzący, ztąd w dzisiejszém pojmowaniu tej choroby słuszném będzie jeden rodzaj gruźlicy przyjąć mianowicie ziarnkowatą czyli jagłowatą (*tuberculosis miliaria*). Większe guzowatości gruźliczemi zwane, nie są niczém inném jak zlaniem się mniej lub więcej licznych pojedynczych guziczków, stężenia zaś i guzowatości dawniej nasiękiem gruzełkowym, gruźliczym lub nasiąkniętami gruzełkami (*infiltratio tuberculosa*) zwane, właściwie nie pochodzą od gruzełków, lecz od zupełnie innych spraw chorobowych, mianowicie przewlekłych zapaleń a głównie charakteru niezytowego, powodujących w następstwie i przy pewnych warunkach serowate przeistoczenie wyplądów z zapalenia powstałych. Przeistoczeniu zaś temu

podlegać mogą tak dobrze pierwiastki anatomiczne w skład gruźelka wchodzące jak i wypłydy zapalne.

Pozorne podobieństwo zserowaciałych wypływów zapalnych do zserowaciałych gruźelków, było powodem błędnego poczytywania jednych za drugie, i to pojęcie długi czas przetrwało w nauce.

Wprawdzie i gruźelki dość często spotykamy w płucach, lecz najczęściej okazują się one następczo i są o wiele wcześniej poprzedzane sprawami zapalnymi, których wypłydy zserowaciałe tu i owdzie rozsiane w płucach z pierwszego rzutu oka do guziczków gruźliczych są podobne i wklajają się z suchotami płucnymi. Pierwotne zaś okazanie się gruźelków jako właściwego rodzaju nowotworu w płucach wolnych od zapaleń, przytrafia się stosunkowo rzadziej, lubo ogólnie biorąc nie należy do rzadkości i tak dobrze jak zapalne sprawy w płucach stać się mogą powodem suchot płucnych a dla odróżnienia ich od zapalnego początku *suchot gruźliczych* otrzymały nazwę. Po tém co do piéro przytoczono jasnym będzie co rozumiemy pod nazwą suchot gruźliczych.

**Zmiany anatomiczne.** W płucach dzieci jak u dorosły spotykane bywają pojedyncze jagłowate rozsiane gruźelki i nagromadzone grupkami w postaci większych guziczków. Tak zwane nacieczenie gruźelkowe (*infiltratio tuberculosa*) jak już powyżej wspomniano, właściwie nie jest wynikiem gruźlicy lecz zserowacenia wypływów zapalnych przy warunkach ku temu sprzyjających, przyczém następczo i gruźelki mogą powstawać.

Gruźlica jagłowata v. ziarnkowata (*tuberculosis miliaria*) polega na wystąpieniu na błonie śluzowej oskrzeli i pęcherzyków płucnych lub w samym mięszu płuc pojedynczych guziczków wielkością dochodzących ziarnka jagły, rozsianych w pewnej okolicy płuc. Występują one samodzielnie lub jako powikłanie spraw chorobnych zapalnego charakteru, które B u h l poczytuje zawsze za chorobę pierwotną a gruźelki za następczą, wynikłą skutkiem wytworzenia się właściwej materji z wypływów zapalnych, uległych przeistoczeniu serowatemu. Materja ta nie tylko w płucach, lecz także w innych narządach pobudzać ma drogą krwiobiegu powstawanie gruźelków. Podobnie zapatruje się N i e m e y e r, lecz za roznosicieli owéj zakażającej właściwym sposobem materji, obwinia chłonicze naczynia, wszakże nie odrzuca i samodzielnego ich powstawania. Zdaniem L e b e r t a gruźelka jest wypływem wynikłym przez działanie ma-

teryi powstałej wśród wyplodów zapalnych, zwłaszcza serowatemu przeistoczeniu uległych.

Choroba ta występuje w dwojakięj postaci mianowicie jako:

a) ostra ziarkowata gruźlica (*tuberculosis miliaria acuta*) z krótkim przebiegiem i niepomyślnęm zakończeniem.

b) przewlekła ziarnkowata gruźlica (*tuberculosis miliaria chronica*) powodująca zwykle suchoty gruźlicze.

W pierwszej odmianie przebiegającej gwałtownie, rozsiewają się jednostajnie pojedyncze świeże guziczki w przekrwionym zwykle mięszu płuc a jednocześnie i w innych narządach (oponie mózgu przy podstawie, wątrobie i nerkach).

Pojedynczy gruzełek przedstawia się w postaci małego guziczka, szaręj barwy, wielkością zaledwie łebka szpilki dochodzącego i złożonego z pierwiastków anatomicznych komórkowych, jąderek i massy bezkształtnej drobnoziarnistej zajmującej w starszych gruzelkach przeważnie część środkową. Z postępem czasu przybierają one barwę żółtawą. W odmianie przewlekłej przebieg jest powolny a charakter choroby mniej złośliwy. Powstałe tu guziczki zasiewają płuca mniej lub więcję gęsto, a przez zlanie się mnóstwa pojedynczych gruzelków powstają więkzsze guzowatości, stanowiące najczęstszy obraz w tęg odmianie.

Stosownie do siedliska gruzelków zachowują się one rozmaicie. Utkwione wśród mięszu płuc lub innych narządów (mózgowiu, nerkach, wątrobie, gruczołach chłoniczych) pojedyncze gruzelki dlugi czas zostawać mogą bez zmiany, gdy nagromadzone na błonie śluzowej weześnie żółkną i ulegają rozpadowi, dając początek owrzodzeniom (*ulcera tuberculosa*), niekiedy jamkom (*cavernae tuberculosae*) co rzadko zdarza się u dzieci. Przyległy tym ostatnim mięsz płucny częstokroć ulega zapaleniu i zgęszczeniu, wszakże w innych razach pierwotnym cierpieniem jest zapalenie oskrzelowe, około oskrzelowe lub płucne a w następstwie dopiero powstają gruzelki, wśród zmienionej już tkanki za łożysko im służącęj, które podobnie jak wytworzone na śluzowej błonie ulegać mogą przemianie wstecznej.

W suchotach gruźliczych to jest w tęg odmianie suchot płucnych, w której zniszczenia mięszu płucnego spowodowane są rozpadem gruzelków i sprawami zapalnymi wtórorzędnyimi, zależnyimi od gruźlicy, według V i r c h o w'a i podzielającego tegoż zdanie N i e m e y e'r'a rozwój gruzelków, ma w ogóle za punkt wyjścia błonę śluzową oskrzeli. Według ostatniego autora (N i e m e y e'r'a) już w tchawicy i wiel-

kich oskrzelach spotykane są często w tych wypadkach kępki (*plaques*) ziarniste, powstałe z niezmiernego mnóstwa ziarnkowatych gruzelków, albo owrzodzenia które mają cechę owrzodzeń gruźliczych; oprócz tego w najdrobniejszych oskrzelach, niezależnie od znaków ropnego nieżytu pojawiają się małe guziczki białawe lub żółte. Na skrawkach szczęśliwie dokonanych przekonano się, że rozwój gruzelka wyszedłszy z oskrzela rozszerzył się na jego boczne i końcowe pęcherzyki a stosownie do kierunku w jakim skrawek popadł, gromadki gruzelków przybierają wejrzenie okrągłych lub klinowatych zlepow złożone z ziarnkowatych guziczków, czego nigdy nie spostrzegamy a przynajmniej niezmiernie rzadko w ostrój ziarnkowatej gruźlicy, w której rozwój gruzelków nie bierze początku z błony śluzowej oskrzeli lecz poczyna się w tkance łącznej samego mięszu płuc. Sprawy zapalne płuc wikłające suchoty gruźlicze są w ogóle mniej rozprzestrzenione niżeli w suchotach, które polegają wyłącznie na przewlekłym zapaleniu płuc albo w tych formach, gdzie następczo występująca gruźlica wikła dopiero w późniejszym okresie chorobne sprawy powodujące stwardnienie i zniszczenie mięszu; jest to okoliczność mogąca mieć znaczenie w rozpoznaniu suchot gruźliczych. Wyjątkowo zdarzają się i tu wypadki, w których znaczna część a nawet cały płat płuca bywa zgęszczony nasiękami zapalnymi, również rzadkiem jest aby nasięki serowate prowadziły w dalszym przebiegu do stwardnień i skurczeń mięszu. W niektórych wypadkach wśród przebiegu przewlekłej odmiany gruźlicy skutkiem rozpadu wytwarzają się jamki, zawartość z nich całkowicie lub częściowo wydalona zostaje przez oskrzele w nią wpadające, ściany ich bywają gładkie lub nierówne a częstokroć przez rozpad nowo wytworzonych kępek gruzelków powiększają swoją objętość.

Co się tyczy naczyń krwionośnych w ognisku chorobnym lub przyległych mu częściach, to takowe zwykle zostają zatkałe, ztąd i krwawienie z płuc u dzieci należy do rzadkości; obfitszych zaś krwotoków nie zdarzyło się dotąd spostrzegać. Podobnie dzieje się z przedziurawieniem mięszu płucnego do jamy opłucnej i wynikającą ztąd odmą piersiową (*pneumothorax*).

Mięsz płucny otaczający jamę zwykle ulega zgęszczeniu, częstokroć w dalszych częściach występuje obrzęk (*oedema*) szczególniej w dolnych płatach, gdy w górnych powstaje następcza rozedma (*emphysema vicarium*). W świetle oskrzeli łączących się z jamą, częstokroć mieści się jej treść żółtawa ropiasta, w innych błona ślu-

zowa obrzmiewa i naczynia uwydatniają się przez obfitsze napełnienie krwią.

Według Hass e'g o gałęzie tętnicy płucnej udające się do jam i gruźlicznych złogów zanikają w skutek zatkania, w równej mierze jednak w tych częściach płuc które utraciły główną swoją sieć naczyniową występują nowe naczynia, należące do zakresu częścią tętnic oskrzelowych, częścią międzyżebrowych i oddają swoją krew do żył oskrzelowych i do żyły nieparzystej; jest to zaburzenie w krwi obiegu, z którym może stać w związku częściowe rozszerzenie i niezwyczajne rozwinięcie żył podskórnych.

Jamy gruźlicze jak wiadomo zagajają się mogą przez zarośnięcie lub utworzenie tkanki bliznowej. Do obu tych usiłowań uleczenia potrzeba w każdym całym szeregu lat, tak że nie łatwo coś podobnego znaleźć przy sekcjach trupów dzieci. Proste zarośnięcie nie zdarza się u dzieci, natomiast obok istniejących jeszcze jam, znajdujemy zgęszczone gwiazdowate ścięgniście miejsca które należy uważać prawdopodobnie jako pozostałości małych jam.

Gruźlicze płuco dziecka odróżnia się wreszcie od takiegoż płuca dorosłego człowiekiem brakiem złogów czarnego barwnika.

Niemożemy pominąć tu wzmianki o zachowaniu się gruczołów oskrzelowych, które przy rozmaitych chorobach płuc częściej udział przyjmują u dzieci niżeli u osób dorosłych. We zwłokach dzieci zmarłych z gruźlicy i chorób zapalnych płuc, przedstawiają się one powiększonemi, nierównemi i zawierają żółte ogniska z kruchą i łamliwą masą złożoną, otoczoną warstwą rozrośniętego mięszu lub drobnych gruzelków. Zdarzają się również gromadki zlanych gruzelków, prawie nigdy pojedyncze, rozsiane. Zwykle kilka gruczołów a nawet i cały splot przeistoczonym zostaje, pojedyncze zaś mają postać żółtych guzowatości wielkości orzecha laskowego do włoskiego i niekiedy tak powiększone, że rozdwojenie tehawicy zostaje niemi objęte. Tylko zewnętrznie leżące gruczoły dosięgają znaczniejszej objętości, towarzyszące zaś oskrzelom wewnątrz płuc, wielkością nie przechodzą małego migdała lub żłobkowato obejmują gałęzie oskrzeli. Rzeczywisty miąższ gruczołu mniej lub więcej zanika, a z jego pierwiastków anatomicznych przy zupełnym zaniku nie zostaje nic więcej prócz powłoki czyli otoczki własnej, do której od wewnątrz przylega wypłód chorobny serowato przeistoczony. Masa ta zdaje się mało posiadać skłonności do rozmiękczenia; przynajmniej nader rzadko znaleźć można rozmiękłe ogniska w gruczołach, jeżeli jednak ma to miejsce,

to może się ono rozpocząć zarówno u obwodu jak i w środku gruczołu. U starszych dzieci zdarza się miejscami nawet skredowacenie.

Wpływ powiększonych i tak zmienionych gruczołów oskrzelowych na sąsiednie narządy jest dwojaki, co Rilliet i Barthez nader gruntownie rozbierają. Z badań tych autorów wynikają następujące wnioski: chorobnie zmienione i powiększone gruczoły oskrzelowe działają na sąsiednie narządy 1) przez nacisk, 2) przez ściśle z niemi zrośnięcie i następnie przedziurawienie po rozmięknienu. Co się tyczy wpływu przez nacisk, takowy może być rozmaity, względnie do anatomicznego położenia, i tak: zewnątrz płuc znajdujące się gruczoły towarzyszą tchawicy po bokach jęj aż do rozdwojenia, inne oskrzelom pomiędzy rozdwojeniem, trzecie mieszczą się na podstawie serca i wielkich naczyń, czwarte nareszcie towarzyszą przełykowi w tylném śródpiersiu. Stosownie zatem do siedliska zajętych chorobnie i powiększonych gruczołów odpowiednie występują objawy przez ucisk na sąsiednie narządy. Co się tyczy ucisku na naczynia, to takowemu podlega żyła główna górna, tętnica płucna, żyły płucne i żyła nieparzysta. Znane są w piśmiennictwie wypadki zupełnego zaniknienia wspomnianych żył; Vogel sam nie spostrzegał czegoś podobnego, ale widział raz zwężenie jednéj żyły płucnéj przy spółczesném powiększeniu i przeistoczeniu serowatém gruczołów oskrzelowych. Ucisk naczyń może wywołać krwotoki i obrzęk. I tak: Rilliet i Barthez wspominają, że ucisk na żyłę główną górną spowodował krwawienie w błonę naczyniową mózgowia i obrzęk twarzy. Ciśnienie na żyły płucne wywołać może obrzęk płuc.

Powiększone gruczoły sąsiednie tchawicy i jęj rozdwojeniu nie mogąc pokonać oporu stawianego przez ich ściany ulegają spłaszczeniu. Ważniejszym w téj okolicy jest wpływ na nerw błędny, który zostaje powiększonymi gruczołami objęty tak ściśle, że nawet przy pomocy anatomicznego nożyka trudno jest go oswobodzić, a jakkolwiek przewodnictwo nerwu z teoryi wnosząc powinno by w takich razach znacznie ucierpieć i wywołać zбочenie w czynności serca i płuc, to inaczej okazuje się w praktyce, bo czynności tych narządów rzadko zakłócone zostają. Ucisk przełyku rzadko téż miewa miejsce, spotykano tylko nieznaczne boczne jego przesunięcie bez wywołania przeszkody w przejściu pokarmów do żołądka.

Co do 2<sup>o</sup>, to jest zrośnięcia powiększonych gruczołów z oskrzelami stać się ono może powodem przedziurawienia oskrzeli. Rilliet i Barthez przypuszczają, że nawet twarde i nieulegające jeszcze rozmiękaniu przeistoczone gruczoły, mogą zniszczyć ściany oskrzeli,



przedziurawić je. Zmiana ta przez anatomo-patologów dotąd bardzo rzadko była widziana. Po wypróżnieniu treści gruczołu zawartego w płucu do oskrzela, powstała jama wiele podobieństwa posiada do jamy wytworzonej przy innej sprawie, tak że ściśle rozpoznanie może wiele nastęrczać trudności. Stale mieści się ona w pobliżu wnęki, ściany jęj wyzieraają zwykle na zewnątrz płuca razem z przylegającymi do nięj jeszcze otwartymi sąsiednimi gruczołami i ta cecha posłużyć jedynie może do rzeczywistego ocenienia rzeczoney zmiany. Rilliet i Barthez jeszcze dalej posuwają swoje wnioski sądząc, że tak zmienione gruczoły spowodować mogą przedziurawienie tętnicy płucnej i przelyku, co jeżeliby rzeczywistie mogło mieć miejsce to tylko w wyjątkowych wypadkach.

Obok gruźlicy w płucach występują częstokroć szczególnięj u starszych dzieci gruželki w oplucnej, owrzdzenia i gruželki w kiszkaeh, wątrobie, nerkach, mózgowiu, przeistoczenie mączkowate, niedokrewność, ogólna puchlina i t. p. Jama ustna częstokroć usłana bywa wysypkami pleśniawek (*soor*).

**Objawy.** Fizykalne badanie nie daje pewnych wskazówek. Opukiwanie należy dokonywać nadzwyczaj lekko gdyż przy pospieszném i silniejszém opukiwaniu lekkie stłumienie odgłosu może być niezauważane. Przy gruźlicy prosówkowej gdzie obydwia płuca zasiane są gruželkami wielkości ziarna maku lub prosa opukiwanie daje ujemne wypadki i jedynie to nadmienić wypada, że odgłos przyjmuje odcień nieco bębnowaty, o jakiejkolwiek zaś różnicy w odgłosie pomiędzy jedną i drugą połową klatki nawet nie może być mowy. Podobne wyniki daje badanie okolic powiększonych gruczołów oskrzelowych, które jako objęte płucami i grubszymi pnami naczyń uchodzą wysłedzenia ich granic chociażby tylko przybliżonego. Natomiast zmiany anatomiczne płuc jako następstwa gruźlicy i towarzyszących jęj zapaleń przy lekkim i uważném opukiwaniu dokładnie wysłedzić można; szczyty płuc nie są zwykłym jak u dorosłych siedliskiem tych zmian. Często znajdujemy więcęj ku dołowi lub z boku ograniczone stłumienie, które również odnieść należy do gruźlicy, coś podobnego prawie nigdy nie zdarza się u dorosłych. Po utworzeniu się jam i wydaleniu zawartęj w nich treści znaki fizykalne będą względne do umiejscowienia jamy i własności jęj ścian, że jednak u dzieci nie dosięgają większych rozmiarów, przeto rzadko kiedy wysłedzić się dają.

Przy osłuchiwaniu w gruźlicy prosówkowej nie znajdujemy nic cechującego.

Skutkiem nieżyty oskrzeli przyłączającego się zawsze do gruźlicy szmer pęcherzykowy zaostrza się i występują rżenia. Od chwili zgęszczenia miąższu zwłaszcza na większej przestrzeni i przy powierzchni płuc oddech staje się oskrzelowym z silnym współdzwiczaniem głosu i kaszlu i nieprawidłowe wyraźne przeniesienie tonów serca w częściach płuc odległych od serca, a na granicy zgęszczenia tu i owdzie słyszeć się dają trzeszczące rżenia lub bezpośrednio oddech oskrzelowy przechodzi w pęcherzykowy zaostrzony. Uderzenia serca u dzieci grzniczych są zwykle bardzo silne.

Objawy polegające na zmianach w czynności płuc są bardzo rozmaite. Kuchy oddechowe są prawie zawsze przyspieszone, najczęściej przy ostrej gruźlicy i prosówkowej wzmagają się do 60—80 na minutę. Przyczyna tego zdaje się pochodzić od gorączki i przeszkody w swobodnym przejściu powietrza przez drogi oddechowe. W przebiegu gruźlicy przewlekłej przyspieszenie oddychania zaledwie podpada uwadze, częstokroć niema żadnej duszności, która w wypadkach nagle powstałych i szybko rozwijających się dosięga wysokiego stopnia. W razach uciążliwej duszności przy jednoczesnym wahaniu się skrzydeł nosa prawdopodobnie nie tylko z gruźlicą lecz jednocześnie zapaleniem płuc i opłucnej mamy do czynienia. W ogóle można zauważyć, że w miarę natężenia, ostrości przebiegu i rozciągłości sprawy chorobnej w płucach oddechanie jest odpowiednio przyspieszone i utrudnione. *K a s z e l* jest stałym towarzyszem. Najwięcej zwraca on uwagi przy ostrej prosowatej gruźlicy, która jednocześnie w innych narządach a szczególnie mózgowiu stępa pobudzalność układu nerwowego do tego stopnia, że dzieci uległe objawom obrzęku mózgowia częstokroć w ciągu całych dnian raz nie zakaszają jakkolwiek wykonane na zwłokach badanie po niezadługo nastąpniej śmierci wykazują obydwa płuca zasiane prosowatemi gruczołkami i zapaleni tu i owdzie ogniskami a gruczoły oskrzelowe są serowato lub gruźliczo przeistoczone. W innych razach kaszel nie tylko jest najstalszym lecz również najwcześniejszym z objawów choroby, zupełnie nieucicha wśród całego przebiegu—jakkolwiek zdarzają się przerwy chociaż chwilowe, upoważniające złudnie do postawienia pomyślniejszego rokowania. Z początku kaszel jest suchy, krótki, często wraca, później staje się wilgotnym i przyjmuje charakter spazmatyczny. Wówczas napady mają niejaki podobieństwo do kształcowych, niedostaje tylko owego głośnego wetchnięcia w końcu napadu przy krztuścu spostrzeganego a po upływie kilku tygodni nie zjawia się obfita szklista wydzielina. Napad wywołany obecnością wydzieliny w tchawicy lub krtani ustępuje zaraz po jej

wydaleniu, dłużej trwa i bez wydzieliny skoro przyczyną jego jest drażnienie bezpośrednie tchawicy i pośrednie krtani z wyrodniałemi i powiększonymi gruczołami tchawicznymi, a ustępuje zwykle dopiero wtedy gdy wyniszczenie i upadek sił osiągnęły wysokiego stopnia.

**Plwocina** dostarczająca ważnych wskazówek u dorosłych gruźliczych, niema żadnego znaczenia dla rozpoznania u dzieci do 5 lub 6 roku życia, albowiem takowe natychmiast połykają wykrztuszone masy. Jedynie przy gwałtownych napadach udaje się niekiedy u bardzo małych nawet dzieci dopatrzeć na języku a także pomiędzy wargi wydostającą się białą drobno-pienistą wydzielinę oskrzeli, którą można uważać za nieżytową nie zaś jako charakterystyczną dla gruźlicy. Po siedmiu latach do wieku dojrzałości gruźlica i w ogóle suchoty płucne rzadko się zdarzają, jeżeli zaś wystąpią i utworzą się jamki, wówczas zebrana po wyksztuszeniu z nich treść równie jak i u dorosłych jest uboga w pęcherzyki powietrzne, mniej lub więcej zbita, postaci okrągłej lub pieniążkowato układająca się na wodzie. Krwawienia z dróg oddechowych niekiedy tylko wikłają przebieg choroby w mowie będącej.

Dzieci o tyle roztropne, że są zdolne ocenić ból wskazują zwykle jego siedlisko w okolicy mostka lub żołądka, niekiedy w okolicach bocznych. Ocenienie jego natężenia wielkiej jest wagi dla skutecznego leczenia, bo im silniejszy ból i im większa jest niespokojność dziecięca tym rokowanie niepomyślniejsze a fatalne zejście następuje szybciej. Ponieważ gruźlica zajmuje zwykle obydwa płuca, zatem sposób układania się na łóżku dziecięcia chorego nie nastęrcza żadnych wskazówek. Najchętniej leżą one na grzbiecie, a rzadko kiedy układają się i pozostają dłużej na którymkolwiek z boków. Częstokroć pomimo znacznego już wyniszczenia w skutek długiego trwania choroby, gorączki i osłabienia trudno namówić się dają do pozostawania w łóżku dopóki chodzić są w stanie. Chudnienie ciała nie jest jednostajne na wszystkich okolicach ciała, najwięcej uwydatnia się ono na klatce piersiowej. Żyły podskórne na szyi rozszerzają się niekiedy na 1 linię zwłaszcza na wysokości od 1 do 3 żebra w okolicy mostka, a to skutkiem utrudnienia krwi obiegu w płucach. W końcach palców przy wszystkich przewlekłych chorobach gdzie krążenie krwi w płucach jest utrudnione, a więc przedewszystkiem przy obszernej gruźlicy i przy wadach serca znajdujemy właściwe kolbiaste nabrzmienie przyczem paznokcie w postaci pazurów zakrzywiają się ku przodowi. W najwyższym stopniu tego obrzmienia palce stają się podobne do pałeczek od bębna. Znak

ten jest dla nas bardzo szacowny, gdyż takie zgrubienie końców palców nigdy nie bywa wrodzone i nie zdarza się nigdy u dzieci zdrowych, ale natomiast daje nam zawsze wskazówkę wysokiego stopnia zastoju w prawym sercu, który to zastój zawsze zależy od płuc. Niemeyer uważa objaw ten za następstwo zaniku tłuszczowej tkanki.

Jak to wspomniano przy opisie zmian anatomicznych gruczoły oskrzelowe znacznie powiększone powodują niekiedy obrzęk twarzy. Takowy odnieść należy do miejscowego zaburzenia w krążeniu, gdyż przy puchlinie powstającej w skutek innych przyczyn jak wiadomo najprzód brzmieją nogi, a dopiero po dłuższym czasie zjawia się obrzęknięcie górnych kończyn i twarzy. Znajdujemy zarazem znaczne rozszerzenie powierzchownych żył szyjowych i lekką siuicę na wargach i powiekach. Rilliet i Barthez za pomocą kilku badań na zwłokach dzieci zmarłych z gruźlicy doszli, że w takich wypadkach istniał rzeczywiście ucisk powiększonych gruczołów oskrzelowych na żyłę główną górną.

Gruźlica płuc przebiega albo w postaci ostrzej (*tuberculosis miliaria acuta*) jednocześnie z powstaniem gruzelków w innych narządach, mianowicie często w mózgowiu (oponach) i otrzewnej, wtedy różnorodne objawy zależne od innych narządów maskują objawy ze strony płuc pochodzące i spychają je na drugi plan, albo przebieg jest przewlekły (*tuberculosis miliaria chronica*) podobnie jak u dorosłych przy objawach suchot płucnych gruźliczych. Pierwsza forma przemija szybko i opisaną jeszcze będzie przy skażeniach, druga trwa od 2 miesięcy do 2-3 lat, nawet przyjsć może do znakomitej poprawy stanu zdrowia dziecięcia. Należy wszakże być bacznym ażeby spraw wyłącznie zapalnych przewlekłych nie poczytać za gruźlicę z łagodnym przebiegiem w której jakkolwiek zdarzają się poprawy, to jednakże pozostaje skłonność do nowych pogorszeń za błachą częstokroć przyczyną i mogących spowodować smutne zejście. Vogel widział dzieci niewątpliwie gruźliczych rodziców, które w pierwszych latach życia przedstawiały wybitne objawy rozwiniętej gruźlicy płucnej, wyraźne stłumienie odgłosu w jednej lub drugiej okolicy piersiowej klatki, oddech oskrzelowy, rżenia trzeszczące, silny i długotrwały nieżyt oskrzeli, wychudnienie, gorączkę etc., a jednak stan zdrowia poprawił się, mianowicie odżywianie się podniosło, wygląd się poprawił, gorączka i kaszel zmniejszyły się powoli, stłumienie odgłosu jednak pozostało i przy najmniejszym szkodliwym bodźcu przyłączał się zawsze dość uporczywy nieżyt oskrzeli. Niekiedy sprawa w końcu uogól-

nia się jeszcze, a wtedy suchotnicze dzieci giną przy objawach gruźlicy prosówkowej.

Co się tyczy przyczynowości i leczenia odnosimy czytelnika do działu o skażeniach (*dyscrasio*), o czém poniżej będzie.

### 10) Rak płuc i śródpiersia przedniego.

Nowotwór rakowy w ogóle stanowi u dzieci nadzwyczajną rzadkość, a raka płuc zaledwie kilka wypadków znanych jest w piśmiennictwie. Na zwłokach dzieci obok guzów rakowatych w rozmaitych narządach widziano ich także w płucach pod postacią białych lub szaroczerwonych guzów najrozmaitszej wielkości. Okazują się w głębi lub przy powierzchni płuc, dosięgnąwszy opłucnej spłaszczają się i przyjmują podobnie jak guzy rakowate w wątrobie w pośrodku pępkowate zagłębienie. Objawy towarzyszące za życia ograniczają się do nieżytku oskrzeli, utrudnienia oddechu i zwykle zostają stłumione objawami wywołanemi rakiem w innych narządach.

Rak śródpiersia przedniego częściej się zdarza Vogel spostrzegł go dwukrotnie u 5<sup>o</sup> i 6<sup>o</sup> letniego chłopca. W obydwóch wypadkach całe śródpiersie było wypełnione guzami rakowatemi, a opłucna, płuca i osierdzie było z niemi zrośnięte. Rozwój zdaje się być dosyć szybki, przynajmniej obydwaj chłopcy na kilka tygodni przedtém zaczęli doznawać objawów chorobnych ze strony narządu oddychania a jednak przy opukiwaniu zaraz dokonaniem znaleziono już znaczniejsze stłumienie pod mostkiem rozszerzające się na obydwie strony. Głównym znakiem było więc wspomniane stłumienie; które w przebiegu powiększało się niezmiernie nie tylko przez wzrost raka ale także przez zebranie się płynu w workach opłucnej. Zaburzenia czynnościowe zależą głównie od tego w jakim kierunku rak najszybciej rozrasta. Wielkie pnie żyłne musiały być uciśnięte w obu wypadkach gdyż istniało obrzmienie twarzy, górnych kończyn i rozszerzenie żył szyjnych z powodu nader wrażliwego ucisku przednich części płuc nowotworem—dzieci cierpią ustawicznie na wielką duszność (*orthopnoea*) dla tego najłatwiej oddychają wtedy gdy skrzywią grzbiet, przechylią twarz ku przodowi i w takim położeniu zostają téż najchętniej podczas snu. Tylna powierzchnia klatki daje odgłos dzwieczny bębnowy, szmer pęcherzykowy staje się głośny, zaostrzony, gdyż te części płuc zastępują czynność uciśniętych i maskowany jest częstokroć zębeniemi. Serce zostaje przesunięte ku zewnątrz i ku dołowi; w je-

dnym z pomienionych wypadków podczas skurczu słyszano szmer, pomimo że przy badaniu zwłok żadnej nie spostrzeżono wady anatomicznej w sercu lub na zastawkach, któraby mogła wytłumaczyć powstanie tego szmeru. Tętno jest bardzo przyspieszone, apetyt mierny, wychudnięcie mniej znaczne niż przy gruźlicy przewlekłej, wreszcie przyłącza się powikłanie ze strony mózgowia, śpiączka lub bredzenie, poczem takie dzieci życie szybko kończą.

Przy badaniu zwłok w jednym wypadku znaleziono rdzeniaka (*curcinoma medullare*), który rozpostarł się w całym śródpiersiu i rozciągał się na przednią część płuca prawego bez wystąpienia w tymże lub w innych narządach guzów następczych; w drugim wypadku Vogel znalazł *cistosarcoma*, który jedynie odepchnął płuca, guz ten dochodził wielkości pięści. W obydwóch towarzyszyły znaczne przesiątki do jam opłucnych i umiarkowany w jamę otrzewną.

**Leczenie** ograniczało się do kojenia przykrych objawów mianowicie uciążliwej duszności. Zalecano podawanie  $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{2}$  gr. morfiny dziennie; polepszenie mogło być tylko chwilowe.

## 11) Krztusiec, koklusz.

*Coqueluche. tussis' puerorum convulsiva, suffocativa* (Willis) *Pertussis* (Sydenham), *tussis clangosa* (Basseville), *bes convulsions* (Good), *bronchitis convulsion* (Bourdet), *affection pneumo-gastro-pituiteuse* (Tourtelte), *broncho-céphalite* (Desrules), *catarrhe convulsif* (Lænnec), *tussis spasmodica, strangulans, orthopnoea; chincongh* (w Anglii), *blauer Husten, Schaäffshusten, Esels Husten, Keuchhusten* (w Niemczech).

Występuje pod postacią zaraźliwego i nagminnie pojawiającego się niezytu błony śluzowej dróg oddechowych i cechuje się właściwym kurczowym kaszlem napadowym.

Z opisem więcej szczegółowym téj choroby spotykamy się dopiero w XVIII stuleciu.

Liczna nomenklatura świadczy o rozmaitych poglądach na tę chorobę. Uważano ją za chorobę oskrzeli, krtani, zapalenie n. błędnego, podrażnienie mózgu etc.

**Objawy.** Przebieg ksztuśca podzielić można na 3 okresy: 1) niezytowy, 2) nerwowy v. kurczowy i 3) okres schyłkowy.

Okres I. Objawy okresu nieżytowego (*st. Catarrhale, prodromum, invasionis*) stanowią objawy zwyczajnego nieżytu oskrzeli niekiedy powikłanego objawami ze strony żołądka. Prawie u każdego dziecka w początkach krztuśca spostrzegamy lekką chrypkę, łechtanie w gardle, suchy kaszel, kichanie, obfity wypływ śluzu z nosa, łzawienie i zaczerwienienie oczów. Objawy te występują razem lub pojedynczo. Jeżeli do tego przyłączy się gorączka, podwyższenie ciepłoty ciała, częste tętno, ogólne osłabienie, niechęć do zajęć lub zabawy i brak apetytu, powstaje wówczas obraz podobny do okresu wylegania się odry, przez co przy jednoczesnym panowaniu téjże i krztuśca w pewnej miejscowości zachodzić może trudność w rozpoznaniu. Kaszel zaraz z początku przybiera właściwy próżny mataliczny dźwięk, występuje wkrótce w napadach i jest zawsze zupełnie suchy jeżeli niema cierpienia płuc poprzednio istniejącego. Okres ten trwa od  $\frac{1}{2}$  do 3 tygodni i spostrzegać się daje mniej lub więcej wybitnie w każdym wypadku.

Okres II. Okres ten (*st. convulsivum s. nervosum*) cechuje się silnymi napadami powtarzającego się kaszlu, który jest tak charakterystyczny, że raz go słyseć wystarcza do zapamiętania na zawsze. Starsze dzieci zwykle odczuwają zbliżający się napad. Doznają wówczas łechtania w okolicy przedniej szyi, uczucia ciężaru na piersiach i nudności, oddychają trwożliwie i spiesznie, podnoszą się na łóżku lub chodząc biegną do krzesła lub jakiegokolwiek innej podpory celem stawienia większego oporu i sprawienia tém sobie większej ulgi podczas napadu kaszlu. Napad składa się z szeregu krótkich szybko po sobie następujących i niejednostajnych krztuszeń przerywanych usiłowaniami do wetchnięcia powietrza z pewnym rodzajem świstu, przez francuzów „*reprise*“ nazwanym. Bezpośrednio po pierwszem takim świszczącym wetchnięciu powracają kurczowe przerywane wydechowe zakaszlania pod formą dopiero opisanego kaszlu, trwające 10—15 sekund i znów świszczące wetchnięcie, i tak oba te akty zwykle powtarzają się kilkakrotnie w sposób, że cały napad od początku do powrotu prawidłowego oddychania trwa 1—15 minut. Wstrząśnienia kaszlowe przy początku napadu następują po sobie nader szybko i bez żadnego przestanku, tak że dziecko zdaje się być bliskiem uduszenia. I w samej rzeczy przez cały czas trwanie kaszlu aż do chwili świszczącego wetchnięcia („*reprise*“) powietrze wcale nie wnika do płuc o czém łatwo się przekonać przez wysłuchiwanie na tylnéj stronie klatki piersiowej. Podczas wetchnięcia zaś szpara głosowa zostaje w stanie chwilowego zwięzienia skutkiem kurczu albo bezwładu pewnych mięśni krta-

niowych; wtedy wszystkie mięśnie oddechowe szyi i brzucha zostają w pewnym napięciu, w obrębie krążenia krwi powstają zastoiny przy dławiących wstrząśnieniach kształscowych. W tętnicy płucnej zastawa się krew i powoduje rezszerzenie prawej połowy serca i całego obwodwego układu żył co uwydatnia się najwybitniej na grubych pniach żylnych szyi. Zresztą cała głowa dzieci staje się sino czerwoną i to było powodem do nadania krztuścowi nazwy „*Blauhusten*.“ Oczy są nastrzyknięte krwią i podają się nieco ku przodowi, twarz brzmieje, zrasza się zimnym potem, skurcze serca i tętno stają się słabe i nierówne, częstokroć skutkiem gwałtownych skurczeń mięśni brzusznych mocz i kał mimowolnie wydalone bywają nawet powstać może przepuklina lub wysunięcie się odbytnicy. Zastoiny żyłne często są powodem krwawień, najczęściej pojawia się ono z nosa i ust Wątpić jednakże należy jakoby krwotok pochodził z płuc jak to niektórzy sądzą, ponieważ bardzo często w następstwie nie występują żadne zmiany w płucach ani pogorszenie stanu ogólnego; po kilku minutach przy następnym napadzie kaszlu wykrztuszona płwocina śluzowata jest bezbarwną, tymczasem wiadomo że jeżeli krwotok pochodzi z płuc np. u gruźliczych, jeszcze przez kilka następnych dni płwociny są krwią zabarwione. Częstokroć pojawiają się wynaczynienia w łącznicę lub luźną tkankę łączną powiek gdzie wynaczyniona krew przechodzi wszystkie zmiany zabarwienia spostrzegane przy sińcach. B o n c h u t przytacza wypadek krwawego płaczu i podaje, że krwotoki przy krztuścu stać się mogą przez obfity wpływ groźącemi życiu. Krwawienia z uszów wspomniane we wielu podręcznikach są wprawdzie możebne przy zapaleniach uszów i owrzodzeniach, zdarzają się jednakże nader rzadko. P. Frank wspomina o interesującym wypadku, w którym podczas napadu chora 100 razy i więcej kichała. Przy drażliwości układu nerwowego dzieci mogą popaść w drgawki.

Napad zwykle kończy się wymiotami, wówczas w miejsce wydzieliny śluzowej z dróg oddechowych wydalone zostają zawartość żołądka złożona z przerobionych pokarmów i żołądkowego soku czyli papka pokarmowa. Im dłużej trwa krztusiec, im bardziej zbliża się do 3go okresu, tém obfitsze staje się wydzielenie oskrzeli tak, że wreszcie przy każdym napadzie kaszlu, w połowie przy kaszlu, w połowie przy ruchach wymiotowych wydaloną zostaje wielka ilość bezbarwnego ciągnącego się śluzu. Zbyt długo trwające napady 10—15 minut bardzo osłabiają dzieci, skarżą się one na ból w piersiach, przez pewien przeciąg czasu oddychają z obawą i częściej; nareszcie wpadają w sen. Na-



pad umiarkowanego natężenia nie zostawia im przykrego wrażenia, prawie bezpośrednio zapominają o nióm i wracają do zabaw lub jedzenia przy których kaszel ich chwyci. Zwyklemu krztuścowi nie towarzyszy gorączka, obecność jój wraz z utratą apetytu świadczy zawsze o powikłaniach.

Liczba napadów w ciągu jednej doby jest bardzo rozmaita, waha się między 4 i 60; zwykle jednak w tym przeciągu czasu nie występuje więcej nad 18—24 napadów, przyczém czas trwania napadów i przestanków także jest niestały i niejednakowy. Najsilniejsze i najczęstsze napady są wieczorne; wówczas zwykle wspólnie działają rozmaite przyczyny zewnętrzne okolicznościowe mianowicie: rozgrzanie, silniejsze wrażenia umysłowe, jedzenie i picie etc. Napady wybuchają dobrowolnie przy zupełnie spokojném zachowaniu się dziecka, lub pobudzone zostają krzykiem, wszelkiego rodzaju wrażeniami moralnemi, śmiechem, połknięciem zwłaszcza suchych przedmiotów lub drapiących w gardle kęsków, nareszcie zimném, nieczystem powietrzem etc. Jeżeli kilka na koklusz cierpiących dzieci znajduje się razem i jedno zacznie kasłać, to widok kaszlących jakby ich zarażał, tak że reszta natychmiast chórem rozpoczyna to samo.

U dzieci poprzednio zdrowych i wśród przyjaznych warunków okres nerwowy trwa 4 tygodnie, w przeciwnym razie przeciąga się do 8 i więcej tygodni. Osłabienie natężenia i zmniejszenie częstości napadów przy wzmaganiu się wydzielin oskrzeli, rokują rychłe przejście w okres trzeci.

Okres III ustępowania (*st. criticum s. decrementi*) poczyna się ze zmniejszeniem natężenia napadów kaszlu. Utraciły one swą gwałtowność, zaczynają się powolnie i przez krótszy przeciąg czasu trwają, świszczące wetchnięcie „*reprise*“ ustaje, a jakkolwiek są usiłowania do wymiot ograniczają się one do zrucania około kilku drachm śluzowatej masy zielonawej lub żółtawej pochodzącej z oskrzeli. U większej liczby chorych dzieci występują w tym okresie nocne poty niekiedy i pryszczycaca (*eczema*). Wysłuchiowaniem przekonywamy się o obecności na całej przestrzeni klatki grubych wilgotnych rzeżeń. Kaszel w tym okresie u zdrowych i dobrze odżywionych ustępuje w ciągu 2—3 tygodni zupełnie, natomiast u dzieci gruźliczych i zółzowatych trwa jeszcze całemi miesiącami. Często zdarzają się nieznaczne powroty choroby, wówczas dziecię ulega objawom przytoczonym w drugim okresie, jednakże natężenie zwykle jest słabe i wkrótce następuje polepszenie.

Powikłania są liczne, po większej części ważne i życiu grożące.

Najczęstszem bywa zapalenie zrazikowe (*Pn. lobularis*), wyjątkowo tylko płatowe (*Pn. crouposa s. lobaris*). Im dzieci młodsze, niebezpieczeństwo z tego powikłania wynikłe jest większe. Dzieci przed ukończeniem roku życia najczęściej w znak leżące, przy słabo rozwiniętych mięśniach nie mogą należycie wydalić śluzu zalegającego w oskrzelach, zapadają nader często na zapalenie płuc zrazikowe przy objawach gorączki, częstego i bolesnego oddychania z głośnym szmerem przy wydychaniu i wznoszeniu się skrzydeł nosa. Wówczas napady krztuśca tracą właściwe sobie cechy, a w miejsce ich występuje suchy lecz częsty kaszel połączony z wykrzywieniem rysów twarzy spowodowanym przez ból. Większa część takich dzieci zamiera po kilku dniach przy objawach mózgowych mianowicie: drgawkach i sinicy, i tylko u nieznacznej liczby ustępują objawy zrazikowego zapalenia płuc, poczem znów wraca poprzednio rozpoczęty krztusiec; wszakże wiedzieć należy, że istnieje zawsze wielkie niebezpieczeństwo powrotu cierpienia płucnego.

Rozedma na brzegach płuc powstaje bardzo często, niemniej rozszerzenie oskrzeli (*bronchiectasis*). U innych dzieci występują zaburzenia w przewodzie pokarmowym, wówczas język jest obłożony, brak apetytu, wypróżnienia stolcowe zgnilłej woni, ogólne niedomaganie i gorączka. Około wędzidelka języka owrządzenie w Niemczech oddawna znane, później zapomniane, a na które w ostatnich czasach Gamba rini z Medyolanu znów zwraca uwagę. Kierunek owrządzenia jest prawie zawsze poprzeczny względem osi podłużnej wędzidelka języka. Wrzód ten jest częsty u roczniaków i 2-letnich, nigdy u młodszych a bardzo rzadki u starszych. Powstawanie jego należałoby objaśniać sobie drogą mechaniczną, mianowicie przez to, że przy silnych ruchach krtani język mocno wysuwa się z ust, a wędzidelko języka zostaje obrażane ostremi dolnymi zębami siecznymi. Z tego powodu owrządzenie to nigdy nie zdarza się u dzieci niemających jeszcze ząbków, u starszych zaś rzadko z powodu przytępionego brzegu siecznych zębów, oraz, że przy kaszlu zwykle nie wysuwają tak bardzo języka z ust. Zresztą owrządzenie to nie zdarza się w znacznej liczbie wypadków mocnego koklusu i występuje także u innych dzieci przy zwykłym niezycie oskrzeli; niemniej też pojawić się może bez wszelkiego kaszlu jako wrzód aftowy, głównie w epoce ząbkowania. Wrzód ten stawia opór wszelkiemu leczeniu dopóki trwa okres kurczowy koklusu, goi się zaś dobrowolnie skoro gwałtowność kaszlu osłabnie. U innych znowu dzieci na skutek zastoju żylnego występują groźne objawy mózgowe, wszakże zdarza się to nieczęsto spotykać

Dzieci wówczas popadają w senność, chwytają się często za głowę, narzekają na silny ból głowy a koklusz sam mniej zwraca na siebie uwagi. Wreszcie przychodzi nawet do zgrzytania zębami, wymiot hydrocefalicznych, dragawek ze śpiączką naprzemian, śmierć jednak w takim stanie następuje nader rzadko, a wtedy znajdujemy przy oględzinach pośmiertnych cierpienie mózgu nie będące w bezpośrednim związku z kokluszem, mianowicie ostrą wodną puchliną mózgu lub ropne zapalenie opon mózgowych.

Z innych rzadszych powikłań wspomnieć należy o zapaleniu opłucnej, osierdza i bąblicy. *J a d e l o t* widział w kilku epidemiach występujące pęcherze bąblicy, poczem we wszystkich wypadkach następowała śmierć. Z cierpień następczych jako najczęstsze pozostają: przewlekły niezyt oskrzeli, wole, przepukliny, wypadnięcia, wodna puchlina, gruźlica i tętniaki.

Śmierć jako bezpośrednie następstwo napadu zdarza się nadzwyczaj rzadko; *V o g e l* w kilku obszernych epidemiach nie obserwował takiego wypadku. Natomiast umiera większa część dzieci zapadłych na zrazikowe zapalenie płuc, a niemowlęta poniżej roku nawet bez gorączki mogą tak wynędznąć, że nie są już w stanie odzyskać poprzednie zdrowie.

Ścisłego wyłączenia między kokluszem i innymi epidemicznymi chorobami, nie ma. Dzieci cierpiące na koklusz mogą zapadać na rozmaite choroby, jak: ostre wysypki, zimnicę, durzycę, cholereę etc., jedynie tylko przewlekłe wysypki skórne w uderzający sposób zmniejszają się podczas trwania koklusza.

Rozpoznanie choroby w mowie będącej jest bardzo łatwe. Cykliczny przebieg, właściwy kaszel z przedłużonemi głośnemi wdychaniami, wymioty na zakończenie napadu, a przedewszystkiem epidemiczne występowanie oraz często dająca się stwierdzić zaraźliwość, stanowią tak stałe objawy, że ich zbiór ułatwia pewnie rozpoznanie. Zresztą u każdego dziecka cierpiącego na koklusz, możemy natychmiast wywołać napad (co się okazuje korzystnym w celach klinicznych) nacisnąwszy palcem nasadę języka;—przez to wywołujemy ruch wymiotny, poczem stale następuje gwałtowny napad, który w razie niedokładnego opowiedzenia lub dojrzenia ze strony otaczających osób, upewni nam rozpoznanie.

**Zmiany anatomiczne.** Jeżeli dziecko poprzednio zdrowe, cierpiące na koklusz umrze wskutek przyczyn zewnętrznych lub jakiegokolwiek ostrzej choroby, to w okresie kureczowym znajdujemy drogi powietrz-

ne niekiedy nastrzyknięte i przekrwione, w ostatnim jednak okresie tchawica i oskrzela wypełnione są wydzieliną śluzową, która za życia wydalana bywa przy kaszlu w tak ogromnej ilości. W ścianach głośni zwykle nie spotykamy najmniejszej zmiany.

Gruzoły oskrzelowe są niekiedy obrzmiałe. Ponieważ już od dawna przyjmowano istnienie pewnej nerwicy przy koklszu, przeto skrzętnemu badaniu poddawano mózg, rdzeń kręgowy oraz nerwy błędne; skutek badań w większości wypadków był żaden, tak że niektórzy tylko autorowie wspominają o zaczerwienieniu nerwów błędnych, które nader prawdopodobnie należy uważać jako nasiąknięcie pośmierne, że zaś przez niektórych tylko badaczy widziane było, nie można zatem przypuszczać, że koklusz zależy od zmian w tychże nerwach. Z cierpień następczych znajdujemy najczęściej zrazikowe i płątowe zapalenie płuc, walcowate rozszerzenie oskrzeli, częściową rozedmę płuc, zapalenie opłucnej, osierdzia, opon lub gruźlicę płuc i zapalenie serowate gruczołów oskrzelowych.

**Przyczyny.** Koklusz jest zaraźliwy i przytrafia się tylko raz w życiu. Zaraźliwość pewnej choroby jest dowiedziona, jeżeli da się stwierdzić pewną liczbą wypadków, które niewątpliwie powstały w skutek zarażenia. Otóż dokazaniem to zostało w sposób dostateczny i dla tego wcale nie jest stosownym z pojedynczych wypadków gdzie nie było wcale zetknięcia z choremi kokluszowymi, chcieć wyprowadzać dobrowolne powstanie tej choroby. Nie wiemy bowiem nawet czy zarazek nie jest tak silnego natężenia, że może być przeniesiony przez trzecie osoby nakrzykład przez dorosłych, którzy sami pozostają zdrowi. Zresztą brak gorączki i długotrwałość choroby, przyczem dzieci chore częstokroć chodzą po ulicy i placach publicznych, sprzyja zetknięciu się z nimi daleko więcej aniżeli to ma miejsce przy innej zaraźliwej chorobie. Większa część lekarzy doświadczonych i obszerną praktykę mających jest tego zdania, że prawdziwy koklusz raz jeden tylko napada dzieci. Zdania małej liczby autorów którzy sądzą że spostrzegali koklusz dwa razy u tego samego dziecka, polegają prawdopodobnie na tej okoliczności, że niektóre dzieci gruźlicze dostają napadów podobnych do kokluszowych, lub że koklusz zupełnie ustępujący wzmógł się powtórnie (recydywa).

Ta możliwość zarażenia i następująca potem obojętność ustroju na zarazek, powodują: że koklusz jest prawie wyłącznie chorobą dzieci, i że rzadko tylko zapadają nań osoby dorosłe, przeważnie z wyższej

warstwy społeczeństwa, gdzie dzieci zawsze ściśle były odosabniane. Rodzice jednak i piastunki dzieci chorych na koklusz, często zapadają na lżejszy kurezowy kaszel który zdaje się zależeć od obcowania z chorem kokluszowem, gdyż osoby te często wcale nie są usposobione do kaszlu i tracą go skoro z atmosfery zaraźliwej wydalą się na pewien czas z poprzedniej miejscowości i pozostają w zdrowym powietrzu. Małe dzieci przed rozpoczęciem pierwszego ząbkowania są mniej wrażliwe na zarażenie niż dzieci kilkomiesięczne, wszakże wyjątkowo i u pierwszych zdarza się zupełny koklusz z silnym nateżeniem, który zwykle wikła się ze zrazikowym zapaleniem płuc i wtedy śmierć sprowadza. Niepodobna ściśle określić jakiej natury jest pierwiastek zaraźliwy. Jest on bardzo prawdopodobnie przywiązany do wyrzuconych mass śluzu i przy ich parowaniu rozszerza się w najbliższe otoczenie za czem przemawia ta okoliczność, że dzieci najłatwiej zarażają swoich towarzyszy w ostatnim okresie. W ostatnich czasach Letzerich opisał pewien gatunek grzybka, który ma stale znajdować się w płwocinie dzieci kokluszowych, a także przy sekcyi ma się znajdować na błonie śluzowej oskrzeli. Grzybek ten dał się chodować na kawałku bułki mlekiem napojonej, te zaś sztucznie wytworzone grzybki wprowadzone u królików do małej rany w tchawicy, miały pobudzać prawdziwe dźwięczące kokluszowe napady kaszlu. Napady następowały niekiedy w sposób tak gwałtowny, że z nozdrzy wydobywał się nadzwyczaj ciągliwy śluz. Przy sekcyi tych zwierząt, znaleziono wielką ilość tych grzybków w płucach. Od czasu kiedy Vogel dowiedział się o tych doświadczeniach, nie miał jeszcze sposobności obserwować epidemii koklusza, powiada jednak, że przy zdarzonej sposobności postara się stwierdzić te ważne doświadczenia. Wprawdzie pozostaje zagadkowym dla czego (w razie potwierdzenia się tych spostrzeżeń), przychodzi do skutku owo wspomniane zarażenie, które jak wiadomo nie ma miejsca przy innych niewątpliwie od grzybków zależących chorobach jak: pleśniawki, błonica, ostuda (*pti-tyriasis versicolor*) etc.

Okres wylegania trwa krótki przeciąg czasu, rzadko kiedy dłużej nad 3—4 dni. Płeć, konstytucya, sposób życia i pora roku nie mają widocznego wpływu na powstanie lub nierozwinięcie się kokluzu.

Tak więc od zaraźliwości zależy epidemiczne szerzenie się kokluzu; zdarza się, że w ciągu kwartału lub co najmniej półroku, cała ludność dziecięca lub przynajmniej znaczna jej część podlega zaraże-

niu. Ogniskiem szerzenia się choroby są szkoły, zakłady wychowania dzieci i szpitale dzieciinne. W tych ostatnich mianowicie koklusz panuje często całemi latami, chociaż oddawna nie pojawia się w mieście, albowiem coraz to nowe dzieci z powodu chirurgicznych lub wewnętrznych chorób przynoszone zostają do szpitala i tamże zarażają się kokluszem.

**Leczenie.** Leczenie zapobiegawcze polega głównie na wydaleniu dzieci z miejscowości nawiedzonej epidemią koklusza, albowiem odosabnianie nader trudno da się uskutecznić i nigdy nie przedstawia tych korzyści i pewności, co zmiana miejsca. Już Jenner dostrzegł, że dzieci mające niedawno zaszczepioną ospę, były ochraniane od koklusza i, że zaszczepienie krowianki dzieciom nieszczepionym chorym na koklusz, wywiera wpływ pomyślny, skracający chorobę. Ponieważ u nas na stałym lądzie, odbywa się już w pierwszych miesiącach życia dzieci, a małe dzieci rzadziej zapadają na koklusz aniżeli przeszło rok mające; przeto ilość dzieci względem których możnaby zastosować to postępowanie zapobiegawcze, będzie dosyć ograniczoną. Vogel dokonał szczepienia dopiero na dwóch dzieciach chorych na koklusz, z których jedno zapadło przed dwoma, drugie przed trzema tygodniami; w obu wypadkach przebieg był regularny, prawdziwe napady trwały u pierwszego dziecka jeszcze przez przeciąg dziesięciu dni, u drugiego przez przeciąg siedmiu dni, tak że licząc pełny czas przebiegu na sześć tygodni, okaże się że w samej rzeczy szczepienie nieco skróciło sprawę chorobną. Wewnętrzne zadawanie przetworów wilczej wiśni i zawieszanie na szyi dzieci woreczków z rozmaitemi mocno woniejącymi substancjami, jak piżmo, kamfora etc., okazały się pod względem zapobiegawczym oddawna jako zupełnie bezskuteczne.

Wyrozumowane leczenie rozwiniętej choroby rozpada się: na urządzenie stosownego sposobu życia, na leczenie pojedynczego napadu i na usiłowania skrócenia całej sprawy przy pomocy leków. Co się tyczy sposobu życia, takowe stosuje się do pory roku; w zimie i przy silnym ostrym wietrze wypuszczenie dzieci na wolne powietrze jest zawsze wątpliwe i wywołuje często zapalne powikłania, natomiast w lecie najlepiej aby dzieci cały dzień przepędzały na wolnym powietrzu. Z tego powodu w zimie gdzie dzieci całemi tygodniami muszą pozostawać w pokoju i co najwyżej w ciepłych godzinach południowych powinny na czas krótki wychodzić na powietrze; koklusz zawsze przebiega powolniej i pozostawia po sobie częścięć aniżeli w lecie choroby następce.

Co się tyczy diety, dopóki sprawa przebiega bez gorączki, żadne zmiany nie są potrzebne, unikać tylko należy suchego chleba, suchych ciastek i w ogóle wszelkich suchych nieco drapiących pokarmów, albowiem przy ich przesuwaniu się po nagłośni niewątpliwie wywołanym zostaje napad kaszlu. W razie wystąpienia powikłania z gorączką, na miejscu będzie dycta przeciwwzapalna. Pomyślny wpływ na nią wywierają potrawy mleczne i obfite picie mleka prosto od krowy, podczas gdy tak często zalecane ziółka ze ślazu, bzu, wężnicy etc. zwykle z odrazą bywają przyjmowane.

Co do tak gorąco zalecanéj zmiany powietrza, to przebywanie na wsi nie posiada wcale tak skracającego chorobę wpływu, jaki mu zwykle przypisują, niekiedy jednak pomaga w sposób zadziwiający jeżeli dzieci przewiezione zostaną na wieś w ostatnim okresie koklusu a więc w czwartym lub piątym tygodniu choroby. Wielka radość z powodu zmiany miejsca zamieszkania, odmienne pożywienie i sposób życia, usuwają pozostałości koklusu tak że niesłychać wcale kaszlu.

Jeżeli jednak wyślemy na wieś takie dzieci które dopiero co dostały koklusu, to nie dostrzeżemy żadnej zmiany ani skrócenia przebiegu; natomiast zarażają one dzieci wiejskie w całej wsi dotychczas wolne od koklusu, tak że w razie śmierci jednego lub drugiego dziecka na wsi z powodu zrazikowego zapalenia płuc, mieszkańcy wiejscy zanoszą wcale niemiłe zażalenia. W Anglii i we Francji zalecano w ostatnich czasach przebywanie w fabrykach gazu do oświetlania jako nadzwyczaj skuteczne przeciw koklusu; w saméj rzeczy niepodobna zaprzeczyć, że na niektóre dzieci wprawdzie tylko po cztero-tygodniowém trwaniu choroby ma to wpływ zbawienny, ale jest niedogodne z powodu, że tylko małej liczbie dzieci może być stosowane a zakłady te nie mogą pomieścić w sobie znacznej ich liczby z matkami i piastunkami, powtóre że robota w fabryce doznaje przeszkody, nareszcie w ostréj porze roku noszenie dzieci do tych zakładów dosyć zwykle odległych nie byłoby zbyt bezpieczne. Doświadczenia V o g-l'a co do tego postępowania, polegające na umieszczeniu dzieci w atmosferze benzyną nasyconéj przez skrapianie nią sukienek i pościeli, nie wykazały widocznego skrócenia, lub ulgi w napadach kaszlu.

Co do napadów, należy starannie unikać wszelkich przyczyn okolicznościowych, mogących przyczynić się do ich pobudzenia. Dzieci powinny iść powoli i spokojnie, nie należy im pozwalać biegać i rozgrzewać się, również o ile można, należy im oszczędzić pobudzeń mo-

ralnych. Ponieważ widok napadu dzieci kokluszowych również i u innych wywołuje podobny napad, przeto należy o ile możności odosobniać od siebie dzieci chore na koklusz.

Napad najlepiej przenoszą jeżeli przechyła główkę ku przodowi i uchwycą się rączkami jakiegokolwiek oparcia. Jeżeli główka zbyt często się przechyla na przód i ku dołowi, to należy im czoło podtrzymać dłonią. Gwałtowny i długotrwały napad daje się niekiedy skrócić, wprowadzając dzieciom palec głęboko do ust; po nastąpieniu tym sposobem wymiotach napad natychmiast słabnie i ustępuje. C h u r c h i l l radzi w początku napadu nalać na dłoń  $\frac{1}{2}$  drachmy eteru lub chloroformu i ulotniać przed twarzą dziecka, jednakże środki eteryczne w tym razie są bez skutku. Jeżeli po ukończeniu się napadu pozostanie lekki zawrót głowy i ogłuszenie, to dzieci powinny położyć się na jakiś czas, głowę zaś należy pokryć zimnym okładem.

Nie podobna wyliczać wszystkich środków lekarskich przeciw kokluszowi używanych oddawna, zwłaszcza że wyliczanie takie nie przyniosłoby korzyści, albowiem okazało się niewątpliwem, że takie środki, które w jednej epidemii wybornie działały, były bezskuteczne w innej.

Trudno pojąć dla czego ulubionem było a po części i jest jeszcze dotychczas leczenie za pomocą środków wymiotnych. Zadawano je codziennie lub przynajmniej co kilka dni przez przeciąg 1—2 tygodni, i sądzono, że przez to sprowadza się zmniejszenie liczby i złagodzenie napadów. Francuzi zadawali małym dzieciom swój ulubiony syrop ipekowy, większym wisko emetykowe. Dzisiaj metoda ta znacznie mniejszą liczbę zwolenników posiada; zresztą w chorobie gdzie do jej istoty należą i tak wymioty powtarzające się kilkakrotnie, sztuczne ich pobudzanie zdaje się być zupełnie conajmniej zbyt czernem.

Zpomiędzy leków odurzających przeważnie używano wileczj wiśni i mianowicie na tym środku najdowodniej i najczęściej przekonywano się, że działanie narkotyków w rozmaitych epidemiach nie jednakową miało doniosłość. I tak np.: J. F r a n k obserwował w jednej epidemii pomyślnie skutki, w sześciu innych zaś, żadnej ulgi nie widział. V o g e l zarzuca wileczj wiśni niejednostajność rozmaitych przetworów, dla tego należy nadzwyczaj ostrożnie powiększać dawki. Skoro wystąpi rozszerzenie źrenic i drapanie w gardle, co prawda napa-



dy łagodzą się bardzo widocznie; wszakże te objawy zatrucia same przez się już są dosyć nieprzyjemne, przestraszą osoby otaczające a u niektórych dzieci nawet przy zupełném odstawieniu lekarstwa potęgają się aż do zupełnego osłabienia wzroku, zawrotu głowy, majaczeń zasługujących nawet na wielką baczność. Dopóki jednak źrenica się nie rozszerza, V o g e l nigdy jeszcze nie mógł dopatrzeć złagodzenia w napadach. Średnia dawka wynosi  $\frac{1}{8}$  gr. korzenia wileczej wiśni w postaci proszku dwa razy na dzień. Ponieważ wiele dzieci niechętnie przyjmuje proszki, przeto zadaje się także *Extr. belladonnae* gr. ij—iv w pół uncyi wody gorzkich migdałów, z téj mieszaniny dawać należy 2—3 razy na dzień po 20 kropel. Zarzut niejednostajności w działaniu stosownie do wieku i sposobu przechowania, tyczy się wyciągu belladonny jeszcze więcej niż proszku jój korzenia. Za pomocą tego środka nie można osiągnąć skrócenia koklusu w całym jego przebiegu, złagodzenie zaś pojedynczego napadu, otrzymać się da tylko przy zatruciu, któremu towarzyszą przykre objawy wynikające z działania tego leku.

Również często zalecano m a k o w i e c. Środka tego tyczy się to samo co powiedziano o wileczej wiśni i to w wyższym jeszcze stopniu. Opium przez dłuższy czas zadawane, powoduje zaparcie stolca trudno usunąć się dające, oraz napływy krwi do mózgu. Jednakże u szczytu choroby, gdy dzieci kilka nocy bezsenne przepędziły i popadły w silne rozdrażnienie, makowiec stanowi szacowny środek. Wtedy 1—5 kropel *tinct. opii*, stosownie do wieku dziecka od 1—10 lat, wywołuje głęboki kilkogodzinny sen, poczem jednak napady z poprzednią gwałtownością napowrót występują.

Niektórzy zachwalają także: *Extr. conii*, *hyoscyami*, *lactucacae virosae*, *pulsatillae*, *nicotiannae*, oraz *aq. amygdal. amar.* które to środki przez innych znowu były zarzucone. W epidemiach koklusu V o g e l miał sposobność przekonać się często, że zadawanie narkotyku przez przeciąg kilku dni jedynie tylko szkodę przynoszą, podczas gdy u szczytu choroby, zatrucie wileczą wiśnią lub makowcem raz lub kilka także razy wywołane, wywiera pomyślne działanie na dziecici upadłe na siłach a jednak w pobudzeniu znajdujące się.

Przeciwnicy tych narkotyków wprowadzili w użycie przede wszystkim m e t a l i c z n e l e k i p r z e c i w k u r c z o w e (*anti-spasmodica metallica*). Wychwalając je, powiadają oni w sposób naiwny: że środki te mają na celu nie tyle szybkie zwyciężenie gwałtownego kaszlu, ile powolne znoszenie kurczowego jego charakteru, a wreszcie dopięro uleczenie choroby. Znaczy to innemi słowy: że

przy pomocy tych środków, koklusz nie daje się wiele zmienić w swym regularnym przebiegu. Najulubieńszym ze środków tej grupy jest: *Zincum oxydat. album* (*scr. sem.—scr. j pro die*); następnie węglan żelaza (*scr. j—scr. ij pro die*), octan ołowiu, azotan bizmutu, siarczan miedzi, wreszcie azotan srebra.

Z liczby roślinnych i zwierzęcych leków wpływ mających na nerwy dają z chęcią piżmo, stroje bobrowe, smrodzieniec (*asa foetida*), bursztynian amonii i kawę.

Środki toniczne i ściągające wywierają widoczny wpływ w ostatnim okresie koklusz; na czele ich stoi sproszkowana kora chinowa. Vogel zadaje osłabionym dzieciom w tym okresie 2—3 dawek na koniec noża dziennie samego proszku kory chinowej bez żadnego dodatku, i sądzi że dzieci przyjmują go bez odrazy, z tego powodu należałoby oddać temu przetworowi pierwszeństwo przed odwarem z chinu i zbyt gorzką chininą. Wiele pochwał oddają też garbnikowi, samemu lub po równych częściach z kwasem benzoesowym (*acid. benzoic.*) do 5 gran na dzień. Przeszkodą jest tu również nader przykry smak, a zwłaszcza też zaparcie jakie tannina powoduje.

Środkiem niewyrozumowanym lecz na doświadczeniu opartym, szczególnież zadawanym przez lekarzy angielskich jest koszenila, która na zasadzie zupełnie wiarogodnych sprawozdań, okazać miała w niektórych epidemiach nadzwyczaj pomyślne działanie. Z powodu łatwości do rozkładu najlepiej ją zadawać w proszku zmieszanej z cukrem, 2—6 gran na dzień. Doświadczenia Vogla nad koszenilą wydały w dwóch epidemiach rezultaty zupełnie przeczące, tak, że Vogel porzucił ten środek, który nawet jest dosyć drogi. Natomiast w ostatnich latach używał często leku, który dosyć był zarzucony w koklusz; mianowicie kalomelu. Zadaje on wszystkim dzieciom kokluszowym poniżej roku dziennie  $\frac{1}{8}$  gr. przez ciąg 2—3 tygodni, póki gwałtowność napadów się nie zmniejszy; od tego czasu Vogel spostrzegał daleko mniej wypadków zrazikowego zapalenia płuc, od którego zwykle ginie znaczna część małych dzieci. Przy leczeniu tym środkiem nie zjawiają się szkodliwe następstwa ani bezpośrednio, ani też późniój.

Z innych empirycznych środków wewnętrznych należy jeszcze przytoczyć siarkę, stroiczkę rozdętą (*lobelia inflata*), jemiolę (*viscum quercinum*) kwas solny a wreszcie nawet arsenik, fosfor i nalewkę much hiszpańskich. Weieranie *ungt. tartari stibiati* zarzucono obecnie jako środek nieludzki a obok tego nieskuteczny. Natomiast metoda Lachmunda zasługiwałyby na dalsze wypróbowania. Lach-

m u n d utrzymuje mianowicie, że zaszczepienie krowianki pokrywa koklusz w pewnym okresie, i wprowadza u dzieci już szczepionych sprószkowane strupy krowianki na ranę po pryszczydle, przytwierdza plastrem lepkiem i pozostawia przez kilka dni. Również i do wewnątrz L a c h m u n d próbował tego proszku; zadawał on strup zdjęty po szczepieniu z cukrem mlecznym rozarty i powtârzał tę dawkę po 4 dniach, poczem również szybko uleczenie miało nastapować.

Wreszcie wspomniéć należy o sposobie W a t s o n'a polegającym na częstych dosyć uciążliwych przyżeganiach błony śluzowej, gardzieli i krtani za pomocą roztworu saletram srebna, poczem choroba miała ustępować w 8 do 10 dni. Na stałym lądzie przyżegania te nie przyniosły wyraźnej poprawy i nie znalazły ogólnego uznania. Przy obecném uproszczeniu przyrządów do wdychania, należy bezwzględnie przełożyć wdychania rozcieńczonych środków żrących nad gwałtowne nieco stosowanie ich zapomocą gąbek. R o h n zalecał dzieciom starszym powyżej 4 lat wieku, wdychać codziennie pół uncyi rozcieńzonego roztworu saletr. srebna (*gr. sem. na unc. j*) i po 8—10 razowém wdychaniu zauważył widoczne osłabienie wszystkich objawów koklusu, tak że miał pozostać tylko prosty nieżyt oskrzeli. W i d e r h o f e r w pierwszym okresie (nieżytowym) podaje napar z korzenia ipeki (*gr. j—unc. j*) co dwie godziny łyżeczkę od kawy; w drugim (nerwowym) leki odurzające: belladone, hyoscyamus, cannabis oraz wdychanie 5—6 razy dziennie po kwadransie wodnej mieszaniny benzyny (5—6 kropli na raz); w trzecim (schyłkowym) okresie wody mineralne alkaliczne, ałun ( $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  gr.) na dawkę, octan ołowiu (*gr. j—ij* na dobę) kwas benzoesowy (*gr. j*) kwas garbnikowy (*gr.  $\frac{1}{8}$*  na dawkę) i utrzymuje dzieci w suchem powietrzu. O p p o l z e r w tym okresie ze skutkiem podawał osłodzoną wodę gazową z dodatkiem dwuwęglanu sody 5 gran na szklanke, przyczém napady mają być lżejsze, przez to, że osiadający śluz na błonie śluzowej krtani łatwiej oddziela się i ztąd napad ma trwać krócej.

Chcąc zebrać wszystkie przytoczone tu sposoby leczenia i wydać o nich własne zdanie, V o g e l powiada, że prawdopodobnie nie ma ani téż nie będzie środków takich, za pomocą których możnaby przerwać krztusiec podobnie jak nie jesteśmy w stanie przerwać ostrych wysypek, durzycy lub zapalenia płuc. Należy przeto o ile możności wyczekiwać, łagodzić gwałtowne napady za pomocą narkotyków, u małych dzieci starać się zapobiedz zrazikowemu zapaleniu płuc przez

zadawanie kalomelu, słabe dzieci wzmacniać, a zresztą starać się postawić dzieci chore w jaknajpomyślniejszych higienicznych warunkach.

## 12). **Peryodyczny kaszel nocny.**

Pod tą nazwą *V o g e l* rozumie nadzwyczaj szczególną i rzadką chorobę. Spostrzegął ją u dzieci zupełnie zdrowych, częściej jednak z dziedziczną gruźlicą; zdarzać się ma głównie u dzieci od 2—10 lat wieku. Dziecię w ciągu całego dnia ma się zupełnie dobrze i nie kaszle wcale, zasypia wieczorem spokojnie i budzi się zwykle po północy z krzykiem gwałtownym i kaszlem. Kaszel jest zwykle przeciągły i suchy, nie przychodzi w napadach, tak aby powstał brak oddechu jak przy krztuścu, ale jest dosyć silny aby dzieciom przez dwie do trzech godzin nie pozwolił zasnąć. Plwociny żadnej przy tém nie ma, a charakter kaszlu można najlepiej porównać z kaszlem dziewcząt hysterycznych, które też niekiedy cierpią na czysto kurczowe napady kaszlu. Kaszel ten zjawia się co noc i to prawie o tój samej godzinie; każdy napad kaszlu trwa też zawsze przez jednakowy przeciąg czasu dopóki dzieci opadłe z sił i szybko oddychające nie zasną znowu, aby się obudzić aż rano dopiero. Taki stan wlecze się całemi tygodniami a nawet miesiącami, napady wreszcie stają się krótsze, słabną i ustępują same przez się. Częstokroć zakończenie tój zagadkowej choroby, stanowi wyrznięcie się zęba pierwszego lub drugiego ząbkowania. *V o g e l* obserwował dopiero ośm wypadków tój choroby; jedno z dzieci było przedtém i potem zupełnie zdrowe dwoje pozostałych zaś, pochodziło gruźliczych rodziców i przedstawiało późnziej wybitne objawy postępującej gruźlicy. Chociaż kaszel w ciągu dnia zupełnie nie istnieje, ani téż żadnych rżerzeń w piersiach wysłuchać nie można, to jednak dzieci przez cały czas są smutne, grymasne i blade na twarzy. Apetyt u nich nie jest zwykły, a nogi po większej części zimne.

**Leczenie.** Zdawałoby się, że w obec wyraźnych przerw wśród jakich ta choroba przebiega, zachodzi wskazanie do podania chininy. Wszakże środek ten pomimo wzmiankowanej okoliczności okazał się mało skutecznym, albowiem kaszel po większej części powracał, chociaż zadawano większe ilości chininy (4—6 gran odrazu). Równie

niedostatecznymi są małe dawki narkotyków, morfina zadawana aż do głębokiego opojenia, sprowadza wprawdzie zatrzymanie się choroby na jedną noc, wszakże właściwe następstwo użycia większych dawek jak: ból głowy, brak apetytu i uporezywe zaparcie, są tak nieprzyjemne, że Vogel zmuszony był zawsze zaniechać powtarzanego zadawania narkotyków, zanim nastąpiło uleczenie. Bezskuteczność chininy i morfiny zdaniem Vogla przemawiają z niejaką pewnością za t $\acute{e}$ m, że przyczyną tego rodzaju kaszlu jest materyalna zmiana, której szukaćby należało w gruczołach oskrzelowych. Najlepiej ograniczyć się do leczenia dyetetycznego, wzmacniającego: dobra i pożywna dyeta, świeże powietrze i jednostajna temperatura, przy którym to postępowaniu przebieg wspomnianego obrazu chorobnego był zawsze pomyślny, choć trwał czas dłuższy.

## F. Opłucna.

### 1) Zapalenie opłucnej

(*Pleuritis*).

Dzieci mogą już jako płód w łonie matki cierpieć na zapalenie opłucnej; wtedy zamierają one przed urodzeniem lub giną w krótkim czasie po przyjściu na świat. U noworodków prócz tego zapalenia żył pępkowych jest częstym powodem wessania się posoki a ztąd i następnego zapalenia opłucnej.

Zebranie się ropy w worku opłucnej *v.* otok piersiowy (*empyema*) zdarza się w pierwszych latach dziecięcych tak rzadko, że najbardziej nawet wzięci praktycy przytaczają zaledwie pojedyncze wypadki. Natomiast bardzo często u małych dzieci które za życia cierpiały na choroby płuc, mianowicie na gruźlicę, znajdujemy w zwłokach wszechstronne zrosty zapalne blaszek opłucnej. U starszych dzieci *empyema* zdarza się nierzadko; jeżeli brak innych powikłań, ropa wsysa się dosyć szybko i niepozostają żadne szczególne zniekształcenia klatki. W ogóle zapalenie opłucnej w pierwszych latach dziecięcych stanowi chorobę nadzwyczaj rzadką; po rozpoczęciu się drugiego ząbkowania uważać ją należy jeszcze jako chorobę nie często zdarzającą się.

**Zmiany anatomiczne.** Według F. Weber'a z Kiel, któremu zawdzięczamy najwięcej wyjaśnienie tych stanów, należy odróżnić od rzeczywistego zapalenia opłucnej dzieci nieżywo urodzonych,

często obfite przesączenie surowicy krwi do worków surowicznych, a więc i do jamy opłucnej. W tém prostém trupiem (pośmiertném) przesiąknięciu nie znajdują się nigdy strzępki włóknika, również matka w czasie ciąży nie przedstawiała żadnych objawów dających się do tego odnieść. Weber przyjmuje u tych nieżywych płodów zapalenie opłucnej czysto zapalne i zapalenie zakaźne. Przy pierwszym rodzaju zapalenia u dzieci przed urodzeniem, po większej części i odpowiednie płuco znajduje się w stanie zapalenia. Zapalenie opłucnej jest jedno lub obustronne i przedstawia się w postaci grubszej lub cieńszej włóknikowej białawo przeświecającej błony, która raz trudno drugi raz łatwo oddalić się daje. Płyn surowiczny znajduje się przytém zawsze w ilości bardzo nieznacznej, żółtawy lub klarowny; płyn ten, w przeciwstawieniu do dyskrazijnego zapalenia opłucnej, nigdy nie ma woni zgniłej i nie bywa nigdy mocno krwią zabarwiony. Przy zakaźnym zapaleniu opłucnej, zawsze zajęte są obie jamy a oprócz tego zwykle osierdzie i otrzewna cierpią w podobny sposób. Wysiłek znajduje się w obfitszej ilości aniżeli w poprzedniej postaci i posiada wejrzenie brudno-mętne, zgniłą woń. Spotykamy się z tym stanem w zakładach położniczych i u szczytu epidemii gorączki pologowej. Tenże sam charakter przedstawia też ropnicowe zapalenie opłucnej występujące przy zapaleniu żył pępkowych. U większych dzieci znajdujemy częstokroć zrosty i błony pozostałe po zapaleniu opłucnej, bardzo jednak rzadko obfite płynne wysięki. Te zapalne stany występują nadzwyczaj rzadko jako pierwotne i odosobione, zwykle zaś wikłają się z chorobami płuc. Anatomiczne własności błon rzekomych, zepchnięcie organów piersiowych i przepony etc. są te same co u dorosłych.

**Objawy.** Każde zapalenie opłucnej zaczyna się *gorączka*. Dzieci stają się niespokojne, bezsenne, tracą apetyt i piją wiele. Najwyraźniejszym znakiem gorączki jest zawsze podniesienie ciepłoty skóry na całym ciele, zwłaszcza na tułowiu, podczas gdy częstota tętna mianowicie u małych dzieci zasługuje na mniejsze uwzględnienie z powodu wielkich fizyologicznych wahań takowego. U większych dzieci występuje też prawdziwy dreszcz.

U małych dzieci nie można się inaczej przekonać o obecności bólu, jak tylko wykonywając naprzemian ucisk na rozmaite miejsca klatki lub opukując ją. Ucisk lub uderzenie palcem na miejsce zajęte świeżem zapaleniem opłucnej wywoła zawsze u dzieci krzyk lub jęczenie z niepokojem. Nieco większe dzieci od 2—3 lat, zapy-

tywane o siedlisko tegoż wskazują zwykle okolice żołądka chociaż w tém miejscu sprawa zapalna nie odbywa się. Dopiero u dzieci 5—6 letnich można przywiązać niejakię znaczenie do wskazań siedliska bólu. Ból występuje zwykle równocześnie z gorączką, prawie nigdy nie trwa długo, ale po większej części okazuje wyraźne zwolnienie (remissye), i znika często w zupełności po 4—6 dniach, bez wszelkiego leczenia. Wprawdzie można powiedzieć w ogóle, że gorączka i ból idą prawie w parze z sobą, jednak zdarzają się też bardzo często wyjątki od tego prawidła. Szczególnego uwzględnienia wymaga raptowne ponowienie się bólu, który ustąpił od kilku dni, zwłaszcza gdy jest połączony z gorączką; wskazuje on, że zapalenie opłucnej nie jest proste ale powikłane. Jako najczęstsze powikłanie lub właściwą przyczynę sprawy w ten sposób się przedstawiającej, wymienić należy gruźlicę płuc. Ból ma też wielki wpływ na stopień duszności, która w początku sprawy zapalnej wzmagą się z powodu bólu daleko znaczniej aniżeli przez mechaniczną zawadę spowodowaną wysiękiem. Skoro stłumienie się wzmoże, a więc wysięk przybierze znaczniejsze rozmiary, w większej liczbie wypadków ból znika zupełnie; w jego miejsce występują dolegliwości zależne od ucisku płuc. Trudno objaśnić, dla czego pomimo znacznej obszerności zapalenia opłucnej, ból często bywa zupełnie ograniczony. Zdaniem V o g l'a, zdaje się najwięcej słuszném to, że w pewnych miejscach zapalenie przenosi się na onerwną nerwów międzybrowych i przez to wywołuje stały ograniczony ból, nader wzmagający się za uciskiem.

**Położenie** u bardzo małych dzieci, które w ogóle zawsze leżą na grzbiecie, oczywiście nie będzie miało żadnego znaczenia; większe dzieci w początku zapalenia opłucnej dopóki ból trwa, układają się zwykle na boku, jednak nie zawsze na tym który odpowiada siedlisku zapalenia, ale niekiedy także na boku przeciwnym, stosownie do tego czy ból znaczniej powiększa się przez ucisk czy przez ruchy oddechowe. W pierwszym razie dzieci chętniej leżą na boku zdrowym, w drugim zaś na chorym, albowiem w tém ostatniem położeniu ruchy oddechowe stają się mniej rozległemi na drodze czysto mechanicznej bez szczególnego wysilenia ze strony chorego.

Rodzaj i liczba r u c h ó w o d d e c h o w y c h bywają rozmaite stosownie do gorączki i bólu. Im oba te objawy są większego natężenia, tém szybciej i powierzchownej dzieci oddychają. Na tomiast przy zatrzymaniu się ostrzej sprawy zapalnej, płynny wysięk rzadko jest tak obfity aby przezeń oddychanie było przez dłuższy czas przyspieszone. Postać przyspieszonego oddechu jest wydecho-

wa, t. j. akcent leży na szmerze wydechowym. Niema tu właściwego braku powietrza, ale oddechy są tylko częstsze i powierzchowne, dla uniknięcia głębszych i znacznie boleśniejszych. Z tego samego powodu i skrzydła nosowe mniej wyraźnie się poruszają aniżeli przy cierpieniu miąższu płucnego, np. przy zapaleniu płuc lub rozwiniętej gruźlicy płucnej. Przy oglądaniu nie możemy rozpoznać z której strony jest siedlisko zapalenia opłucnej dopóki nie wydzieli się obfityy płynny wysięk. Skoro jednak ten ostatni się utworzył, wówczas przestrzenie międzyżebrowe zacierają się, wypuklają się na zewnątrz, nie widać zaś ruchów wszystkich tych żeber, które są oddzielone płynnym wysiękiem od odpowiednich sobie części płuc. Wtenczas również i wymierzanie obu połów klatki wykazuje większą objętość chorój połowy. U dzieci chudych przy wysięku w prawej jamie opłucnej wątroba zostaje obniżoną, gdy przy obecności jego w lewej jamie następuje zepchnięcie serca na prawo ku wyrostkowi mieczykowatemu.

Przyłożone ręce stroną dłoniową do ścian klatki odbrzmiewają. cych podczas wydania głosu przez chorego, łatwo i dokładnie oznaczyć dają wysięk z jamy opłucnej, co u dzieci ma tém większe znaczenie, że tę metodę leczenia (obmacywanie), można zastosować nawet na niespokojnych krzyczących dzieciach. Jeżeli na przestrzeni odpowiadającej obecności wysięku nie wyczujemy albo wcale albo słabe tylko drżenie głosu, w pozostałych miejscach klatki drżenie jest silniejsze. Szmer tarcia zdarza się u dzieci w początkach zapalenia opłucnej nadzwyczaj rzadko, nieco częściej daje się on wysłuchać przy otoku (*empyema*) ulegającym wessaniu, a mianowicie zwykle w przejściu stłumionego odgłosu perkussyjnego do jasnego. Można wprawdzie wyczuć szmer tarcia przez samo macanie, jednakże należy mieć się na ostrożności aby rżenia dające podobne wrażenie nie poczytać za szmer tarcia. U spokojnych i roztropnych dzieci obmacywanie może być uzupełnione wysłuchiwaniami. W początku zapalenia opłucnej słyszymy szmer tarcia albo prawidłowy oddech pęcherzykowy, oczywiście jeżeli płuco było poprzednio zdrowe. Skoro warstwa płynnego wysięku oddziela płuco od żeber, w większej liczbie wypadków nie słychać przy wysłuchiwanii, niekiedy jednak nad spodziewanie i z niewyjaśnionych przyczyn fizykalnych słyszymy wyraźnie oddech oskrzelowy, który jednak trwa tylko przez kilka dni i znika potem zupełnie. Jeżeli jednak wysięk staje się tak obfitym, że płuco po stronie chorój będzie wypełnione, uciśnięte i jako zbita bryła zepchnięte ku tyłowi, to na tylnój stronie klatki w miejscu gdzie przylega płuco



pozbawione powietrza, nie słyszymy oddechu ostrego tak zwanego dziecięcego (*resp. puerilis*) ale czysto oskrzelowy, często występują rżenia lub też słyszymy prawidłowy oddech pęcherzykowy.

**Opukiwanie** dostarcza dodatnich znaków tylko przy większych wysiękach, zbite cienkie pozapalne błony a jeszcze więcej zwyczajne wiotkie zrosty nie powodują żadnej lub tylko małą zmianę w odgłosie perkusyjnym. Skoro jednak zebrał się płynny wysięk, to otrzymamy daleko wyraźniejsze stłumienie aniżeli przy zgęszczeniach miąższu płucnego; otrzymujemy tu t. z. odgłos próżny *v. tępy*. Na granicy stłumienia podczas opukiwania słyszeć się daje stale benbenkowy przydzźwięk, który rozszerza się na pewnej przestrzeni i w odgłosie jaśnym po za granicą wysięku. Jest to wynik zmiany sprężystości miąższu płuca. Skoro w jednym worku oplucnej zebrała się większa ilość ropiastego płynu i takowy później ulega wessaniu, stan który znajdujemy prawie tylko u kilkoletnich dzieci to powstaje i u nich zniekształtnienie klatki etc. podobnie jak u dorosłych. Po stronie chorój bark jest obniżony, pośladek nieco wyżej, cała połowa klatki jest spłaszczona i wciągnięta, najbardziej między 5-m i 8-m żebrem, kręgosłup zaś ulega bocznemu skrzywieniu, którego wklęsłość skierowaną jest ku stronie chorój, wypukłość zaś ku zdrowej, przez to następuje zrównoważające skrzywienie w okolicy kręgów lędźwiowych. Przy zdrowieniu i powrocie do sił, skrzywienia te wyrównują się po kilku latach prawie zupełnie, czemu nadzwyczaj sprzyja odpowiednia gimnastyka.

Dobrowolne otworenie się otoku ropnego na zewnątrz zdarza się u dzieci częściej niż u dorosłych wśród gorączki i kłujących kolek, w jakimkolwiek miejscu klatki najczęściej od przodu poniżej brodawki sutkowej powstaje różowate zaczerwienienie, odpowiedni odstęp międzyżebrowy wypukła się coraz bardziej, chełbotanie staje się coraz wyraźniejszym, wreszcie powstaje ograniczony jajkowaty guz, który się dobrowolnie otwiera lub może być bez obawy przekłuty za pomocą lancetu. Z początku wydała się mnóstwo ropy, otwór jednak ropnia wkrótce się ściąga i zamienia się w ukośny, po większej części kątowaty przewód przetokowy, który, zamyka się często, po pewnym jednak czasie ulega znów zapaleniu i otwiera się. Stosownie do stanu i zdolności rozszerzenia się odpowiedniego płuca, taki przewód przetokowy pozostaje otwartym całemi miesiącami, a nawet latami, aż wreszcie zamyka się gwiazdowato wciągnięta, głęboko brózdowaną blizną.

Pruchnienie żeber, pomimo długiego trwania przetoki, prawie nigdy niema miejsca.

**Powikłania.** Zapalenia opłucnej są nadzwyczaj różnorodne. Najprzód wymienić należy rozmaite ogólne choroby, w których przebiegu zapalenie opłucnej wywiązać się może. I tak zdarza się ono w przebiegu płonicy, odry, ospy, durzycy, ropnicy i skorbutu. Częstość tych powikłań bywa rozmaita stosownie do pojedynczych epidemii. Najniepomyślniejszem i najniebezpieczniejszem jest zapalenie opłucnej gdy się rozwine w początku ogólnych chorób, podczas gdy zapalenie powsatjące w czasie zdrowienia (rekonwalescency) stosunkowo często przybiera przebieg pomyślny. Zapalenie opłucnej w skutku ropnicy i skorbutu, rozumie się bez wyjątku jest śmiertelne.

Bardzo często zapalenie opłucnej jest cierpieniem następczém przy gruźlicy i zapaleniu płuc. W ogóle niema obwodowego cierpienia mięszu płuc, przyczemby blaszka trzewiowa opłucnej nie brała udziału. Chociaż zwykła postać są to proste zrosty lub co najwięcej wązkie błony rzekome, to jednak zwłaszcza u dzieci starszych wcale nie rzadko zdarzają się większe płynne wysięki mogące podlegać rozmaitemu losowi. Cała opłucna otaczająca wysięk zamienia się na ziarnistą błonę usianą gruźelkami, wówczas wessania pozostałego otorbionego wysięku nigdy chyba jeszcze nie spostrzegano. Przedziurawienie gruźliczego płuca do worka opłucnej, a w skutku tego odmy ropnej piersiowej (*pyopneumothorax*) przy więciej ostrym przebiegu gruźlicy u dzieci, prawie nigdy nie zdarza się.

**Przebieg i zejścia** bywają rozmaite. Ostre pierwotne zapalenie opłucnej, które niekiedy napada przedtém zdrowe starsze dzieci, nie stanowi niebezpiecznej choroby, pomimo obfitości wysięku wypełniającego cały worek opłucnej aż do szczytu płuca. Po 1—2 miesiącach rozpoczyna się wessanie i kończy się w  $\frac{1}{4}$  roku jeżeli dziecko jest zresztą zdrowe. Nawet zniekształtnienie pozostające po wessanej odmie piersiowej (*empyema*) może się po latach prawie zatrzcć. Nierównie niebezpieczniejsze jest ostre następcze zapalenie opłucnej, jakie obserwujemy niekiedy w przebiegu ostrych wysypek, durzycy i gruźlicy; wprost śmiertelne jest ropnicowe zapalenie opłucnej u noworodków, jak niemniej nader wprawdzie rzadki *pyopneumothorax* po pęknięciu jamy płuca do opłucnej.

Przewlekłe zapalenie opłucnej towarzyszące każdemu cierpieniu płuc, cienkie błony rzekome lub proste zrosty, prawie nie ulegają wessaniu albo przynajmniej nader powolnemu. Zmiany w płucach występują tu do tego stopnia na pierwszy plan, że objawy ze strony zapalenia opłucnej prawie nigdy nie bywają uwzględniane. Otorbione otoki piersiowe, które u dorosłych mogą trwać przez ciąg 10—20 lat, nie zdarzają się u dzieci, bowiem wessanie odpowiednio szybszemu ich rozwojowi, również zwykło odbywać się szybciej.

**Leczenie.** Co do leczenia następczego ropniczego zapalenia opłucnej u noworodków niema co wiele mówić, choroba ta nawet przy zachowaniu wszelkich przepisów śmiercią się kończy. Przy pierwotnem zapaleniu opłucnej u starszych dzieci z szybszém wytworzeniem się wysięku, należy w początku działać umiarkowanie przeciw zapalnię. Niema środka, któryby w każdój dowolnej chwili zatrzymał powiększanie się ilości płynnego wysięku, nawet największe krwi upusty nie zdołają tego dokonać. Z tego powodu nie należy zbyt pochopnie uciekać się do nich jakkolwiek niepodobna zaprzeczyć, że u starszych dzieci powyżej 5 lat wieku, natężenie bólu przy zapaleniu opłucnej nadzwyczaj się łagodzi przez przystawienie kilku pijawek. U mniejszych dzieci dla ukojenia bólu wystarcza już sam wilgotny ciepły pas (opisany na str. 309), który całą klatkę okalać powinien i pozostawać przez 4—6 dni. Ze środków do wewnątrz, dopóki gorączka i ból są silnego natężenia, najlepiej zadawać małe dawki kalomelu, do którego właściwem będzie dodać nieco makowca. Dziecku 3—6 letniemu zadajemy dziennie  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  gr. kalomelu i  $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{5}$  gr. opium. Biegunki dłużej trwającej nienależy pomijać. Jeżeli wysięk pleurytyczny przestał się powiększać, to i gorączka ustępuje, a razem z nią i wskazanie do powyższych środków; teraz chodzi o to, aby usunąć wysięk o ile można najprędzej. W tym celu robimy wcierania szarój maści, jodowej, pędzlowania nalewką jodową, albo stawiamy przez dłuższy czas pryszczydła latające. Do wewnątrz zalecają rozmaite środki moczopędne.

Środki moczopędne solne (*Diuretica salina*), *kali nitricum* albo *aceticum* nie są stosowne dla dzieci z powodu przykrego smaku i własności przeczyszczających. Natomiast dzieci znoszą bardzo dobrze małe dawki nalewki naparstnicy (*tinct. digitalis*) Vj—Vij kropli na dzień w 2—3 unc. płynu; skoro nastąpi zwolnienie tętna odstawiamy ją, a ponawiamy znów gdy się przyspieszy. Najdłużej i najlepiej dzieci znoszą gąszcz jałowcowy (*Roob Juniperi*), który można dawać dzieciom

całemi miesiącami 1—2 łyżeczek dziennie. Zresztą nie należy przywracać działania środków moczopędnych, gdyż dosyć często spostrzegano, że przy pomyślnych warunkach, bez żadnego leczenia wewnętrznego, znikają proste wysięki pleurytyczne w ciągu kilku tygodni. Głównymi czynnikami dla szybkiego wessania się wysięku są dobre pożywienie i dobre powietrze. Powietrze szpitalne działa niezmiernie szkodliwie na wessanie wysięku, dla tego też dzieci takich nie należy pomieszczać w szpitalach dla dzieci. Co do przekłucia klatki piersiowej (*thoracocentesis*), to operację tę wykonywał Vogel kilka razy u starszych dzieci z pomyślnym skutkiem. Dotychczas posługiwał on się trójgranicem próbnym i wypuszczał do 2 uncyi płynu ropiastego od razu. Ukłucia tém narzędziem przy przesunięciu skóry nie są wcale niebezpieczne, mogą być powtarzane i są oczywiście więcej uzasadnione od wielkich nacięć i wypłukiwań wodą jam opłucnej przez co łatwo powstaje sposoczenie; sposób ten jednakże ustąpić musi pierwszeństwa przyrządowi Dieulafoy' ulepszonemu przez D-ra Chwata. Usiłowanie dokładnego opróżnienia wypełnionego ropą worka opłucnej oczywiście niema żadnego skutku jeżeli opłucna płucowa pokryta jest błonami rzekomemi, które pozwalają płucom tylko na powolny powrót do prawidłowej objętości.

U silnych dobrze odżywionych dzieci Vogel widział dwa razy powtarzanie się guza pod sutką, który to guz w jednym wypadku otworzył się dobrowolnie, w drugim zaś otworzonym został przez nakłócie lancetem. W obu razach wypłynęła z początku znaczna ilość ropy, a płuco odpowiednio temu rozszerzyło się. Pozostała jednak przetoka zamknęła się dopiero po kilku latach i otwierała się kilkakrotnie.

## 2) Zebranie płynu w jamie opłucnej

(*Hydrothorax*).

Surowicze przesięki do worków opłucnej zdarzają się nadzwyczaj rzadko u ssawców, natomiast dosyć często u starszych dzieci jako następstwo pewnych stanów chorobowych. Nagromadzany płyn jest czysto surowiczy, żółty, białko zawierający, a sole co do ilości są w tym stosunku jak w surowicy krwi. Na opłucnej samej niema zmian patologicznych, jeżeli nie poprzedziły choroby płuc z następnem lekkim zapaleniem opłucnej.

**Przyczyny.** Przesięk w piersiach nie stanowi samoistnej choroby ale jest objawem który towarzyszy pewnym chorobom jako to: zap-

leniu nerek w skutku płonicy, charłactwu zimniczemu, wreszcie co najrzadziej, nabytj wadzie serca. Pozostałe charłactwa powodujące przesiek u dorosłych jako to: zapalenie przewlekłe wątroby, przewlekła choroba Bright'a, rak, porażenia etc. nie zdarzają się u dzieci prawie wcale.

Po szkarlatynie powstaje zawsze dopiero wtedy, gdy już kilka dni wprzód wystąpiła ogólna puchlina (*anasarca*), co jednak nie ma znaczyć, że musiała koniecznie się rozwinać; wówczas ogólna puchlina zaczyna się przy objawach gorączkowych, które się jeszcze mogą powiększać gdy się dołączy zebranie płynu w jamach opłucnej i w worku otrzewnej.

Prsesiek w opłucną jamę skutkiem charłactwa zimniczego występuje raz z gorączką, drugi raz bez niej. Zwykle jednak i tu istnieje ogólna puchlina (*anasarca*) a przynajmniej obrzmienie dolnych kończyn. Szaro-żółty odcień twarzy, nadzwyczajna bladeść błon śluzowych istale istniejące powiększenie i stwardnie śledziony stanowią tak uderzające znaki, że charłactwo zimnicze nie może być zmieszane z żadnym innym. Nareszcie przesiek do jam opłucnych w skutku wad serca jest najrzadszy, gdyż i te ostatnie zdarzają się nadzwyczaj rzadko; w razie ich obecności zwykle jako wrodzonych wad serca dzieci w rzadkich tylko wypadkach dochodzą tego wieku w którym nagromadzenia płynu zwykły powstawać.

Wodostek piersiowy w przeciwstawieniu do zapalenia opłucnej jest daleko częściej obustronnym niż jednostronnym, wszakże wysokość płynu rzadko jest równą z obu stron; zawsze też brak kłucia w boku stale towarzyszącego zapaleniu opłucnej. Stłumienie przy nieco znaczniejszym przesieku zmienić się może w zupełną tępość, granice jej zmieniają się łatwo przy rozmaitych położeniach ciała, na które jednak dzieci niechętnie pozwalają. Tarcie nie daje się słyszeć a zewnętrzna postać klatki zmienia się w sposób uderzający, może jeszcze widoczniejszy niż przy wysięku co zależy od ilości płynu w jamie opłucnej. Rozszerzenie i wypuklenie odstępów międzyżebrowych, nieruchomość części klatki gdzie płyn przylega, zmiana położenia wątroby i serca istnieją tu w sposób jaknajbardziej uderzający. Ponieważ przesiek w większej liczbie wypadków jest obustronny, przeto duszność szybko się powiększa; występuje sinica i obrzęk płuc, a za temż wkrótce śmierć. Wydzielanie moczu jest we wszystkich wypadkach nader zmnieiszone, stolec zwykle zaparty, jeżeli—jak to zwykle bywa, nie zwraca się uwagi na wypróżnienia w celu zmniejszenia przesieku w jamach klatki piersiowej.

Częstość tętna w początkach jest powiększona, może jednak powrócić do prawidłowego stanu przy miarkowanej duszności.

**Leczenie.** Osłabiająco przeciwwzapalne leczenie nie jest tu nigdy wskazane, choćby w pierwszych dniach wytworzenia się przesieków wystąpiły wyraźne objawy gorączkowe. W skutek poprzedzających chorób dzieci zawsze tyle sił utraciły, że konieczna zachodzi potrzeba zwrócenia przedewszystkiem uwagi na stan odżywiania. Dajemy więc dzieciom mocne rosoly z żółtkiem, jaja lub dobre mleko, o ile tylko przyjąć mogą, i staramy się powiększyć wydzielanie moczu przez lekki nie szkodliwy trawieniu i nie pobudzający biegunki środki moczopędne. Głównie leczenie powinno być skierowane przeciwko chorobie wywołującej przesiek do jam opłucnych.

---

## ROZDZIAŁ IV.

### **Choroby narządu krwikrążenia.**

#### **A. Serce i pnie naczyniowe.**

##### **1) Wrodzone nieprawidłowości.**

Dla właściwego zrozumienia wrodzonych nieprawidłowości serca, wypada tu przypomnieć z historii rozwoju, że w samym początku serce i pnie naczyniowe nie są próżne, ale składają się z luźno nagromadzonych komórek bez szpary i bez jamy. Serce w tym czasie ma jeszcze postać walca prosto leżącego, który tak u dołu jak i w górze wypuszcza po dwie odnogi; obie dolne odnogi stanowią pnie naczyń, które w następstwie rozgałęziają się w pęcherzyku zarodkowym i od niego prowadzą krew do serca, są to żyły pępko-kreskowe (*v. v. omphalomesentericae*); obie górne odnogi stanowią dwa późniejsze pierwsze łuki aorty, które prowadzą krew z serca do zarodka. Dopiero stopniowo powoli jak podaje Bischoff zewnętrzna powierzchnia staje się zbityszą, przez to, że komórki skupiają się tu ściślej koło siebie i w ten sposób tworzą ścianę; we wnętrzu powstaje jedna jama, w której gromadzi się płyn i swobodne komórki jako pierwszy zaczątek krwi. Walec sercowy przybiera następnie postać nieco esowato zgiętą i zaczyna się kureczyć i rozkurczać w rytmie bardzo powolnym, przez co płynna jego zawartość zostaje wepchniętą ku przodowi i ku górze do łuku aorty, podczas gdy z drugiej strony zawartość pni żylnych od tyłu i od dołu zostaje przyciągniętą.

Stopniowo dopiero ten kanał sercowy wśród rozmaitych zakrzywień, rozszerzeń i odwężeń pojedynczych części zamienia się na serce, złożone z rozszerzenia aortycznego, z jednej komórki i jednego przedsionka. Dopiero później powstają przegrody, tworzy się prawa i lewa komórka i przedsionek. Otóż niedostateczny rozwój lub wadliwe przytwierdzenie tych przegród daje najczęstszy powód do wad rozwojowych serca.

Zdarza się spotykać wypadki dowodzące zapalnej sprawy mięsa sercowego u zarodka, wraz z następstwami zapalenia: zanikiem i utworem blizny w miejscu chorém.

Najlepsze zestawienie wrodzonych nieprawidłowości serca znajduje się w podręcznikach Rokitansky'ego i Bamberger'a, które też stanowi podstawę następującego tu opisu:

1) Brak serca (*acardia*). Zdarza się tylko u potworów, gdzie zarazem brak górnej połowy tułowia, a dla tego i układ nerwowy istnieje zaledwie jako ślad. Dwa serca zdarza się widzieć u potworów podwójnych, głównie przy podwójnej górnej połowie ciała. Znajdujemy dwa zupełnie oddzielne serca w dwóch oddzielnych osierdziach lub w jedném wspólném.

2) Nieprawidłowe położenie serca. Należy tu zachowanie się płodowego położenia serca w środku jamy klatki piersiowej oraz przemieszczenie serca, przy czém uderzenia jego daje się wyczuć na prawo od mostka, a zarazem istnieje przemieszczenie innych trzewiów, mianowicie wątroby i żołądka. Wreszcie *Ectopia cordis*. Mostka wówczas brakuje, a pokrywająca go skóra jest albo prawidłowa albo jój także brak. W ostatnim razie serce leży zupełnie swobodnie *nazewnątrz* lub tylko osierdziem pokryte, życie jest tu bezwzględnie niemożliwe. Jeżeli większa część ściany klatki i powłok brzusznych brakuje, to inne jeszcze trzewia leżą na zewnątrz jam, stan ten zowie się wywnętrzeniem (*eventratio*). W nader rzadkich jeszcze wypadkach zdarza się brak częściowy lub szpara w przeponie, a wtedy serce przez tę szparę przesuwa się do jamy brzusznej.

3) Nieprawidłowa postać i wielkość serca. Zmiany w postaci serca często są bez znaczenia. Serce szerokie, walcowate, rozszczerpane przy wierzchołku, spiczaste lub okrągłe może odbywać swe czynności zupełnie prawidłowo, natomiast przy nieprawidłowej wielkości lub małości serca całego lub pojedynczej jego części, zwykle istnieją zaburzenia czynności serca. Najczęściej powiększony jest prawy przedsionek w skutku utrzymania się krążenia płodowego po urodzeniu.

4) Nieprawidłowa budowa pojedynczych części serca. Zdarzające się tu nieprawidłowości dotyczą: *a*) przegrody, *b*) pni naczyniowych, *c*) otworów (*ostia*) i zastawek.

*a*) Jeśli przegrody nie utworzyły się wcale, to mamy jeden przedsionek i jedną komórkę. Zwykle jednak istnieją ślady przegrody w postaci listewek wystających, albo też przegroda w tej lub



owej jamie jest zupełnie wykształcona, wówczas będą mieć dwa zupełnie oddzielne przedsionki, a tylko jedna komórka lub na odwrót. Ponieważ i w stanie fizjologicznym z początku otwór owalny stanowi nieznaczną łączność obu przedsionków, przeto brak przegrody między przedsionkami jest najczęstszy. Zdarza się połączenie lewego przedsionka z prawą komórką za pomocą przewodu współniczącego ukosnie biegnącego, lub też naodwrót. Po większej części z większymi brakami przegród połączone są wadliwe początki wielkich pni naczyniowych, które mogą: zależeć od zбочenia przytwierdzenia przegród z linii środkowej. Przez to zdarzać się może, że żyła główna dolna wpada do lewego przedsionka zamiast do prawego, lub że aorta bieżę początek z prawego serca.

b) Jak wspomniano nieprawidłowości pni naczyniowych zależą po większej części od niedostatecznego rozwoju lub wadliwego przytwierdzenia przegród. Najczęstsze zбочenia są:

1) Zupełny brak tętnicy płucnej, albo jest ona przy początku bardzo zwężona i rozszerza się dopiero począwszy od przewodu tętniczego Botall'a, który doprowadza do niej krew z aorty. Jeżeli istnieje jedna tylko komórka to aorta zastępuje zupełnie miejsce tętnicy płucnej.

2) To co powiedziano o tętnicy płucnej może się też zdarzyć z aortą i ona może być skrzywioną lub zupełnie zamkniętą; wtedy otrzymuje krew z przewodu Botall'a, który pozostał otworem.

3) Pozostaje w zupełności płodowe krążenie krwi, t. j. aorta zaopatruje górną połowę ciała, tętnica płucna zaś dolną za pośrednictwem przewodu tętniczego Botall'a.

4) Zdarza się także *przemieszczenie wielkich naczyń*, tak, że aorta powstaje z prawej komórki, a tętnica płucna z lewej.

5) Oba główne naczynia poczynają się z jednej komórki.

6) Aorta posiada dwa równe lub nierówne korzenie, z których jeden poczyną się z lewej komórki, drugi zaś z prawej.

7) Opuszka (*bulbus*) aorty rozszerza się znacznie i przedstawia rodzaj trzeciej komórki.

8) Przewód Botall'a często pozostaje przepuszczalny albo może go zupełnie brakować; niekiedy rozwija się jako trwale pozostający pień naczyniowy.

Na dokładniejszy opis zasługuje zarośnięcie aorty poniżej ujścia przewodu Botall'a, nieprawidłowość zbadana głównie przez Rokitańsk'y'ego. Znajduje się na tém miejscu znaczne zesnurowanie aorty na kilka tylko linii długie, które da-

lój przechodzi w aortę wstępującą o średnicy światła jój prawidłowej. Nieprawidłowość ta polega na tém, że u płodu tętn. płucna tworząc łuk przedłuża się w aortę zstępującą, podczas gdy krew z aorty dostaje się tylko do tętnic kończyn górnych i głowy, a więc do tętnicy bezimiennój, szyjowój i podobojczykowój lewój. Krew z tętn. płucnej przepływa przez obszerny przewód Botall'a do aorty zstępującej. Jako przedłużenie aorty dochodzi wązkie i krótkie naczynie do łuku tętn. płucnej, nazwane przesmykiem (*isthms*) aorty. Po urodzeniu przez rozszerzenie płuc strumień krwi zostaje odciągnięty z przewodu Botall'a, który wkrótce zarasta i staje się nieprzewodzalnym, równocześnie zaś rozszerza się owo wązkie naczynie (*isthmus aortae*) do objętości prawidłowej aorty. Jeżeli tedy po urodzeniu nie przychodzi do skutku wspomniane rozszerzenie przesmyku aorty, a pomimo to przewód Botall'a zarasta, to pozostaje trwałe zesznurowanie tęgoż przesmyku.

Tak więc dla krwi lewego serca, którój droga do dolnej połowy ciała zostaje przez to zagrodzona, pojawia się krążenie oboczne, przez co część aorty poniżej zesznurowania leżąca wypełnia się krwią. Rozszerzają się w tym celu gałęzie tętnicy obojczykowój i przybierają przebieg nienormalny. Najważniejsze gałęzie nowopowstającego połączenia pochodzą z tętnicy sutkowój wewnętrznej, którój gałązki międzyżebrowe przednie prowadzą krew do gałązek międzyżebrowych tylnych łączących się z niemi; powstają one z aorty zstępującej, a właściwie powiedziawszy w tym razie wnikają w nią. Niemniej następuje połączenie między tętnicą sutkową wewnętrzną, nadbrzuszną górną i tętnicami łądzwiowemi, dalej między tętnicą międzyżebrową najwyższą i gałązkami międzyżebrowemi tętnicy sutkowój wewnętrznej, a wreszcie między tętnicą grzbietową łopatki z gałązkami grzbietowemi tętnic międzyżebrowych. W ten sposób aorta zstępująca zostaje całkowicie krwią wypełniona, wszakże światło jój niedochodzi prawidłowej objętości, podczas gdy łuk aorty okazuje się rozszerzonym aż do miejsca zesznurowania. Osoby z takiem zboczeniem są zupełnie zdolne do życia.

9. Ujścia żył do przedsionków mogą być również przemieszczone, jak to powiedziano o tętnicach względem komórek, tak, że żyły główne i żyły płucne wlewają się tylko do jednego przedsionka.

c) Wrodzone nieprawidłowości otworów (*ostia*) i zastawek są w ogóle stosunkowo rzadsze, dadzą się one łatwiej odnieść do spraw zapalnych w czasie życia płodowego aniżeli do rzeczywistych wad rozwoju. Najczęściej zdarza się:

1. Zwężenie stożka (*conus*) tętnicy płucnej lub aorty, przyczem mięsień sercowy tworzący stożek zamienił się na białą zbitą masę. Zwężenie to przytrafia się częściej w tętnicy płucnej aniżeli w aorcie i według B a m b e r g e r'a stanowi jedną z najczęstszych przyczyn wrodzonej sinicy. Otwór owalny pozostaje wówczas otwartym, nawet następuje niedokładne wytworzenie się przegrody międzykomórkowej.

2. Zastawki mogą być chrząstkowato zgrubiałe; przy zastawkach przedsionko-komórkowych zdarzają się zgrubiałe i nadliczbowe, mięśnie brodawkowate i nieprawidłowo przychepione pęczki ściągające, albo przeciwnie zastawki są przeświecające, bardzo zcieńczone przedziurawione. Przy wstrzymanym rozwoju wielkich tętnic, albo przy niewłaściwym przytwierdzeniu przegród może także zupełnie brakować zastawek przedsionko-komórkowych lub półksiężycowatych.

3. Może brakować zupełnie zastawki dziury owalnej albo takowa zamyka się przedwcześnie; również rozwinięcie zastawki E u s t a c h j u s z a bywa niepełnym

**Objawy.** Anatomiczne uwagi nad wrodzonymi wadami rozwojowymi narządu krwi obiegu, znajdują się w licznych rozprawach i większych szczegółowych pracach, natomiast objawy występujące przy tych stanach, rzadko tylko są wyczerpująco ten przedmiot opisane, a gdzie to ma miejsce, zwykle nie są one zgodne z sobą przy jednych i tych samych stosunkach anatomicznych. Na wzór B a m b e r g e r'a można wszystkie wady rozwojowe co do ich objawów zebrać w trzy grupy.

1) Do pierwszej należą wady rozwojowe powodujące bezwzględną niemożebność życia. Tu należą potworności, *ectopia cordis* z brakiem skóry, serca całkowicie jedno-komórkowe i przemieszczenie wielkich naczyń.

2) Do drugiej grupy zaliczyć należy te stany, przy których dzieci wprawdzie żyć mogą i w ciągu pewnych lat życia jako tako lub nawet prawidłowo się rozwijać, jednakże z każdym rokiem wzmagają się zaburzenia w krwi krążeniu, tak że śmierć następuje w czasie pierwszego ząbkowania a najpóźniej podczas drugiego. Tu należą wrodzone zmiany w stożku tętnicy płucnej lub aorty, większa łączność komórek lub przedsionków, albo komórki z przeciwległym przedsionkiem, powstawanie aorty z obu komórek, pozostanie otworem przewodu B o t a l l'a.

3) Zdarza się szereg małych nieprawidłowości, gdzie krążenie nie jest wcale zakłócone a więc nie ma żadnej przeszkody do rozwi-

nięcia się dziecka. Należą tu głównie zewnętrzne zmiany postaci serca, rozdwojenie wierzchołka serca oraz postać serca stożkowata lub walcowata, szeroka lub okrągła. Również i przemieszczenie serca na prawą stronę, połączone zwykle z przemieszczeniem wątroby i żołądka, nie ma żadnego wpływu na trwanie życia. Podobnież pozostanie otworem dziury owalnej jest obojętne, jak to przekonano się przy wielu sekcjach; mianowicie stanu tego nigdy chyba nie należałoby uważać za przyczynę sinicy, o której będzie mowa później.

Co się tyczy czasu występowania objawów chorobnych, to takowy bywa bardzo rozmaity. Prawda, że zaburzenia w obiegu krwi zależne od wrodzonych wad serca mogą być z początku nieznaczne, a dopiero wzmagają się od miesiąca do miesiąca, jednak nader nieprawdopodobne są zdania niektórych autorów, jakoby wrodzona wada serca dopiero po kilku latach lub nawet przy dojściu do dojrzałości wywoływać miała objawy. Prawdopodobnie przyczyną tych zdań były omyłki, ostre zaś choroby serca zostały przeoczone. Zresztą u znacznej liczby dzieci zaraz po urodzeniu występują wyraźne znaki zaburzeń w krążeniu. Przychodzą one na świat w stanie śmierci pozorniej i wkrótce giną na zapad (atelektazę) płuc. Krzyk ich jest słaby i przerywany, ciało zawsze chłodne, lekka sinica, śpią wiele i micwają kurczowe napady kaszlu, przy czém sinica szybko się powiększa, a mianowicie język na zewnątrz wysuwający się, przybiera barwę ciemno-niebiesko-czerwoną.

Najstalszym i najpewniejszym objawem jest zawsze sinica o której powstawaniu istnieją jednak poglądy po części niewłaściwe. Poprzednio przyjmowano, że sinica przy wrodzonych wadach serca powstaje wówczas gdy krew tętn. mięsza się z żylną, gdy więc do układu tętniczego przenika krew ciemniej czerwona aniżeli w stanie prawidłowym. Że zdanie to jest błędne okazuje się już z tych wielu wypadków sinicy gdzie anatomiczne stosunki są zupełnie prawidłowe, jak np. przy cholercie i zatruciu tlenkiem węgla. Wiadomo, że sinica bywa tu dosyć znaczna a jednak przy badaniu pośmiertnym nie znajdujemy i śladu zmian w sercu. Z powodu tego błędnego zdania, zbyt wiele uwagi zwracano na dziurę owalną i zaspakajano się gdy można było za pomocą sondy przejść z jednego przedsionka do drugiego, bez względu czy zastawka byka dostateczną lub nie.

Jedyny pewny powód sinicy leży w niedostatecznym utlenianiu krwi w płucach, połączonym z zastojem w obwodowym układzie żylnym. Stan ten może jednak zależeć od rozmaitych stosunków; znajduje się bowiem albo zawada wlewem sercu a ztąd zastój krwi w ży-

łach płucnych, albo w skutek zwężenia w sercu prawém zmniejszonym jest dopływ krwi do płuc i przez to mniej krwi utlenia się, albo też w skutek chorób miąższu płucnego powstaje przeszkoda w krążeniu krwi, albo wreszcie powietrze wdychane ubogie jest w tlen a przez to utlenia krew w sposób niedostateczny. Również gęstość krwi może się o tyle zmienić, że strumień zostaje zwolnionym, jak to mianowicie ma miejsce przy zgęszczeniu krwi w choleryze. Widzimy tedy, że warunki sinicy są dosyć różnorodne, i że nie należy ich wcale wyłącznie szukać w mechanicznych zmianach serca. Stopień sinicy bywa bardzo rozmaity i waha się od słabego niebieskawego zabarwienia dolnej powieki do niebiesko-czerwonego całego ciała; napływy krwi do głowy powiększają istniejącą już sinicę. Tak więc najczęstszymi przyczynami tego powiększenia sinicy są: zbyt duża ciepłota, rozdrażnienie, krzyk, śmiech, cieleśne wysilenie etc.

Jeżeli dzieci z wrodzonymi wadami serca przeżyją pierwsze lata to jednak występują jeszcze rozmaite inne objawy zaburzenia w krwi krążeniu. Wszystkie takie dzieci posiadają słabo rozwinięte mięśnie piersiowe i zбочenie kształtów klatki piersiowej zwane klatką ptasią. Kończyny są zawsze zimne i wilgotne, podobne do skóry żaby, końce palców nabrzmiewają kolbiasto a paznogie wystają w postaci pazurów, żyły powierzchowne są zbyt rozwinięte; dzieci nie mogą żadnym sposobem wysilać się ani biegać, ani wstępować na wschody, ani też krzyczeć przez czas dłuższy, albowiem wszystko to wywołuje u nich silny ból w okolicy serca, duszność i bicie serca. W rzadkich wypadkach zdarza się też u dzieci starszych krwioplucie, krwawienie natomiast nosa stanowi zjawisko bardzo częste, co zwykle powoduje pewną chwilową ulgę. Wreszcie ogólna puchlina w tkance podskórnej i w workach surowicznych do której się jeszcze dołącza białkomoc, stanowi kres tego smutnego przebiegu.

Fizyczne badanie wrodzonych wad serca przedstawia niezmiernie trudności. Przerost serca daje się wykazać prawie bez wyjątku i zależy zwykle od znacznego powiększenia prawego serca. Uderzenie jego wyczuwa się tu na większej przestrzeni i wzmocnione. Po wysłuchiowaniu rzadko znajdujemy czyste tony serca, zwykle bowiem słycać szmery zamiast jednego lub drugiego tonu, albo zamiast obu. Z trwałych silnych szmerów można wnosić o znacznej nieprawidłowej łączności obu połów serca, o przedziurawieniu przegrody; silny szmer skurczowy słyszalny najwyraźniej na tętnicy płucnej, dowodzi zwężenia téj tętnicy, stanowiącego jedne ze zwykleszych wad rozwojowych. Niekiedy jednak wynik przy wysłuchiowaniu nie stosuje się

do jakiegokolwiek ściśle dającej się oznaczyć zmiany, a wówczas nieumiemy rozpoznać zachodzącego stanu, prócz tego, że istnieje wrodzona wada serca. Według statystycznych zestawień Friedberg'a i Aberle'go, dla dzieci z wrodzonymi wadami serca, szczególnieź zagrażające są epoki pierwszego i drugiego ząbkowania. Ze 159 wypadków zmarło 53 dzieci w 1 roku, 51 w 2—11, 30 między 11 i 15 rokiem życia, a tylko 5 doczekało do 44 roku życia.

**Leczenie.** Rozumié się, że nie może być mowy o bezpośredniem leczeniu; pozostaje ograniczyć się raczój na chronieniu dzieci od szkodliwych wpływów i zaprowadzić odpowiednie dyetetyczne zachowanie się. Spokój potrzebny tu da się łatwo u takich dzieci zastosować, gdyż same one z doświadczenia będą nauczone jak szkodliwym i bolesnym dla nich jest większy ruch pobudzający silniejsze bicie serca. Co do pożywienia, nie potrzeba zalecać szczególnych ostrożności, należy tylko pilnie unikać rozgrzewających wysokowych napojów. Ciepła odzież nadzwyczaj dobrze znoszona bywa w tych wypadkach, dla tego téż zalecamy noszenie flanelowych koszulek. We wszystkich okolicznościach należy unikać ściśłego leczenia przeciwzapalnego, jak: pijawek, kalomelu, środków przeczyszczających etc., albowiem środki te widocznie przyspieszają wystąpienie puchliny oraz śmiertelne zejście. Silne stany nawałowe (*congestio*) nader często towarzyszące stępują, powinny być usuwane przez zewnętrzne stosowanie zimna, kwaskowate napoje i ściśłą dyetę.

Jeżeli dzieci przychodzą na świat w stanie śmierci pozornój, to należy zastosować środki przywracające do życia, jakie powyżej na str. 71 były zalecone, jednakże są one zwykle w tych razach bezowocne.

## 2. Zapalenie wsierdzia, osierdzia i ostry gościec.

(*Endocarditis, pericarditis et rheumatismus acutus*).

Zestawiamy tu razem trzy choroby, które pod względem anatomicznym nie są do siebie podobne ale klinicznie nie dadzą się prawie odłączyć od siebie; czyniemy to w celu aby przy oddzielnym opisie uniknąć częstych powtarzań, oraz, że stany te zdarzają się u dzieci nadzwyczaj rzadko, tak, że byłoby zbyt techniczném szczegółowiej je opisywać.

**Objawy.** Zaczynamy od objawów ostrego gośćca, poczem mowa będzie o zapaleniu wsierdza i osierdza jako o najczęstszych powikłaniach pierwszej choroby.

**Ostry gościec.** Mało odróżnia się u dzieci od téjże choroby u dorosłych, tylko, że przebieg jest krótszy i natężenie choroby zwykle mniej znaczne. Najmłodsze dziecko jakie Vogel miał sposobność widzieć w wybitnym ostrym gośćcem, wraz z następującem zapaleniem wsierdza śmiercią zakończonem, miało  $1\frac{3}{4}$  roku, i po trzech miesiącach trwania choroby zmarło w skutek wady serca. Jest to wypadek nader rzadki, albowiem w podręcznikach zwykle znajdujemy, że gościec ostry po większej części napada dzieci tylko od 6go roku życia i więcej. Tutaj należy wiele cierpień jakie nieobeznani nazywają gorączką w skutku wzrostu ciała („Wachsfieber“). Z początku zwykle istnieje silna gorączka, skóra jest pałająco gorąca, pragnienie wielkie, tętno nadzwyczaj przyspieszone, przytém niespokój i bezsenność. Tak silna gorączka trwa co najmniej 8 do 10 dni, zanika potém powoli i tylko w razie złośliwych powikłań, głównie chorób serca, trwa przez czas nieoznaczony i bez przerwy. Dzieci są po większej części bardzo blade i opadłe z sił, wyraz ich twarzy żałośny i boleśń zdradzający, wzrok mdły, cierpiące stawy zachowują w jaknajwiększym możliwym spokoju, podczas gdy wolne kończyny są w ustawicznym ruchu w skutek niepokoju powodowanego natężoną wielce gorączką.

Istota choroby leży w właściwem obrzmieniu rozmaitych stawów, przeważnie dolnych kończyn, które to stawy zachowują się tak samo jak u dorosłych. Dotknięcie a jeszcze więcej ruch chorym stawem jest nadzwyczaj bolesny, tak, że dzieci z wyrazem największej obawy strzegą się i chronią każdego zbliżenia ręki do bolesnego stawu. Obrzmienia są z początku zawsze nieco zaczerwienione, czerwoność jednak zanika wczesniej niż obrzmienie. Najczęściej zajęte zostają stawy kolanowe, dalej stopowe, następnie stawy górnych kończyn, wreszcie kolumna kręgową. Te obrzmienia stawów u dzieci nigdy nieprzechodzą w ropnie, ale ustępują znów bez śladu pozostawiając po sobie co najwięcej pewne osłabienie i bolesność przy używaniu kończyny. Charakterystycznem jest przenoszenie się lub przeskakiwanie cierpienia z jednego stawu na drugi. Bardzo rzadko tylko sprawa kończy się na równoczesnem zajęciu kilku stawów, zwykle zaś po kilku dniach, skoro ze stawów najprzód zajętych obrzmienie ustąpi,

inne stawy zaczynają cierpieć z tą samą gwałtownością i tym samym przebiegiem, co może się raz trzeci a nawet czwarty powtórzyć.

Objawy ogólne odpowiadają gwałtowności gorączki. Apetyt jest nader zmniejszony lub znika zupełnie; stolec zaparty, mocz ciemno ubarwiony w małej ilości, obfituje w kwas moczowy. Dzieci po-  
cą się silnie a ciało pokrywa się potówkami.

Rozpoznanie ostrego gościa jest bardzo łatwe, zwłaszcza że choroba ta prawie wyłącznie napada starsze dzieci których narzekania mogą nam dostarczyć pewnych wskazówek. W samym początku możnaby przyjąć gościec za ukrytą jeszcze ostrą wysypkę, albo za durzycę, gdzie niekiedy także występują silne bóle w stawach kolanowych i stopowych; dają się zaś odróżnić przez brak nabrzmienia, oraz że, przy lekkim nacisku, lub przy nieznacznych biernych ruchach ból nie powiększa się znacznie, co w każdym razie ma miejsce przy ostrym reumatyzmie. Zmieszanie ze skrofalicznym cierpieniem stawów, z guzem białym byłoby możebne co najwięcej przez kilka dni w początkach, albowiem przy tych ostatnich stanach, nie zdarza się wcale przenoszenie się cierpienia z jednego stawu na drugi, przebieg zaś jest zupełnie inny, przewlekły.

Prosty reumatyzm ostry bez powikłań trwa najdłużej 14 dni. Jeżeli jednak wikła się z chorobami serca co ma miejsce przynajmniej w  $\frac{1}{3}$  wypadków, to czas trwania nie da się określić i nawet po latach całych może nastąpić śmiertelne zejście. Z pomiędzy powikłań na szczególną uwagę zasługuje a) zapalenie wsierdza i b) zapalenie osierdza.

#### a) Zapalenie wsierdza.

**Zmiany anatomiczne.** Wyborne poszukiwania Luschki wykazały, że wsierdzie składa się z tych samych warstw co i naczynia. Na powierzchni znajduje się cienka warstwa nabłonka płaskiego, który należy uważać jako bezpośrednie przedłużenie nakłonka naczyń. Dalej następuje warstwa włókien podłużnych, nareszcie warstwa nader cienkich krzyżujących się licznie włókien sprężystych, które są w podobieństwie z kurczliwą warstwą ścian naczyń. Warstwa sprężysta łączy się za pomocą tkanki łącznej z mięśniem sercowym; z tego powodu prawdziwy wysięk możebny jest tylko w tkance łącznej. Jednak w krótko rozpycha warstwy na sobie leżące i zjawia się swobodnie



w jamie serca; z drugiej strony zajmuje najbliższe warstwy mięśnia sercowego, tak, że zawsze nieznaczne zajęcie tegoż towarzyszy zapaleniu wsierdzia. Według *Lusck*i najprzód dostrzegamy czerwone plamy na wsierdzu, przyczém powierzchnia jego jest jeszcze zupełnie gładka, wkrótce jednak gładkość ta znika, powierzchnia staje się szorstką. Wysiłek pod drobnowidzem przedstawia komórki nabłonkowe całe lub zmienione, ciała wysiękowe i pierwiastki włókniste. Z przepływającej krwi osadzają się na tych chropowatościach strzępki włóknika, przez co nabierają wyglądu strzępkowatego. Te wysięki osierdziowe według *Bamberger*'a mogą ulegać następującym przemianom:

1) Wysiłek może być całkowicie wessanym, co zdaje się możebnym tylko przy cienkiej jego warstwie, gdy nabłonek jest jeszcze cały.

2) W największej liczbie wypadków, zapalenie pozostawia trwałe zmiany na wewnętrznej powierzchni serca. Najzwyczajniejsze z nich są to białe, stężale ogniska, mające zawsze skłonność do zaniku, do bliźnowatego ściągnięcia się, a znajdując się na zastawkach lub w pobliżu ich, wywołują skurczenie się zastawek, zmianę położenia i zrosty. Tak więc zapalenie wsierdzia jest główną przyczyną późniejszej wady serca. W innych wypadkach wytwarzają się w następstwie polipowate wybujałości, bardzo podobne do lepieży, które z tego powodu błędnie były uważane za rzeczywisty objaw przymiotu.

3) Głównie badania *Virchow*'a wykazały, że cząstki skrzepłego wysięku mogą być oderwane i uniesione w strumień krwi przez co następnie powstają w rozmaitych częściach ciała zatkania naczyń (zatory). Najczęstszym siedliskiem takowych bywa śledziona, dalej nerki i mózg. Prawie zawsze następuje śmierć po takim zatorze.

**Objawy.** Jeżeli wysięk wsierdziowy jest tak usadowiony, że nie może wyraźnie wpływać na żadną zastawkę, to nie da się wcale wykazać przy badaniu fizycznym, czynnościowe zaś zaburzenia są tak rozmaite i tak różnorodnie bywają opisywane przez starsze nawet dzieci, że rozpoznanie staje się prawie niemożliwym. Zwykle jednak powstają wybujałości na zastawkach a wtedy już występują wyraźne fizyczne znaki.

Lewe serce cierpi daleko częściej niż prawe, a mianowicie najczęściej zastawka dwudzielna. Nie tylko same osady na zastawce, ale także i na pobliżu mięśni brodawkowatych i strun ścięgniętych

mogą wywołać ukośne zбочenie zastawki, zniszczenie lub zanik takowej, a przez to niedostateczność (*insufficiencia valv. bicus.*). Z tego powodu jako najzwyczajniejszy fizyczny znak występuje zamiast pierwszego tonu: skurczowy szmer (podmóch) najwyraźniejszy u wierzchołka serca, mało wyraźny w aorcie, a wcale niedosłyszalny w tętnicach szyjowych. Prawe serce wkrótce rozszerza się następczo, tak że stłumienie odgłosu w okolicy serca jest obszerniejsze, a odpowiednio temu uderzenie serca wyczuwać się daje na większej przestrzeni i wzmocnione. Jeśli wybujałości są obfite w otworze żylnym lewej komórki, wówczas może powstać zwężenie lewego otworu przedsionkowo komórkowego a przez to szmer rozkurczowy, co jednak zdaje się przytrafiać stosunkowo mniej często.

Zastawki półksiężycowe aorty mogą być również siedliskiem sprawy zapalnej i stać się niedostatecznymi przez skurczenie się lub przedziurawienie. Zwykle jednak zastawki te pokrywają się wybujałościami i powodują przez to zwężenie otworu tętniczego. W tym wypadku słyszymy również szmer skurczowy, który jednak najsilniejszy jest w aorcie i wyraźnie przenosi się do tętnic szyjowych.

Prawe serce daleko rzadziej bywa zajętem sprawą zapalną wsierdzia niż lewe; szmery występujące w prawem sercu muszą być podobnie objaśnione jak w lewej komórce, tylko że przy zajęciu serca prawego zastój w żyłach szyjowych jest daleko wyraźniejszy aniżeli to ma miejsce przy wadach zastawkowych lewego serca. Objawy zaburzeń czynnościowych przy zapaleniu wsierdzia są nader rozmaite. Ból rzadko jest znaczny; stalszą jest już obawa, ustawiczny niespokój, o ile ostry gościec stawów pozwala na to, wreszcie uczucie ścieśnienia w pierśsiach. Wszakże wszystkie te objawy są wyraźniejsze przy zapaleniu osierdzia niż przy zapaleniu wsierdzia. Bicie serca istnieje zawsze i powiększa się przy wysileniu przez krzyk lub ruch; równocześnie zjawia się szczególny rodzaj nerwowej duszności, krótki oddech, którego mechanicznych przyczyn z początku niemożna odszukać, później jednak da się dostatecznie objaśnić zastojem w lewym przedsionku. Dzieci chore na zapalenie wsierdzia mają zawsze gorączkę, a utraciwszy pierwszy jej wybuch towarzyszący ostremu gościcowi stawów, dostają napowrót silnych objawów gorączkowych. Takowe trwają przez czas nieoznaczenie długi, często przez ciąg kilku tygodni, nadzwyczajne zaś wychudnienie, jakiemu podlegają dzieci zależy od natężenia gorączki, nie zaś od poczynającej się wady serca. Niekiedy występują długotrwałe gwałtowne bredzenia (*deliria*), a jeżeli przytém i śledziona jest powiększona—co głównie ma miejsce przy za-

torze w niej powstającym, to cały ten zbiór objawów możnaby wzięść za durzycę. Zresztą jednak następcze objawy przez powstanie zatoru zdarzają się u dzieci nadzwyczaj rzadko. Raz tylko znalazł Vogel zator w śledzionie i w nerce u 8-letniego chłopca zmarłego na zapalenie wsierdzia.

Rozpoznanie zapalenia wsierdzia jest prawie zawsze połączone z wielkimi trudnościami; przedewszystkiem wypada tu przestrzedz, że nie każdy szmer w sercu wskazuje zapalenie wsierdzia, albowiem przy gorączkowych chorobach znajdujemy u dzieci bardzo często i wczesnie szmery anemiczne, które z początkiem zdrowienia same przez się ustępują. Spostrzegamy to samo głównie po upustach krwi, nawet miejscowych, a ponieważ takowe często używane bywają także dla złagodzenia bólów gośćcowych, przeto i w przebiegu ostrego gościa szmery anemiczne mogą się pojawić.

Dla rozpoznania zapalenia wsierdzia, oprócz podmóchowego szmeru, potrzeba jeszcze uderzenia serca na większej przestrzeni, powiększenia serca stwierdzonego powiększeniem stłumienia w jego okolicy, dalej przyspieszenia tętna i duszności (brak tehu).

Jako zejście zapalenia wsierdzia bywa wyzdrowienie, śmierć i choroby następcze. Zupełne uleczenie z zupełnie rozwiniętego zapalenia wsierdzia zalicza się chyba do rzadkości, albowiem następstwa po zapalne zwykle wywołują zmiany na zastawkach, a ztąd wady serca. Śmierć zdarza się rzadko u szczytu choroby z wyniszczenia lub utworzenia zatoru; zwykle dzieci niszczeją przy ustawicznej gorączce, wypadkowych biegunkach, nieżytkach oskrzeli i giną wśród zrazikowego zapalenia płuc. Wady serca pozostające po zapaleniu wsierdzia rozwijają się często dopiero po upływie miesięcy przez zmiany zachodzące w zapalnych wyłódach i wywierają mniejszy lub większy wpływ na krążenie, aż wreszcie wada staje się tak wielka, że czyni życie niemożliwym.

#### *b) Zapalenie osierdzia.*

Zapalenie osierdzia daje się na pewno rozpoznać dopiero od czasu odkrycia osierdziowego szmeru tarcia (przez Collin'a w r. 1824). Wszakże i teraz nawet rozpoznanie jest nader trudne i niedostateczne, jak to zobaczymy poniżej. Steiner zaprzecza występowaniu zapalenia z wysiękiem włóknikowym u dzieci małych.

**Zmiany anatomiczne.** Stosownie do rozległości przyjmują 2 odmiany zapalenia osierdzia: ogólne i ograniczone. Sprawa ta ma wielką skłon-

ność do szerzenia się i dla tego częściej zdarza się pierwsza niż druga odmiana. Zmiany mogą rozpocząć się zarówno na blaszce ściennéj jak i trzewiowéj; wtedy zjawia się nastrzyknięcie naczyń i niebawem wysięk na powierzchni. Stosownie do własności wysięku odróżniają następujące postacie:

1) *Wysięk włóknkowy.* Znajdujemy tu serce i osierdzie pokryte ściśle strzępkowatą, żółtawo białą warstwą i sklezione z sobą na całej przestrzeni lub częściowo. Wysięk ten ma wielką skłonność do organizowania się, tak że wkrótce znajdują się w nim naczynia włosowate, które dają często powód do małych wynaczynień. Obok téj warstwy skrzepłego wysięku istnieje jeszcze zawsze mniejsza lub większa ilość płynu, który z powodu strzępków oderwanych i skrzepów włóknistych przedstawia się żółtawym, mętnym i płatkowatym. Ta płynna część wysięku później zwykle ulega wessaniu, poczem powstałe warstwy zgęszczonego zapalnego wysięku wszechstronnie się z sobą stykają i albo zrastają się z sobą silnie albo gdy do tego niemają skłonności ścierają się wzajemnie o siebie, ulegają wstecznej przemianie i zostają z czasem zupełnie wessane. O ile Vogel'owi wiadomo nieznanne są u dzieci skostnienia wysięku, jakie niekiedy znajdująwane bywają przy badaniu pośmiertnem u dorosłych.

2) *Wysięk ropno-posokowaty.* Jeśli obok błon włóknkowych istnieje płynny wysięk w znaczniejszej ilości i posiada gęstość podobną do ropy, to zwykle stan taki nazywają ropnem zapaleniem osierdzia. Rozumie się że nema ścisłej granicy między tą i poprzednią postacią, albowiem w obu razem występują skrzepły i płynny wysięk. Może być że zapalenie osierdzia które w początku nazwałoby należało ropnem, po krótkim czasie po wessaniu płynnej części wysięku staje się włóknkowem. Natomiast prawie wyłącznie u noworodków zdarza się posokowate, ropnicowe zapalenie osierdzia, o którym wspomniano już przy ropnicowém zapaleniu opłucnej. Nie zdarza się ono nigdy jako odosobnione ale zawsze razem z zapaleniem opłucnej i otrzewnej i charakteryzuje się tém, że wysięk dosyć płynny posiada barwę brunatno-czerwoną i woń posoki, i że także płatki zawieszony w nim mają barwę szaro-brunatną a nie biało-żółtawą. Jak wspomniano już wyżej znajdujemy przytém zwykle zapalenie żył pępkowych i sposoczenie pępka.

Nareszcie 3-ci rodzaj zapalnego wyplodu przedstawia się pod postacią masy suchéj, kruchéj, łamliwéj, żółtawo zabarwionéj. Pokrywa ona blaszki osierdzia lub takowe spaja. Łatwo daje rozrywać a dro-

bnowidz wykazuje cząstki rozpadowe. Posiada zatem własność serowatęj massy.

**Objawy.** Obraz choroby jaki podają autorowie w podręcznikach, rzadko tylko odpowiada zbiorowi objawów u dzieci napotykanym; objawy bowiem są tak zmienne, że ściśle rzeczy biorąc musimy właściwie wyrzec się podawania opisu zjawisk zawsze występujących. Często są one nader nieznaczne i bywają całkowicie maskowane głównie przez współczesne choroby: ostry gościec, ropnicę, zapalenie nerek mięszowe, gruźlicę; często znów objawy są nader wybitne i zdradzają się uczuciem ściśnienia w piersiach i gwałtownym bólem, dusznością, szybkim tętnem, omdleniami, bredzeniem i sinicą. Najważniejszych danych dostarcza zwykle badanie fizyczne.

Przy oglądaniu obnażonych piersi znajdujemy w początku zapalenia osierdzia, że serce uderza na znaczniejszej przestrzeni; zarazem dostrzeżemy niekiedy nieznaczną niejednostajność w skurczeniach serca. Później gdy wysięk się powiększa a mianowicie gdy przemaga płynna jego część serce zostaje zepchniętem na lewo i ku górze i odpowiednio temu uderza więcej na lewo i nieco wyżej. Jeżeli jednak wysięk powiększy się jeszcze bardziej wówczas uderzenia serca ani widzieć ani wyczuć niemożna; gdy zaś szmer tarcia osierdziowy jest wyraźny i głośny, to niekiedy nawet wyczuć się daje ręką.

Przy opukiwaniu w razie umiarkowanej ilości wysięku nie nieprawidłowego nie znajdujemy; gdy jednak wysięk jest obfity i płynny, to otrzymujemy rozleglejsze stłumienie przedstawiające się w postaci ostrokregu z przytępieniem wierzchołkiem ku górze, mogące dosięgać 3-jej a nawet 2-jej chrząstki żebrowej, co jest szczególnie cechującym i znacznie ułatwia rozpoznanie. Nie należy zapominać że znaczne nawet zapalenie osierdzia, gdzie wysięk przeważnie jest w postaci błony, przez opukiwanie nie daje się rozpoznać.

Przy wysłuchiwaniu odróżniamy z początku zupełnie prawidłowe tony serca; tylko niekiedy przedstawiają one małe zбочenia od prawidłowego rytmu. Wkrótce jednak w tém lub owem miejscu stłumienia słyszymy szmer tarcia, który najprzód nadzwyczaj trudno odróżnić od lekkiego wsierdziowego podmuchu, później jednak wyraźniej się daje odróżnić jako tarcie. Stosownie do natężenia objawia się ono jako lekkie pocieranie, skrobanie, skrzywienie lub drapanie i odznacza się głównie tém, że słyszeć się daje w czasie między obydwojma tonami serca a więc ani przy skurczu, ani przy rozkurczu

serca. Często nader trudno odróżnić ten szmer od szmeru osierdziowego a wtedy należy zawsze wysłuchiwać okolice serca w czasie snu chorego dziecka, przestrzegając aby położonóm było spać w ubraniu możliwem do łatwego odkrycia piersi celem jój zbadania. Głównym znakiem rozróżniającym osierdziowe tarcie jest ściśle i jasne ograniczenie tegoż i nigdy tak daleko się nie przenosi jak szmer osierdziowy, że nie jest ani skurezowym ani rozkurezowym i że raptownie ustaje występując w sąsiednim miejscu lub nie wracając się już wcale.

Tętno w początku choroby wielkie, szybkie i trudno ucisnąć się dające, w dalszym przebiegu zwykle staje się małym, nierytmicznym i łatwo uciskalném. Na żyłach szyjowych przy obfitych wysiękach osierdziowych widzimy wyraźnie falowanie a mianowicie żyły obrzmiewają przy skurezu, opadają przy rozkurezu, albowiem przy początku skurezu zamyka się zastawka trójdzielna i przedsionek prawy się rozszerza; ponieważ zaś z powodu obecności wysięku to rozszerzenie nie może dokładnie nastąpić, przeto krew zastawa się w naczyniach doprowadzających i powoduje widoczne nabrzmienie żył szyjowych. Prócz tego prawie stale znajdujemy niezbyt a także i częściowy ucisk płuca prawego.

Zaburzenia czynnościowe i ogólne są jak wspomniano nader zmienne; stosują się one więcej do powikłań zapalenia wsierdzia aniżeli do niego samego. Jako zejście bywa albo wyzdrowienie, w rzadkich wypadkach przy raptowaném zniknięciu szmeru tarcia, albo téż śmierć która występuje często nadspodziewanie szybko lub wreszcie choroby następcze: całkowite zrośnięcie blaszek osierdzia, rozszerzenie pojedynczych części serca, cierpienie mięszu sercowego a w skutku tych spraw rozliczne zaburzenia w krwi krążeniu.

**Leczenie.** Gościec ostry nie daje się przerwać a może nawet i skrócić. Chlorek 2-rtęci, emetyk, weratryna, upusty krwi, leczenie zimną wodą przeciw téj chorobie zalecane nie przynoszą wyraźnej pomocy. W takich warunkach nie pozostaje nic nad leczenie objawowe, morfina gra wówczas najważniejszą rolę. Za pomocą tego środka najlepiej w formie ulepku udaje się zwykle dziecie uspokoić i kilkogodzinny sprowadzić sen, jakkolwiek nie wpływa to na zmianę sprawy chorobnej. Zajęte stawy najlepiej wysmarować oliwą i obłożyć grubo watą, celem zapobieżenia od wpływu zimna i wszelkiego dotknięcia.

Co do zapalenia wsierdzia lub osierdzia wikłających ostry gościec, Vogel nigdy nie używa metody ściśle przeciwwzapalnej; co naj-

wyżej tylko u dzieci dobrze odżywionych, kilka dawek kalomelu powinnoby działać pomyślnie przeciw gorączce. Zalecić tu należy lekkie środki drażniące skórę, gorzyczyniki, suche bańki etc. Zapalenie osierdzia ropnicowe u noworodków, zawsze kończy się śmiercią; nie wymaga więc żadnego szczególnego leczenia. Pozostające wady serca czynią koniecznym urządzenie nader uważnego sposobu zachowania się, jak to było podane w poprzedzającym rozdziale przy opisie leczenia wrodzonych wad serca.

### 3) Puchlina osierdzia

(*Hydropericardium*).

Puchlina osierdzia sama przez się zdarza się tylko przy wadach serca, gdzie zakłócenie krążenia może się objawić wcześniej na osierdziu aniżeli na opłucnej i otrzewnej. W większej jednak liczbie wypadków wikła się z wysączeniem płynu surowiczego do wspomnianych jam i występuje jako ostatni akt puchliny ogólnej z zejściem śmiertelnym zwykle wkrótce następującym. Zapalenie nerek po płonicy jest u dzieci prawie jedyną przyczyną właściwych przesieków.

**Zmiany anatomiczne.** W jamie osierdzia znajdujemy jasno żółty, przezroczysty płyn od 1—4 uncyi, przedstawiający chemiczne własności innych surowicznych przesieków t. j. własności rozcieńczonej surowicy krwi. Dla odróżnienia od ropnego zapalenia osierdzia, to ostatnie z wyjątkiem tylko lekkiego przesiąknięcia surowicą jest zupełnie nietknięte ani pokryte błonami rzekomemi, ani gdziekolwiek nieprawidłowo przyrośnięte. Miąższ serca jak u wszystkich cierpiących na puchlinę wpada więcej w odcień żółtawy niż czerwony.

**Objawy.** Małe zebrania płynu w osierdziu nie dadzą się rozpoznać i prawdopodobnie nie wywołują też żadnych objawów, albowiem i w stanie fizyologicznym znajduje się płyn w osierdziu; ilość takowego podlegać może dość znacznym wachaniom. Przy obfitym płynie otrzymujemy wyraźnie objawy opisanego wyżej zapalenia osierdzia. Powstaje uczucie silnego ciśnienia i duszność (*orthopnoea*), żyły szyjne obrzmiewają przy każdym skurczu a opadają przy rozkurczu. Skóra w okolicach wyżej wspomnianych przyjmuje z lekka sinawy odcień, ciepłota obniża się. Przed przesiekami w osierdziu zwykle w inne jamy pierwój on wypaca się szczególnie w jamy opłucne; prze-

to obraz choroby zależny od puchliny osierdzia różnorodnie bywa zaciemnionym a głównie ze strony narządu oddychania.

Znaki fizyczne są te same co przy zapaleniu osierdzia, tylko że są daleko wyraźniejsze i łatwiej stwierdzić się dają; dzieci te mniej cierpią ogólnie są więc spokojniejsze od dzieci chorych na zapalenie osierdzia. Okolica serca jest nieco wypuklona, uderzenie nie jest stałe lub wcale wyczuć się nie daje, tętno małe, stłumienie odgłosu ku górze bardzo wyraźne. Jeden tylko znak osierdzia nie zdarza się tu nigdy, mianowicie szmer tarcia albowiem brak tu warunków wywołujących t. j. szorstkich błonami pokrytych ścian. Zejścia puchliny osierdzia bywają rozmaite stosownie do przyczyny. Zawsze śmiercią kończą się puchliny osierdzia dołączające się do wad sercowych, podczas gdy te które powstają po szkarlatynie mogą zostać łatwo wessane przy odpowiednim leczeniu.

**Leczenie** skierowane być powinno przeciwko wywołującej chorobie. Podobnie jak przy wszelkich puchlinach, tak i tu najwięcej wskazane jest leczenie moczopędne; z pomiędzy środków tu odnoszących się najlepiej i najdłużej bywa znoszonym gąszcz jałowcowy (*Roob Juniperi*) bez żadnego dodatku. Odciągnięcia na przewód pokarmowy należy unikać u tych dzieci; sprowadzić one mogą zaburzenia w trawieniu a tylko przy należytej wymianie materji i odżywianiu tkanek ustroju można spodziewać się usunięcia tego objawu. Również odciągnięcia na skórę za pomocą powtarzanych przyszczydeł nie zdaje się być odpowiednie z powodu bólu jaki tu ma miejsce, tém mniej właściwe będą przetwory z much hiszpańskich u dzieci cierpiących na zapalenie nerek. Przekłucie osierdzia (*paracentesis*) bywa wprawdzie zalecane przez niektórych autorów jako ostateczny środek, ale ile się zdaje nie był wykonywanem w praktyce. Obecnie po wynalezieniu odpowiedniego przyrządu do wypuszczenia płynów przez Dieulafoy powinien być chętniej stosowany.

## B. Tętnice i żyły.

Choroby tętnic nie zdarzają się u dzieci i napróżno szukalibyśmy u nich ateryonatycznego zwyrodnienia jakie znajdujemy częstokroć u dorosłych osób. Zasługuje tu raczej na wspomnienie nieprawidłowy przebieg tętnic promieniowych i tenże w niektórych wypadkach u dzieci ciężko chorych lub z niedokrwistością może dać powód do błędnych wniosków w rokowaniu. Z tego powodu w razie



uderzającj małości lub zupełnym braku tętna w tętnicy promieniowj, potrzeba zawsze przekonać się o własnościach innych tętnic, szyjowych lub skroniowych, zanim zaopiniujemy o pełności lub próżności układu naczyniowego.

Jako przejście do chorób żył przytoczyć należy guzy rozprężne.

### 1) **Guz rozprężny**

(*Naevus vasculosus, telangetasia arterialis*).

Guzem rozprężonym nazywamy rozszerzenie znaczniejszej ilości naczyń włosowatych, który to stan występuje mianowicie na twarzy, powiekach wargach i na szyi. Choroba ta zajmuje raz naczynia włosowate skóry właściwej, drugi raz naczynia tkanki łącznej podskórnej, innym razem jedne i drugie na mniejszej lub większej przestrzeni. W pierwszym wypadku widzimy czerwoną wyniosłość skóry, barwy a także często i kształtu maliny, w ostatnim razie guz nieco ciastowaty po nad którym powłoka skórna albo jest prawidłowa, albo również opatrzona porozszerzaniami naczyń. Te rozszerzenia naczyń są zwykle wrodzone, wzrost ich jednak nie stoi w prostym stosunku do rozwijania się całego organizmu przewyższa je znacznie, tak, że mała czerwona wyniosłość będąca przy urodzeniu wielkości główki szpilki, może dojść po roku do wielkości grochu lub orzecha laskowego. Fakt ten ogólnie jest znany, natomiast wielu lekarzy pozostaje w błędzie co do przebiegu guzów rozprężnych i znamion naczyniowych. Istnieje bowiem pogląd, że takowe ustawicznie rosną jeżeli nieudzielimy operacyjnej pomocy; nie wyjaśniono téż dla czego guzy te rzadko zdarzają się u dorosłych a stosunkowo często u dzieci. Powodem tych mniemań jest, że właśnie większa część guzów rozprężonych zmniejsza się dobrowolnie i wreszcie znika zupełnie bez wszelkiego działania lekarskiego. To dobrowolne zanikanie na podobieństwo dziecięcych brodawek skórnych, odróżnia dostatecznie znamie naczyniowe od złośliwego nowotworu.

Rozprężne guzy, których pokrycie skórne jest prawie normalne, dadzą się łatwo rozpoznać przez znikanie pod uciskiem palcem; podczas krzyku naprężone, niekiedy lekko tętnią i przy wysłuchiowaniu dają szmer szeleszczący.

**Zmiany anatomiczne.** Przecięty na zwłokach guz rozprężny zmniejsza się i wydaje dosyć znaczną ilość surowicy. Szczegółowsze

badania wykazują, że guz ten składa się z samych rozszerzonych i powydymanych naczyń włosowatych, które rozlicznie łączą się między sobą i w ten sposób przedstawiają tkanę jamistą (gąbczastą). W tém to leży powód że guzy rozprężne dają się zupełnie ucisnąć palcem. Drobnowidz przedstawia podłużne i poprzeczne przecięcia naczyń włosowatych, niekiedy jakby z małemi workowatemi wypukłościami lub jak gdyby niektóre naczynia włosowate kończyły się kolbiastem nabrzmieniem. Między naczyniami leży zupełnie wykształcona tkanka łączna.

**Leczenie.** Przy znamieniu skórném leczenie jest inne niż przy guzach rozprężnych w tkance łącznej podskórnej. Miejsca skóry barwy malinowej na czole, powiekach etc. dadzą się nalepić i najprościej usunąć za pomocą zaszczepienia krowianki. W tym celu igłą zmazaną w limfie ospowej nakłuwamy znamię 10—20 razy, przy czém wychodzi zawsze kilka kropel krwi, mogącej limfę ospową z ranek słuukać a cel nasz wówczas osiągnięty nie będzie. Jeżeli jednak pozostawimy te nakłucia póki nie wykrwawią, obmyjemy to miejsce wodą i zwilżymy ich powtórnie limfą ospową, wówczas w nakłótych miejscach po kilku lub więcej dniach wystąpią krostki małe sino-czerwone, które wkrótce zlewają się z sobą i wywołują mniej lub więcej silne objawy gorączkowe, 8-go lub 9-go dnia zasychają a po odpadnięciu strupów pozostaje blizna z początku sino-czerwona, później jednak bledniejąca. Jeżeli wypada nam leczyć znamię u dzieci już szczepionych, to oczywiście postępowanie to nie zawsze będzie skuteczne. Po bezowocnem szczepieniu możemy wywołać głęboko sięgające pryszcze za pomocą plastru emetykowego (z 1 cz. na 3 cz.), który należy rozsmarować na płótnie i pozostawić na znamieniu przez 4—6 dni; po zaschnięciu pryszczy i odpadnięciu strupa znamię może zniknąć zupełnie lub przynajmniej zostaje podzielone na pojedyncze mniejsze i te bez obawy mogą być kilkakrotnie traktowane później tym samym plastrem. Wielkie płaskie znamiona mogą być również zmniejszone przez tatuowanie. W tym celu wbijamy w korek 10—12 igieł i nakłuwamy nimi znamię na całej przestrzeni, poczem w świeże ranki z nakłucia wcierymy magnezyę paloną lub tlenek cynku. Ze zmieszania czerwonego koloru z białym powstaje barwa różowa, mało od różniająca się od koloru skóry.

Zanim się uciekniemy do silnych przyżegań ciastem wiedeńskiem, chlorkiem cynku, stężonym kwasem siarczanym etc. przez co mogą niekiedy powstać wielkie strupy zgorzelinowe i szpetne blizny lub

zanim postanowimy operacyjną pomoc, powinniśmy uwzględnić to, że wiele znamion z czasem dobrowolnie znika lub co najwyżej pozostawia miejsce nieco czerwieńsze, które często mniej szpeci aniżeli wielkie promienisto wciągnięte blizny pooperacyjne. Vogel stanowczo przeciwny jest operowaniu tych znamion skórnych które nie dadzą się łatwo obejść dwoma wklęsłymi cięciami i połączyć dokładnie krwawym szwem. Inaczej rzecz się ma z podskórnymi guzami rozprężnymi, które zresztą znacznie są rzadsze niż w samej skórze. Guzy te przy dobrowolnym pęknięciu lub lekkim zranieniu mogą dawać powód do obfitych i życia zagrażających krwotoków, tak że nie należy odwlekać z ich leczeniem. W pojedynczych wypadkach udało się wprowadzić ich do zaniku przez ciągły nacisk, ale potrzeba do tego wielkiej cierpliwości i wytrwałości, a prócz tego potrzeba koniecznie prawie stałej kostnej podstawy do nacisku. Jeżeli niema tych warunków, to próba nacisku jest bezowocna. Dla usunięcia tych podskórnych rozszerzeń naczyń włosowatych, używano poprzednio głównie przewiązania, przez przekłucie guza u podstawy długą igłą z podwójną nitką albo lepiej jeszcze tasiemką i przewiązanie guza na dwie strony. W nowszych czasach używano dobrym skutkiem żegadła elektrycznego. W tym celu przeprowadza się przez podstawę guza kilka drutów platynowych w odległości 2—3 linii od siebie, rozpala je do białości stosem galwanicznym, poczem powstaje strup, wielkie skrzepy, ropienie a wreszcie uleczenie.

## 2) Zakrzepy w zatokach opony twardej.

(Od czasu jak Virchow rozszerzył naukę o powstawaniu zakrzepów, dokonywano poszukiwań w tym kierunku i wzięto pod uwagę anatomiczne stosunki dla wytłumaczenia przebiegu choroby. I tak Gerhardt przy 96 sekeyach dzieci powyżej roku, znalazł 7 razy zakrzep w zatokach opony twardej; wszystkie te 7-ro dzieci zmarły po obfitych biegunkach, z wystąpieniem sinicy, śpiączki i drgawek.

Trudną rzeczą przy tych zakrzepach jest oznaczenie jak dawno one powstały. Nie zawsze łatwo rozstrzygnąć czy zakrzep utworzył się na kilka dni przed śmiercią, przy konaniu lub dopiero po śmierci. Główne znaki do tego służące są: uwarstwienie zakrzepów, ich zmieknienie w środku i przyczepienie do ścian żyły (zatoki); do zabarwie-

nia żółtego lub czerwonego, nie należy przywiązywać zbyt wielkiej wagi. Zdaje się jednak że zakrzepy te nie są cechującymi dla zaniku dzieci; Vogel przynajmniej często nie znalazł ich wcale, a w innych razach znajdował czerwone świeże zakrzepy które z pewnością dopiero po śmierci powstały. Tak więc opisany tu stan ma nie wielkie kliniczne znaczenie.

---

## ROZDZIAŁ V.

### Choroby układu nerwowego.

#### M ó z g.

##### 1) **Ostra wodna puchlina mózgu wewnętrzna.**

(*Hydrocephalus acutus internus*).

Synonimy: *Morbus cerebrialis Whyttii*, *Hydrophlogosis ventriculorum cerebri* (Lobstein) *Febris hydrocephalica. Entero cephalopyra!!* (Eisenmann). *Der hitzige Wasserkopf. Meningealtuberculose.*

Istota téj choroby polega na gruźlicy prosówkowej błony pajęczej mianowicie podstawę mózgu pokrywającej, na znaczném powiększeniu prawidłowego płynu w komórkach mózgowych znajdującego się i na rozmięczeniu części mózgu stanowiących otoczenie tych komórek. Zwykle przytaczają gruźlicę jako przyczynę okolicznościową, jednakże opisują téż ostrą wodną puchlinę mózgu wewnętrzną powstającą z innych przyczyn.

**Zmiany anatomiczne.** Przy badaniu zwłok dzieci zmarłych skutkiem choroby w mowie będącej, należy bardzo ostrożnie otwierać jamę czaszkową. Jeżeli cieniuączo wielkie nie jest jeszcze zarośnięte, wówczas wypukła się ono znacznie a niekiedy stwierdzić się daje wyraźne chęłbotanie. Czaszkę należy piłować ostrożnie, piłkę prowadzić tak aby nie uszkodzić mózgu często bardzo miękkiego i aby płyn z komórek mózgowych nie wypłynął przed ściśłem zbadaniem go. Jeżeli opona twarda przytwierdzona jest miejscami do kości czaszki, to bardzo jest trudno odjąć sklepienie tejże czaszki wraz z oponą bez naruszenia całości mózgu. W tych rzadkich wypadkach zaleca się po przepiłowaniu czaszki nie przecinać saméj opony twardej lecz za pomocą odpowiedniego noża, oddalić sklepienie czaszki wraz odciętą oponę twardą

i wszystkimi częściami mózgu leżącymi powyżej cięcia w kości. Wprawdzie trafiamy tu na komórki i zawartość ich płynna wylewa się, ale korzyść jest ta że oszczędzamy resztę mózgu nadzwyczaj miękkiego i rozrywającego się, tak że będziemy mogli dokładnie zbadać jego podstawę.

Oddalwszy tedy sklepienie czaszki i oponę twardą, widzimy, że mózg niejako wydostaje się z jamy czaszki, opony miękkie są bardzo napięte, opona pajęczka na wysokości mózgu sucha, zawoje są wygładzone, co świadczy że istota mózgu była silnie naciśniętą na kość od wewnątrz ku zewnątrz. Dostatecznie jest wykazane że nastryknięcie opon mózgowych na trupie niema żadnego związku z nawałem krwi za życia; ztąd nie dziwnego, że przy chorobie o której mowa, opony raz są ciemno-czerwone, drugi znów zaś zupełnie blade. Chcąc zbadać chemicznie płyn z komórek mózgowych, należy wprowadzić do nich ostrożnie trójgraniec i wypłyniętą ciecz zebrać w czyste naczynie; jeżeli bowiem zbierzemy całą jej ilość jaka się wylewa z komórek przy ich przecięciu nożem, to zawsze otrzymamy mieszaninę krwi i płyn z komórek mózgowych, co już nie jest właściwe do chemicznych poszukiwań.

Chemiczny rozbiór płynu przy ostrój wodnej puchlinie mózgu wewnętrznej daje nadzwyczaj szczególne wyniki, na co pierwszy zwrócił uwagę C. Schmidt w Dorpacie. Oddziaływanie jest zawsze wyraźnie alkaliczne, płyn jest jasny wprawie jak woda i zawiera tylko ślady białka, albowiem przez zakwaszenie i gotowanie zaledwie opalizuje lub mętnieje, jednakże wcale nie daje większych zbitszych mass białka. Szczególne jest zachowanie się soli; podczas gdy płyn opon cienkich z obwodu zebrany zawiera sole w tym samym stosunku co płyny z innych błon surowicznych wydzielające się, mianowicie w takim jak w surowicy krwi, to w płynie wydzielonym ze spłotów naczyniowych znajduje się więcej soli potażowych i fosforanów, tak że stosunek potażu do sody oraz fosforanów do chlorków zbliża się bardziej do stosunku soli jaki znajduje się w ciałkach krwi. Podczas gdy według C. Schmidta w solach obwodowego płynu opon na 2,8% potasu przypada 40,0% sodu, to w solach płynu wewnątrz komórek mózgowych przy wewnętrznej wodnej puchlinie (*hydrocephalus internus*) na 17,8% potasu znajduje się tylko 27,2% sodu. Nie mamy więc tu do czynienia z czystym przesiekiem surowicy krwi, ale ze szczególną wydzieliną, do której wydania zdają się przyczyniać ciałka krwi.

Ściany komórek mózgowych są mniej lub więcej rozmiękczone, błona wyściełająca komórki mózgowe (*ependyma*) zmieniona. Rozszerzenie komórek bocznych jest często tak znaczne, że przegroda komó-

rek rozrywa się a wówczas komórki bezpośrednio łączą się z sobą. W najwyższym stopniu rozmiękczone są wzgórki wzrokowe, dalej spoidło i wzgórki prążkowane, których powierzchnia niekiedy jest naruszona, strzępkowata, płatkowata. Sploty naczyniowe są opróżnione z krwi, zupełnie blade, nie zaś przepełnione krwią jak to podawane bywa w nowszych podręcznikach francuzkich. Bładość ta jest bardzo naturalna, albowiem znaczne nagromadzenie płynu w komórkach musi stać na zawadzie wypełnieniu się krwią tych splotów naczyniowych. Jeżeli przy nieostrożnem otwieraniu czaszki płyn przedwcześnie się wylał, wówczas bladość splotów obok ogólnego rozszerzenia komórek jest najlepszą miarą nateżenia wewnętrznej wodnej puchliny mózgu.

Następnie zwracamy się do podstawy mózgu; znajdujemy tu biało-żółty lub żółto-zielonawy wysięk szczególnego galarętowego wejżenia, złożony w oponach cienkich mózgowia. Ten wypłód patologiczny zasklepia dosyć silnie rowki międzyzwojowe i wypełnia zagłębienia na podstawie mózgu, głównie w okolicy odpowiadającej siodłu tureckiemu. Najobficiej znajduje się w zagłębieniu między półkulami od skrzyżowania nn. wzrokowych do mostu Waroła i na moście ku rdzeniowi przedłużonemu, oraz rozszerza się na zewnątrz mianowicie do rowków Sylwiusza i w szczelinę podłużną mózgu. W rowku Sylwiusza wzdłuż tętnicy i żyły najwyraźniejszy jest gruzelkowy charakter wysięku, znajdujemy tu bowiem niezmierną ilość drobnych białych ziarenek które pod drobnowidzem okazują się gruzelkami prosówkowymi. Składają się one z bezkształtnych pierwiastków anatomicznych znajdujących w gruzelkach, przedstawiające się zaś tu i owdzie włókna tkanki łącznej nie należą do gruzelka prosówkowego ale do opony naczyniowej w której gruzelki się mieszczą. Oprócz w rowku Sylwiusza znajdujemy téż gruzelki prosówkowe na podstawie mózgu wzdłuż naczyń.

Co się tyczy innych narządów, to stale przekonywamy się że w pewnych narządach ustroju znajdują się dawniejszego początku żółte gruzelki, a mianowicie najczęściej w gruczołkach oskrzelowych, w których mieszczą się także ogniska złożone z serowatęj masy, dalej w płucach, wątrobie, w samym mózgu etc. Wspominany tu i owdzie w podręcznikach związek między ostrą wodną puchliną mózgu i rozmiękczeniem żołądka, rozumie się że nie istnieje w rzeczywistości, jak to wyżej przytoczono przy opisie rozmiękczenia żołądka.

**Objawy.** Choroba pojawia się najczęściej u dzieci od 2—7 lat wieku. Najmłodsze dziecko u którego spostrzegano gruzelkowe za-

palenie opon miało 3 miesiące; u starszych dzieci i u dorosłych gruźlica prosówkowa daleko częściej umiejscawia się w płucach niżeli w oponach mózgowych. Dla łatwiejszego zrozumienia przedstawiono już rozmaite podziały na okresy. Przyjęto: 1) okres nawału, 2) zapalenia i 3) wysiękania; Bouchut odróżnia: *stad. prodromorum, invasionis et convulsionis*; ściśle jednak rzeczy biorąc anatomo-patologicznie nie można zrobić żadnego podziału, biorąc zaś za podstawę objawy, odróżnić można: 1) okres podrażnienia i 2) okres porażenia. W pierwszym możnaby dalej odróżnić jeszcze zwiastuny i objawy wytworzonego wypłodu w komórkach. Zwiastuny są nader szczególnego rodzaju i różnorodne. Chociaż nie można zaprzeczyć że nauka o zwiastunach nieco zanadto się rozszerzyła i objęto nią wiele może niewłaściwego, to jednak niepodobna zupełnie ich zaprzeczyć. Należy przedewszystkiem odróżnić czy wodna puchlina mózgu rozwinęła się u dziecka które już dawno przedtém przedstawiało wyraźne objawy gruźlicy zwykle płucnej lub też czy objawów tych dotąd nie było a choroba rozwinęła się u dziecka pozornie zupełnie zdrowego? Niektórzy lekarze sądzą że brak jest zupełnie objawów zwiastunowych i że od razu mogą wystąpić objawy rozwiniętej już ostrzej puchliny mózgu; w praktyce jednak tak się nie dzieje. Zawsze dostrzegamy tu przez kilka dni, zwykle nawet całemi tygodniami, pojedyncze dosyć stałe objawy zapowiadające które powoli tylko wzmagają się, aż wreszcie choroba sama z całą gwałtownością wybucha.

Ten okres zwiastunowy trwa zwykle od 2—3 tygodni niekiedy kilka dni; wszakże zdarzają się wypadki, gdzie u dzieci przez kilka miesięcy wlece się. Najstalszem zjawiskiem jest tu powoli występujące wychudnienie; to zupełnie prawie oszczędza twarz, tak że dzieci jeżeli są ubrane z wejrzenia nie przedstawiają nic szczególnego. Zwykle to wychudnienie zwraca uwagę troskliwych matek i piastunek, zwłaszcza uwydatnienia się żeber u dzieci zaczyna je niepokoić. Do tego dołącza się wkrótce bladeść lekka twarzy i szczególny blask oczu. Dzieci tracą żywość i wesołość właściwą zdrowym. Śpią one więcej zwykle, odsuwają się od zabaw poprzednio ulubionych, stają się marudne, opryskliwe dla osób otaczających i popadają w płacz za lada powodem. Zasługuje także na uwagę, że nie próbują teraz małych wybryków jakich się poprzednio dopuszczały, np. wspinania się na stołki, otwierania drzwi których nie mogą dosięgnąć, nawet wyglądania przez zakratowane okno; wezwane do tego wzbraniają się wręcz. Chłopcy, którzy nie pozwalali sobie wyrządzić krzywdy swym współtowarzyszom zabawy i bronili się dopóki sil starczyło, teraz poddają



się i z płaczem odchodzą. Inne dzieci znowu stają się nadzwyczaj grzeczne, łagodne, ustawicznie pieszczą się z rodzicami i długo nie mogą się pocieszyć po krótkim nawet rozłączeniu z niemi.

U starszych dzieci, które już czegoś się uczyły, nauczycielowie dostrzegają niezwykle roztrzępanie i obojętność, uczenie się na pamięć idzie trudniej niż zwykle a wyuczona lekcya wydaną zostaje z jękaniem. W dzień dzieci takie śpią niezwykle wiele i często, natomiast sen w nocy jest mniej głęboki i przerywany niemilemi snami, przewracaniem się na łóżku i częstym krzykiem z przelęknienia. Apetyt jest zmniejszony, często objawia się chęć do nieco drażniących pokarmów jednak także bardzo mało zjadają. Pragnienie nie jest powiększone, wydzielanie moczu nieco zmniejszone, często jednakże tak jest moczanami przesycony że prędko po oddaniu go powstaje ceglasty osad. Wydalenie mass stolcowych zwykle jest utrudnione zwłaszcza u starszych dzieci, wszakże istniejąca biegunka nie upoważnia do wykluczenia rozwijającej się ostrój puchliny mózgu. U małych dzieci w czasie pierwszego ząbkowania zdarza się że biegunka towarzysząca ząbkowaniu trwa jak w stanie prawidłowym, a jednak już istnieje początek ostrój puchliny mózgu. Nawet starsze dzieci nie skarżą się na ból głowy prawie nigdy, częściej zaś daje się zauważyć zawrót głowy i niepewny chód. (Vogel przytacza w jednym wypadku u 4-letniego chłopca podnoszenie nóg przy chodzeniu jakby dla wejścia na schody). Dosyć często dzieci skarżą się na ból w brzuchu, który to ból wyraźnie zwiększa się za uciskiem. Zwykle brak gorączki; wszakże to samo tyczy się jój co powiedziano wyżej o biegunce, t. j. że obecność gorączki wcale nie wyłącza obecności ostrój puchliny (*hydrocephalus*).

Skreślone wyżej objawy wzmagają się tedy stopniowo wszystkie razem lub pojedynczo, dzieci kładą się w łóżko i występują dalej znaki poczynającego się wysiękania jako podrażnienie mózgu.

Inaczéj się rzecz ma gdy dzieci z niewątpliwą gruźlicą płuc ostatecznie zapadają na gruźlicę opon i ostrą wodną puchlinę mózgu. Tu oczywiście objawy dłużéj trwającej gruźlicy płuc: gorączka trawiąca, silne osłabienie, znaczny nieżyt oskrzeli, etc., występują tak na pierwszy plan, że prawie nie można dostrzedz opisanych wyżej zwiastunów. Choroba rozpoczyna się tu od razu znakami poczynającego się wysiękania i podrażnienia wywołanego temże.

Najwybitniejsze objawy okresu podrażnienia są: wymioty, zaparcie stolca, powolne tętno, oddychanie nieregularne, podniesiona ciepłota skóry, wciągnięcie brzucha, ból głowy, pobudzenie naprzemian

z niejaką sennością, poczynające osłabienie władz umysłowych i różnego rodzaju zaburzenia ruchowe.

Przeważne objawy okresu porażenia są: nadzwyczaj przyspieszone tętno, głęboka śpiączka i porażenie mięśni woli podległych. Aby nie przerywać opisu pojedynczych objawów, oraz z powodu że przejście jednego okresu w drugi wcale nie da się oznaczyć tak dokładnie jak to podają niektórzy autorowie, przeto pominiemy w dalszym opisie podział na okresy i opiszemy każdy objaw od razu aż do śmiertelnego zejścia.

Co się najprzód tyczy zaburzeń w trawieniu, to pierwsze miejsce zajmują tu wymioty. Jest to objaw bardzo stały i występuje zwykle tak wcześnie, że przy jego obecności możemy pewnie zrobić rozpoznanie. Jednak czas trwania wymiot bywa rozmaity. Jedne dzieci wymiotują tylko w jednym lub kilku dniach i to nie wszystko co zjadły, inne natomiast są niemi męczone od początku choroby prawie aż do śmierci bezustannie, tak, że niema pożywienia któreby po krótkim czasie nie zostało zwrócone. Właściwem jest to że wymioty nie przedstawiają żadnych dłuższych przerw, ale zwykle nie wracają skoro nie pojawiły się przez 24 godzin. Nader ważnym dla rozpoznania jest rodzaj wymiot. Podczas gdy dziecko cierpiące na niestrawność, na dłuższy czas przed wymiotami doznaje nudności, odbijania i poci się, to dzieci cierpiące na wodną puchlinę użgu, wymiotują bez żadnych tego rodzaju przygotowawczych zjawisk, tak jakby nabrawszy pełne usta wody, takową po prostu oddały napowrót. Wymioty zostają ułatwione gdy dziecko się podniesie lub na boku położy,—ustają skoro żołądek się opróżni. Jeżeli płyny lub stałe pokarmy zostaną wprowadzone do żołądka to wkrótce bywają zwrócone, przyczem dziecko nie doznaje ani szczególnej obawy ani dolegliwości. Bardzo rzadko tylko do płynów zwymiotowanych bywa domieszana żółć, co się da objaśnić nieznacznymi ruchami przeciwoobaczkowemi. Ponieważ lekarz rzadko tylko jest świadkiem wymiot, przeto nie pozostaje mu nic prócz dokładnego zbadania; należy zwrócić uwagę osób otaczających aby starali się dokładnie ocenić rodzaj wymiot, czy one łatwo odbywają się lub trudno, z odbijaniem lub bez tychże?

Drugim równie stałym objawem jest: zaparcie stolca, na które cierpi przynajmniej  $\frac{3}{4}$  dzieci z wodną puchliną mózgu. Wydzielina kiszek zmniejsza się znacznie; nawet silne *drastica* pozostają bezsku eczne, do czego przyczynia się jeszcze to, że środki te po większej części zostają wydalone przez wymioty. Chlorek 2-rtęci tak chętnie zad: wany przy zaparciu u dzieci, pozostaje tu po większej części bez

skutku. Zaparcie to nie trwa ciągle aż do śmierci ale później zjawia się kilka papkowatych stolców, bez względu czy środki wypróżniające były zadane lub nie. Nawet obfite biegunki przy gruźlicy kiszek mogą zatrzymać się przy wodnej puchlinie mózgu, jednak stolce później występujące są mniej rzadkie i posiadają znaną odrażliwą woń zgnilizny. W ogóle może służyć za prawidło, że zaparcie mniej stale bywa spostrzeganem niż wymioty, a nawet nie tak zbyt rzadko zdarzają się wypadki, gdzie od początku aż do końca stolec bywa codziennie. Obfitość tegoż musi znacznie zmniejszać się, oczywiście z powodu nader ograniczonej ilości przesuwających się pokarmów do kiszek. Apetyt znikł, a to co dzieci z trudnością zjadły, zwracają napowrót przy wymiotach; jasną ztąd jest rzeczą, że powstaje kilkodniowe zaparcie, przy czém brzuch coraz więcej zapada się i nigdzie mass kałowych nie można wyczuć.

Powstałe zmiany ze strony przyrzędu trawienia są mniej cechujące. Pragnienie nigdy nie bywa tak silne, jak przy innych stanach gorączkowych, np. przy durzycy lub ostrych wysypkach, odpowiednio do tego wydzielanie moczu zawsze jest bardzo zmniejszone. Ta nieznaczna potrzeba wody jest w związku z miernie podniesioną ciepłotą ciała, z tętnem przyspieszonym tylko w początku i z zaburzeniem w inervacyi żołądka. Mocz jest bardzo stężony, obfituje w mocznik, kwas moczowy, barwiki i sole i z tego powodu daje gęsty osad zostając jeszcze w pęcherzu, albo wkrótce po wydaleniu w stanie klarownym. Ku końcowi choroby często przez 24 godzin lub i dłużej dzieci wcale moczu nie oddają chociaż pęcherz nie przedstawia się zbyt rozszerzonym, co wskazuje na porażenie nerwów pośredniczących wydzielaniu moczu. Mocz w końcu oddany lub wydalony za pomocą cewnika jest mętny, posiada przenikliwą woń i odczyn ammoniakalny; białko nie zdarza się tu spotykać.

Również i apetyt rzadko znika tak zupełnie jak przy innych wzmiankowanych chorobach. Wprawdzie dzieci nie domagają się jedzenia, jednak bez trudności przyjmują mleko lub rosół, co jest tém więcej zwracające uwagę, że regularnie potem następują wymioty. Język w tym okresie choroby jest zawsze wilgotny, mniej lub więcej biało obłożony i nie przedstawia nic cechującego. Pozostaje on wilgotnym prawie przy wszystkich chorobach, co pochodzić się zdaje od obfitego wydzielania śluzu w jamie ustnej u dzieci zwyczajnych sypiać z zamkniętymi ustami. Również i dziąsła są zawsze wilgotne, tylko znajduje się tu biały osad występujący wśród przebiegu większej części chorób.

Zjawiska gorączkowe w żadnym okresie ostrój wodnej puchliny mózgu nie są silnego natężenia. Przy gruźlicy prosówkowej rozwijającej się zupełnie miejscowo w oponie cienkiej, nigdy nie przychodzi do podwyższenia ogólnej ciepłoty ciała; gdy zaś gruźlica prosówkowa zajmuje rozmaite inne narządy, zwłaszcza płuca, otrzewną i osierdzie, ciepłota ciała silnie wzmagą się na podobieństwo jak to zwykliśmy spostrzegać przy wybuchu ostrych wysypek. Ciepłota głowy a zwłaszcza czoła jest znacznie we wszystkich wypadkach podwyższona i pozostaje tak do śmierci, podczas gdy nogi mają skłonność do ziębnienia.

Ciepłota skóry pozostaje zwykle w prostym stosunku do szybkości tętna z wyjątkiem czoła zawsze gorącego chociaż tętno bardzo zostaje zwolnione.

Od dawna nadawano wielkie znaczenie tętnu przy ostrój wodnej puchlinie mózgu, i w samej rzeczy niema choroby, przy którejby tętno tak zasługiwało na baczną uwagę jak przy chorobie w mowie będącej. Częstość jego w początkach choroby zależy więcej od gruźlicy rozwijającej się w innych narządach nie zaś od gruźlicy opon. Jeżeli takowa jest bardzo obszerna i powstaje w wielu narządach to przyspieszenie tętna od tego zależne przemaga i wpływ choroby mózgu na zwolnienie tętna pozostaje na pewien przeciąg czasu bez skutku, aż wreszcie staje się rzadkiem powolnym (hydrocefalicznem). Jeżeli natomiast gruźlica opon zostaje umiejscowioną, tętno wówczas nader wkrótce przybiera właściwe cechy i daje się poznać po zmniejszonej częstości i zmienionej jakości uderzeń. Tyle przynajmniej jest pewnego, że w początku ostrój wodnej puchliny mózgu często przyspieszonym bywa, w innych zaś wypadkach już od pierwszego dnia zwalnia się i staje się coraz powolniejszym. W większej liczbie wypadków z początku tętno jest nieco przyspieszone i zwalnia się po kilku dniach. W przebiegu przy coraz powiększającym się płynie w komórkach mózgowych, ilość uderzeń tętna spada na 40—60, zwykle jednak nie pozostaje stale na pewnej liczbie lecz waha się często od godziny do godziny, tak, że w ciągu doby raz bywa 40, drugi raz 60, innym jeszcze razem 80 uderzeń. Wielkie te różnice możnaby uważać za błędy, w spostrzeganiu, jednakże w wielu razach przekonać się można że tętno w istocie bywa rozmaite. Prócz tego zdarzają się jakościowe zmiany tętna, mianowicie, po silnej fali, następuje kilka mniejszych lub na odwrót; również mają miejsce wyraźne jednak nieregularnie powtarzające się przestanki (intermisye), a niekiedy tętno przybiera szczególny charakter dający uczucie jakby drgająca struna. Właści-

wość ta znika gdy palcem nacisniemy silniej tętnicę, tak że dla ocenienia tej własności tętna należy je wymacywać lekko i uważnie.

Na 1—3 dni przed śmiercią tętno staje się znów szybkie, tak że dochodzi do 180 lub 200 uderzeń na minutę i trudne jest do zliczenia. Jeżeli po wzmiankowanym powyżej zwolnieniu tętna wraz ze zmianą jakości takowego, wystąpi trwale powiększenie szybkości tętna, wówczas możemy przewidywać niechybną śmierć w krótkim czasie gdyż to ogromne przyspieszenie polega na poczynającym się porażeniu nerwu błędnego.

Wielkie znaczenie mają też zmiany w oddychaniu. W początku choroby oddychanie odbywa się prawidłowo, wyjąwszy te wypadki gdzie gruźlica prosówkowa w płucach czyni wielkie postępy i gorączka jest gwałtowna. Wtedy oczywiście oddychanie jest bardzo przyspieszone, co zależy zarówno od miejscowych zaburzeń jak i od gorączki oraz od wpływu ogólnego odczynu ustroju. Skoro jednak objawy wysiękania wystąpiły, to zaczynają wywierać niewątpliwy wpływ na oddychanie. Staje się ono o wiele powolniejsze i niejednostajne. W jednej minucie dzieci oddychają 15 razy, w innej 30, w innej znów 20 razy. Oddychanie bywa powierzchowne, tak że klatka zaledwie dostrzegalnie się rozszerza, bez wydawania szmeru lub też następują głębokie westchnienia, które są tak stałe, że je nazwano westchnieniami hydrocefalicznymi. To zwolnione niejednostajne oddychanie zjawia się we wszystkich wypadkach, nawet w tych gdzie daleko posunięta gruźlica płucna musiała pociągnąć za sobą znaczne powiększenie liczby oddechów. Niekiedy oddychanie przerywa się zupełnie na kilka sekund lub dłużej, następne zaś wdychanie przedstawiające się w postaci głębokiego westchnienia wyczekiwaniem zostaje z obawą; bez pośrednio po tym następują znów zupełnie prawidłowe wdychania. Jeżeli na krótko przed śmiercią tętno stało się nadzwyczaj szybkie, to i oddechy stają się częstszymi, prawie tak jak w stanie prawidłowym, ale nie są wcale w prostym stosunku do olbrzymiej częstości tętna.

Fizykalne badanie płuc albo nie dostarcza żadnych wyników albo też w pojedynczych wypadkach wykazać się dają wytworzone jamy, które jak wiadomo zdarzają się znacznie częściej w dolnych płatach aniżeli w szczytach płuc. Vogel opukiwał mostek u wszystkich dzieci ostrą wodną puchliną mózgu dotkniętych a w praktyce jego zdarzających się, w nadziei, że gruźliczo zwyrodniałe i w gruźli pozlepiane przerodzone gruczoły oskrzelowe wydadzą w tej okolicy wyraźne stłumienie odgłosu. Wszakże to badanie okazało się bezowocnym, gruczoły oskrzelowe choć olbrzymio powiększone nigdy nie

podają się ku przodowi do mostka lecz zawsze na strony wgląd płuc, ku dołowi pod rozwidlenie i ku tyłowi w kierunku kolumny kręgowój. Z tego powodu nigdy na mostku nie znajdziemy obszerniejszego stłumienia, chociaż przy sekcji znajdziemy gruczoły oskrzelowe zwyrodniałe gruzliczo lub serowato, powiększone do wielkości jaja gołębiego lub nawet więcéj.

Zjawiska na skórze mają podrzędne znaczenie. W początku choroby skóra jest zwykle wilgotna, zdarzają się téż silne poty na głowie; z postępem jednak choroby skóra staje się suchą, szorstką, złuszcza się, a dopiero gdy wystąpi śmiertelne przyspieszenie tętna, wówczas skóra oblewa się obfitym potem jak u konających. Potówki są rzadkie. Skóra prawie aż do śmierci zachowuje wrażliwość na środki drażniące; silne maście emetykowe lub sublimatowe oraz pryszczydła działają prawie równie szybko jak u dzieci zdrowych, nawet wcierania maści szarój wywołują u dzieci z delikatnym naskórkiem zwykłą wysypkę pęcherzykową.

W francuzkich podręcznikach wspominają o właściwych plamach (*taches méningitiques*); mają one powstawać gdy paznogciem lekka pociągniemy po piersiach lub brzuchu dziecka; tworzą się tu szkarłatne czerwone pręgi przez kilka minut trwające, które z czasem przechodzą w otaczające różowe zabarwienie skóry. Vogel starał się wywołać ten objaw, nie widział jednak nic innego prócz czerwonych pręg które i u zdrowych powstają w skutek drapania. Nie jest to dla ostrój wodnej puchliny mózgu wcale właściwém zjawiskiem że w skutek miejscowych nawałów krwi, powstają raz w jednych drugi raz w innych miejscach czerwone plamy na skórze, zwłaszcza na twarzy. Częstsze ich występowanie przy téj chorobie zależy od zaburzeń w krwi obiegu spowodowanych przez nierówne i nieregularne skurcze serca.

Ból głowy jest również wybitnym, dosyć stałym objawem. Niewystępuje on jednak tak wczesnie jakby się to zdawało odpowiednio głównej przyczynie całej choroby; której przecieź w oponach mózgu szukać należy; bólu głowy brak téż prawie zawsze w okresie zwiastunów. Występuje on razem lub nieco wczesnieć od wymiot, i dosięga wkrótce tak wysokiego stopnia, tak, że starsze dzieci ustawicznie głośno płaczą i skarżą się, inne uwydatniają krzykiem silne jego natężenie wołając „moja głowa!” mniejsze często chwytają się rączkami za głowę, skubią się za uszy i włosy, i przerzucają niespokojnie głowę na poduszce. Przejawy bólu głowy trwają ciągle dopóki dzieci mają

przytomność, zwykle nie podają one pewnego oznaczonego miejsca na czaszce, wszakże pytane o to, w większej liczbie wypadków wskazują na skronie. U większych dzieci zdarzają się ruchy mimowolne, które zdają się odnosić także do bólu głowy; polegają one na tém, że dzieci z wielką szybkością przykładają rączki do szczytu głowy i znowu je odejmują. Bóle nie posiadają zwykle przerw ale trwają bezprzerwanie, aż nareszcie występuje śpiączka (*coma*).

Nader często, jednak nie stale, większe dzieci skarżą się na bóle w brzuchu, głównie w okolicy żołądka. Bóle te widocznie powiększają się za naciskiem i mogą być tak silne że dzieci wydają krzyk, gdy nawet lekko dotkniemy się okolicy żołądka lub innego miejsca brzucha. Zresztą bóle te nie trwają tak długo jak ból głowy, często nagle ustają, powracają także, nie dadzą się jednak zawsze odnieść do zmian anatomicznych błony śluzowej kiszek.

Postać brzucha jest niezmiernie cechującą. Z początku nie widzimy nic szczególnego, skoro jednak wymioty, zaparcie i w ogóle objawy ostrój wodnej puchliny mózgu trwały przez jakiś czas, to brzuch staje się codziennie mniejszy, więcej pofałdowany i zapadnięty aż wreszcie staje się łódkowatym a przy najłżejszem dotknięciu ręki czujemy wyraźnie aortę brzuszną na kolumnie kręgowój.

Zwykle objaśniają postać łódkowatą brzucha przez porażenie mięśni brzusznych, które mają wprost okrywać ściągnięte kiszkę; nie jest to jednak wcale porażenie ale trwałe kurczowe ściągnięcie m. poprzecznego i mm. ukośnych brzucha, w czém także bierze udział błona mięsna kiszek, te ostatnie są wówczas zawsze nader zwężone. Pewna twardość i naprężenie powstaje zawsze w ścianie brzusznej pomimo jój łódkowatej postaci a dopiero w ostatnich dniach przed śmiercią występuje niekiedy porażenie, wówczas ściana brzuszna jest wiotką i mniej zapadniętą. Inaczej rzecz się ma ze skórą pokrywającą ścianę brzuszną; w niej widzimy bardzo wczesne porażenie, tak, że ujęta palcami fałdka potrzebuje dłuższego czasu do wyrównania się. W chorobie o której mowa zawsze towarzyszy dopiero co wspomniane zapadnięcie brzucha; nazwa: „łódkowatego” brzucha jest dosyć właściwą, albowiem wzgórek łonowy, chrząstki żebrowe i wyrostek mieczykowaty tworzą wysokie wyniosłości, między którymi ściągnięte mięśnie brzuszne przedstawiają głębokie wyżłobienie. Już Gölis uważał ten znak za szczególnie ważny i sądzi że za pomocą niego można najpewniej odróżnić ostrą wodną puchlinę mózgu od durzycy.

Co się tyczy zewnętrznych zmian w czaszce, to takowe dają się widzieć tylko przy niezarośniętém ciemiaczku, które w miarę powiększającego się wysięku, wypukła się coraz bardziej i przedstawia wyraźne chełbotanie. Przy ciemiaczku zarośniętém, niekiedy rozwija się szybko obwodowe krążenie oboczne w żyłach skóry głowy,—jako skutek ucisku wylanego płynu na żyły opony twardej.

Czynności umysłowe ulegają bardzo wczesnie zboczeniom, o czém wspomniano już przy opisaniu okresu zwiastunowego. Najwięcej uderzająca jest pewna osłupiałość wzroku i niechęć lub w pewnych razach zupełna obojętność względem osób lub przedmiotów dawniej ulubionych. Później, gdy powstałe objawy nie nastroczają żadnej wątpliwości co do rozpoznania, występują majaczenia zwykle jednak spokojniejsze aniżeli przy ropném zapaleniu opon na wypukłości mózgu. Majaczenia gwałtowne (*deliria furibunda*) zdarzają się u dzieci dotkniętych ostrą wodną puchliną mózgu, tylko wyjątkowo i to przez ciąg czasu nader krótki ustępują niezadługo spokojnemu mrużącemu bredzeniu, przechodzącemu w trwały stan głębokiej śpiączki (*coma*). Według poszukiwań Rilliet i Barthez'a natężenie majaceń i wogóle objawów nerwowych nie pozostaje wcale w prostym stosunku do rozległości sprawy zapalnej w oponach; gdzie z gwałtownych objawów mózgowych domyślamy się grubiej warstwy wysięku i wielkiej ilości gruzelków prosówkowych, tam znajdujemy często przy sekcji zaledwie ich ślady, a gdzie wcale nie było majaceń lecz tylko śpiączka, w ostatnich dniach życia, rozwinął się często wysięk i obszerna gruzlica opon,

Bardzo zwykłym objawem jest krzyk powtarzający się w dłuższych przestankach, głośny i żaloszny, który to krzyk Coindet uważa za tak cechujący, że go nazwał krzykiem hydrocefalicznym (*cri hydrencéphalique*). Często wydają dzieci przez całą noc w dosyć równych długich przestankach jednostajne jęki żaloszne, którym towarzyszy zawsze głośne westchnienie. Te objawy podrażnienia, które dla osób otaczających są nadzwyczaj przykre trwają na szczęście nie dłużej nad 6—8 dni, poczem następuje głębokie zbezczulenie.

Jeśli dzieci raz już popadły w śpiączkę (*coma*), to zwykle już nie budzą się z niej aż do śmierci; jedynie tylko śpiączka przerywaną bywa majaczeniami, przyczém zawsze pierwsza przeważa. W nader rzadkich wypadkach, jakie np. Rilliet i Barthez przytaczają, przytomność miała w zupełności powrócić, ustępując jednak wkrótce poprzedniemu zbezczuleniu i śpiączce.



Zaburzenia w układzie ruchowym są nadzwyczaj różnorodne i nie brak ich bezwzględnie w żadnym wypadku ostrzej wodnej puchliny mózgu, występują jednak zwykle tak późno, że przy rozpoznawaniu choroby nie mają znaczenia. Okres w którym pojawiają się obchodzi wielce neuropatologów i dają niejedną wskazówkę do innerwacji rozmaitych części ciała. Zdarzają się drgawki i porażenia; pierwsze poprzedzają te ostatnie. Co do drgawek należy przedewszystkiem odróżnić ogólne i miejscowe. Ogólne drgawki występują napadami. Przystanki między pojedynczemi napadami są z początku długie, tak, że niekiedy upływa 3—4 dni od jednego do drugiego. Zwykle jednak powtarzają się one częściej i mogą w niektórych wypadkach trwać ciągle przez kilka godzin. Poczynają się zwykle na mięśniach oddechowych, tak że oddychanie zatrzymanem zostaje i przerwaniem bywa tylko kilka razy na minutę szybkim, niezupełnym wdechem. Wkrótce wstrząsane zostają kończyny przez szybko po sobie następujące tępcowe ruchy, które występują naprzemian z silnem wykrzywieniem przedramion i tępcem tylnym (*opisthotonos*). Oczywiście przytém powstają znaczne żyłne zastoje, twarz czerwieni się, oczy są nastrzyknięte, gałki skierowują się w rozmaite strony i ustalają się zwykle ku górze, tak, że między nawpół otwartemi powiekami niewidzimy źrenicy ani tęczówki lecz tylko białą twardówkę. Po kilku minutach, niekiedy dopiero po 2—3 godzinach ogólne drgawki słabną, poczem dzieci okryte trupią bladością popadają w głębokie zbezsilenie (*prostratio*) przy znacznem pogorszeniu w stanie ogólnym.

Miejscowe drgawki zajmują rozmaite oddziały mięśni, najczęściej mięśnie twarzy. Zdarza siętu ściąganie wargi górnej, kurczo wy uśmiechi właściwe ruchy ssania, wówczas dzieci całemi godzinami naprzemian usta wyciągają i znowu spłaszczają. Na oczach dostrzegamy dosyć późno zez, raz zewnętrzny drugi raz wewnętrzny. Objaw ten często nie jest trwały, ale częściowe podrażnienie lub przeciwnicze (antagonistyczne) porażenie może zajmować kolejno rozmaite mięśnie gałki ocznej i znikać znowu zupełnie w ostatnich dniach życia. Jak wspomniano zez występuje zwykle dosyć późno, wszakże Vogel obserwował wypadek gdzie 3-letni chłopiec przyniesiony został do niego, jedynie z powodu zez z każdym dniem powiększającego się; chłopiec ten w następnych dniach przedstawił coraz więcej objawów ostrzej wodnej puchliny mózgu, która śmiertelne spowodowała zejście.

Nader szczególne i dobrze znane doświadczonym piastunkom jest u dzieci zgrzytane zębami którego to objawu powszechnie oba-

wiają się; zgrzytanie to polega na kurczowych ściąganiach mięśni żucia i trwa aż do zupełnego ogólnego porażenia. Na kończynach górnych występują częścią mimowiedne większe ruchy, częścią skurcze, lekkie drżenie, lub ściągania pojedynczych ścięgien; dotykane rękami części płciowych i wykonywanie ruchów jakby samogwałtu bywa częstokroć spostrzegane u dzieci cierpiących na ostrą wodną puchlinę mózgu. Dolne kończyny mniej bywają zajęte częściowymi drgawkami niż górne, są one zwykle wciągnięte w stanie porażenia, a jeżeli wystąpią kurcze, to takowe przedstawiają się jako krótkie tępcowe ruchy z silnem wyprężeniem palców stopy.

Mięśnie karkowe i grzbietowe silnie skurczone a większa część dzieci przechyla głowę znacznie ku tyłowi jeżeli je na bok położymy lub posadzimy. O skurczu mięśni brzusznych wspomniano już powyżej, jak niemniej o kształcie brzucha ztąd wynikającym.

Zwracają również uwagę zaburzenia w obrębie czucia i zmiany zachodzące w narządach zmysłów. Mianowicie z początku choroby u większej części dzieci spostrzegać się daje znacznie powiększoną czułość skóry, objawiającą się wielką wrażliwością na lada dotknięcie. Jakkolwiek ostrożnie będziemy dziecko podnosić, zmieniać położenie, jakkolwiek zlekka dotkniemy się głowy, brzucha, rąk, zawsze dziecko opierać się temu będzie, wyraźne dając oznaki bólu. Przy powiększeniu się wysięku szybko zmienia się obraz chorobny, gdyż występuje porażenie mięśni czuciowych. Wtedy można dzieci szczypać lub kłóć, przekładać je z boku na bok, okładać pryszczycznikami lub maściami silnie drażniącymi, jednak nie będą się temu opierać, co najwyżej jeżeli jeszcze nie zupełnie stępione czucie okażą lekkim kwileniem wkrótce ustajacém. Brak czucia objawia się nadzwyczaj wybitnie na łącznicy oka, którą można dotknąć palcem bez żadnego oddziaływania. Nawet dotknięcie gałki oka nie powoduje zamknięcia się powiek. Na oczach oprócz zezu o którym wspomniano przy zaburzeniach ruchowych i oprócz błędnego lub zadziwionego wyrazu zasługuje jeszcze na uwagę zachowanie się źrenicy i powiększone wydzielenie śluzu. Czas trwania zwięzienia źrenicy jest bardzo przelotny i wcale niestały; zwykle dosyć wczesnie źrenica ma skłonność do rozszerzania się i to rozszerzenie powiększa się z każdym dniem coraz widoczniej. Ku końcowi choroby występuje niekiedy nierówne rozszerzenie się źrenic. U trzyletniego dziecka Vogel widział w ostatnich dniach życia jednostronne rozszerzenie się jój po stronie na której dziecko leżało, a zarazem szczególne wahadłowe ruchy gałki

ocznąj po tejże samej stronie, podczas gdy źrenica i gałka oczna w postawie ciała do góry zwróconej zachowywały się zupełnie spokojnie; udawało się Vogel'owi przez przełożenie dziecka na drugi bok wywołać téż same zmiany na gałce ocznej poprzednio w spokoju będącej, podczas gdy drugostronna niekiedy przestawała wachać się. Miał on również sposobność niejednokrotnie stwierdzić spostrzeżenie Brachet'a że pod wpływem światła źrenice już rozszerzone ściągają się na krótki przeciąg czasu, a po 1—2 minutach pomimo trwającego silnego oświetlenia znowu się rozszerzają. W ostatnich dniach przed śmiercią najbardziej nawet jaskrawe oświetlenie zostaje bez wpływu. Wydzielina łącznicy i gruczołów Meibom'a zwiększa się w czasie choroby, tak, że kilka razy w ciągu dnia zmuszeni jesteśmy usuwać z wewnętrznego kąta oka i rzęs dosyć znaczną ilość śluzu.

Słuch zdaje się być zachowanym dosyć długo, albowiem dzieci przed popadnięciem w zupełny stan śpiączki, oddziaływają na wołanie a nawet na lekkie przemówienie do nich. Również i węch oraz smak giną dopiero ku końcowi, albowiem dzieci opierają się zadawaniu im leków zły smak lub woń posiadających.

Co się wreszcie tyczy porażeń to nigdy nie bywają one uogólnione jak to miewa miejsce np. po wstrząśnieniu mózgu; natomiast zdarzają się w pojedynczych wypadkach bezwładu połowiczne porażenia, które już nie ustępują przed śmiercią. Wtedy przy badaniu zwłok oprócz gruzlicy prosówkowej opon, znajdziemy stałe żółte gruzełki we wnętrzu mózgu. Najczęściej spostrzegać się daje porażenie jednej górnej powieki lub jednej połowy twarzy ze współudziałem mięśni języka; również zdarzają się porażenia jednej górnej rzadko zaś jednej dolnej kończyny.

Zatrzymania moczu w ostatnich dniach życia nie tyle zawisło od porażenia pęcherza, ile raczej od porażenia nerwów kierujących wydzieliną, pęcherz bowiem mało rozszerzonym zostaje i zwykle nie sięga szczytem swoim po nad spojenie łonowe; wprowadzony wówczas cewnik wydała tylko mierną ilość moczu.

Śmierć następuje zwykle po gwałtownych kilka godzin trwających ogólnych drgawkach; w wyjątkowych wypadkach objawy porażenia wcześniej się wzmagają, a wtedy bez długiego konania powodują zgon.

**Rozpoznanie** zapalenia opon w większej liczbie wypadków jest łatwe, jednakże o jego charakterze gruzełkowym lub ropnym tylko z pewnym prawdopodobieństwem sądzić można.

Objawy mózgowie w obydwóch odmianach są téż same z tą jedynie różnicą, że przy zapaleniu ropnym opon występują one o wiele

szybciej i gwałtowniej, przebiegają o wiele prędzej, a choroba nie zawsze kończy się niepomyślnym zejściem, gdy zaś zapalenie opon gruczkowe jest chorobą bezwarunkowo śmiertelną.

Odróżnienie zapalenia opon od durzycy nie nastęrcza trudności i tylko przy małej wprawie błąd jest możliwy.

Biegunka, wzdęcie brzucha, ból w okolicy dołu biodrowego prawego, podsychanie języka, pragnienie, szybkie tętno i obrzmienie śledziony są tak stałymi objawami durzycy a zapadnięcie brzucha, zaparcie stolca, wymioty, powolne i nieregularne tętno, niejednostajne oddychanie są tak wybitnymi zjawiskami przy ostrzej wodnej puchlinie mózgu, że te dwie choroby bardzo łatwo rozróżnić można.

Inaczej rzecz się miewa przy przewlekłym nieżycie żołądka towarzyszonem nawet u starszych dzieci widocznem szczupieniem, a niekiedy i objawami mózgowymi zdarzającemi się wśród przebiegu nieżytku żołądka u dzieci; ścisłe i częste gorliwe badanie po niedługim czasie rozjaśnia stan rzeczy.

Obecność wnetrzaków w przewodzie pokarmowym może być niekiedy przyczyną pojawienia się objawów mózgowych. Wypadki te są nader rzadkie: dowiedzionem jest jednak, że u niektórych dzieci cierpiących na robaki występują: rozszerzenie źrenic, częste wymioty, a nawet zwolnienie tętna, tak że poniekąd budzi się podejrzenie o nieprawidłowo rozpoczynającą się ostrzej wodnej puchlinie mózgu. I tu ścisłym dalszym badaniem jesteśmy w możności wątpliwość usunąć. Stanowcze jednak orzeczenie rodzaju w mowie będącej choroby możliwem jest po rozwinięciu się jęj; w okresie zwiastunów zachodzić mogą niepokonane trudności. To jest właśnie przyczyną częstych błędów w poczytaniu ostrzej wodnej puchliny mózgu za poczynającą się durzycę lub zwykły nieżyt żołądka, wnetrzaki w kiszkaach lub nieprawidłowe trudne ząbkowanie i do tych błędnie rozpoznanych wypadków należy odnieść opisywane uleczenia gruzlicy opon, z wysiękiem do jam mózgowych. Najważniejszą wskazówką którą się kierować należy w wątpliwych wypadkach jest gruzlicze usposobienie; jeżeli matka, ojciec lub osoba z rodziny umarła na gruźlicę, wówczas przy zachodzącej wątpliwości w zwiastunowym okresie, objawy towarzyszące raczej wodnej puchliny mózgu nie zaś jakiegokolwiek innej chorobie mogącej być tu przypuszczaną przypisać należy i to przypuszczenie będzie wówczas podobniejszym niżeli tam, gdzie usposobienia dziedzicznego do gruźlicy niepodobna wyśledzić.

**Zejście i rokowanie.** Choroba w mowie będąca zawsze kończy się niepomyślnie. Dzieci nią dotknięte później lub wcześniej zmirają

przy najrozmaitszych objawach, sposobach leczenia i najtroskliwszej pieczołowitości i pielęgnowaniu. Ztąd rokowanie będzie zawsze śmiertelne wiele razy gruźlica jest przyczyną wywołującą.

Wprawdzie zdarzają się bardzo rzadkie wypadki polepszenia wśród przebiegu, nie jest to jednakże uleczenie gdyż nowe pogorszenie zwykle groźniejsze, otaczających i niewprawnego lekarza wyprowadza ze złudzenia. Kilkadziesiąt wypadków spostrzegalnych przez Vogel'a po 2—4 tygodniach od chwili wybuchu zakończyły się śmiertelnie. Chłopiec w 8-m roku życia którego autor jeszcze w początku swojej lekarskiej praktyki miał sposobność spostrzegać, pozornie uleczony został, jednakże zmarł w następnym roku z gruźlicy opon mózgowych. Mimo to są lekarze cieszący się sławą umiejętnych badaczy którzy przypuszczają możność tak zwanego „wyleczenia.” Przytoczone przez nich wypadki jak słusznie twierdzi Rilliet zapewne sięgają czasów w których jeszcze nie znano bliżej natury tej choroby.

Wszakże stawiając rokowanie, w orzeczeniu osobom otaczającym lekarz powinien być oględnym i zostawieniem promyka nadziei zapewnić w każdym razie troskliwą jakkolwiek bardzo uciążliwą nad chorym dziecięciem pieczę.

Trwanie ściśle oznaczyć się nie da, zależne jest ono od wywołującej przyczyny i rodzaju przebiegu. Forma czysto gruźlicza zwykle powolniej przebiega. Średnio trwa 2—3 tygodni od chwili uwydantnienia się. Ze 117 wypadków Green'a 86 dzieci zmarło w przeciągu 14 dni, 31 w 21 dniach, Rilliet i Barthez z 28 wypadków podają 22 dni, West z 42 wypadków oznacza dni 20 jakkolwiek widział zgon po upływie 5 dni lub w innych razach po 4-ch tygodniach.

**Leczenie.** Jedynie istotną pomocą jaką lekarz w tej strasznej i ciężkiej chorobie przynieść może, jest zastosowanie oględnego i wyrozumowanego postępowania zapobiegawczego w rodzinach gruźliczych. Należy surowo zabraniać wszystkiego co może spowodować napływy do mózgu. Dzieci takie nie mogą być przeciążane pracą umysłową, zabawy ich oględne bez chałasów i dzikiej swawoli, ruch zawsze umiarkowany, bieganie nie długie i powolne bez skakania. Głowa utrzymywana chłodno i chroniona od bezpośredniego wpływu promieni słonecznych. Zresztą przestrzegać należy innych przepisów zachowania się niżej podanych przy opisie gruźlicy jako skażenia. Żywnienie dziecka wymaga nie mniejszej uwagi i to od pierwszych dni. W rodzinach które już postradały dzieci na ostrą puchlinę mózgu nie matka ale dobra mamka następne dzieci karmić powinna. Wiadomo że za-

parcie stolca jest bardzo częstą i wyraźną przyczyną napływów do mózgu; zapobiegać temu należy przez podawanie pokarmów sprzyjających wypróżnieniom (owoce, jarzyny, woda) a unikać przyczyniających się do ich utrudnienia. Jeżeli to nie jest dostatecznym, kwalifikują się do użycia rozwalniające leki z wyjątkiem drastycznych i soli średnich.

Ponieważ wszystkie prawie dzieci rodziców gruźliczych ulegają w pierwszych latach życia rozmaitym objawom chorobnym zółzowatej natury, zwłaszcza mocno sączącym wysypkom na części głowy poroślej włosami i na twarzy, przeto od dawna sprzeczano się czy tego rodzaju wysypki pozostają w zależności z ostrą wodną puchliną mózgu lub nie? Dawniej powszechnie sprzeciwiano się gojeniu ich i jedynie ograniczano się do zachowania odpowiedniej czystości sądząc, że po pewnym przeciągu czasu wprawdzie nie kiedy po wielu nawet miesiącach przestają sączyć, tworzą suche strupy, a po ich odpadnięciu pozostaje prawidłowa skóra bez widocznych blizn lub oszpeceń.

Chociaż nasi poprzednicy byli pochopniejsi do leczenia aniżeli to obecnie ma miejsce i nie było im obcym że za pomocą roztworu azotanu srebra lub sublimatu, wody ołowianej lub maści z tlenkiem cynku można znacznie przyspieszyć uleczenie tych wysypek, to jednak zapewne na mocy ścisłych spostrzeżeń doszli do przekonania, że bezpiecznie jest nie wpływać na przyspieszenie uleczenia tego rodzaju wyrzutów na głowie. W nowszych czasach uważają to za uprzedzenia i starają się o spieszne ich usunięcie. Vogel przez długi czas był także zwolennikiem tej metody, jednakże od czasu wydarzonych w jego praktyce dwóch wypadków szybkiego zaschnięcia i złuszczenia zółzowatej obszerniej pryszczycy i zapadnięcia w tymże czasie dzieci nią dotkniętych na wodną puchlinę mózgu, unika wysuszającego leczenia i więcej naturalnemu zostawia przebiegowi. Wszakże dwa wypadki przytoczone przez Vogel'a nie upoważniają do orzeczenia że pomiędzy pryszczycą głowy zółzowatą i gruźlicą opon istotny zachodzi związek, upadają one w obec wielu innych wypadków spieszego uleczenia wilgotnych i obszernych wysypek na głowie bez żadnych złych następstw.

Ponieważ zaś liczne spostrzeżenia przekonały że wysypki te po pewnym przeciągu czasu dłuższym lub krótszym same przez się ustępują, przeto zachowanie się bierne zaszkodzić nie może,—jeżeli koniecznego wskazania niema do zastosowania środków osuszających byle tylko

odpowiednia czystość była zachowaną, a co najwięcej uśmierzenie świązienia za pomocą obojętnych tłuszczów.

Jakież jednak leczenie ma być przedsięwzięte jeżeli istotnie wystąpiły pewne objawy ostrój wodnej puchliny mózgu? Łatwo odpowiedzieć pomnąc na to co powiedziano o rokowaniu; w żadnej chorobie nie można z taką pewnością wnosić o bezskuteczności wszelkich środków jak w tój, a jeżeli poniżej zostają przytoczone metody leczenia dotychczas używane, to nie dla zachęcenia do ich zastosowania, ale raczej dla wykazania ilu środków probowano bezskutecznie w tój ostrój zabójczej chorobie.

W pierwszych dniach uciekano się chętnie do środków odciągających na skórę mianowicie: zawłoki na kark, większe źródelka (*fontanelle*) na ramionach, przyszydło z utrzymaniem powierzchni w ropieniu, maść emetykową lub z chlorkiem rtęci, przyżeganie potażem gryzącym; wszystkie te środki służą do jednego celu: do wywołania silnego podrażnienia skóry z obfitým następczym ropieniem.

Wszakże nigdy nie należy ich stosować w pierwszych dniach z obawy większego podrażnienia ogólnego stanu dziecka, a czas właściwy do zastosowania tych środków będzie dopiero wtody, skoro pobudzenie ogólne za czyną ustępować zbezpieczeniu i śpiączce.

Metoda przeciwwapalna w rozmaitym stopniu i w każdym okresie choroby była stosowaną. Zwolennicy jój stawiają mniej lub więcej pijawek na skronie, za uszami, na karku, do odbytu, międzykrocza, robią większe lub mniejsze upusty krwi z ręki, nogi, żyły szyjowej a nawet radzono podwiązywanie tętnic szyjowych, czego jednak przeciw chorobie w mowie będącej zdaje się nikt dotąd nie wykonał. Próbowano również zimna w rozmaity sposób; zwykle pod formą okładów na ostrzyżoną lub ogoloną głowę, pęcherza z lodem, obmywań lub oblewań głowy dwa do trzech razy na godzinę, a nawet urządzono przyrządy do ustawicznego skrapiania, co jednakże nie jest środkiem obojętnym i właściwym.

Pierwsze sposoby zastosowania zimna mogą być wskazane dopóki trwa gorączka i rozgrzanie głowy, później są bezużyteczne; co się zaś tyczy ustawicznego skrapiania które Bouchut stosuje przez zawijanie szyi dziecka dość szczelnie ale bez nacisku tkaniną nieprzenikającą w sposób ażeby cienki strumień wody puszczonej na głowę z naczynia nad nią zawieszzonego z obu stron kółka mógł odpływać swobodnie i nie moczyć pościeli, to równie jak i często powtarzane zlewania główki mogą być pomocne w razach silnego przekrwienia mózgu, jednakże w chorobie o której mowa, gdzie zachodzi zmiana anatomi-

czna tkanki mózgowej przez surowiczy przesiek lub wytwarzanie się gruzełków i to nie tylko w mózgowiu ale zwykle i innych narządach, o skuteczności zimnych natrysków lub zlewań mowy być nie może. Z pomiędzy leków mających wpływać na ułatwienie wessania wyłodowego przesieku na czele stoją rtęć i jod, w drugim szeregu środki moczopędne. Z przetworów rtęciowych używają najczęściej szarej maści, której do wnikięcia do krwi objawia się w krótcie cierpieniem jamy ust (stomacace), dalej sublimatu i kalomelu, który zadawany w większych dawkach ma jednocześnie wpływać i na ułatwienie wypróżnień. Niezaniebano probować emetyku kilku gran dziennie jako środka tak zwanego ogólnie wstrząsającego lub przeinaczającego,—niemniej fosforu jako części składowej istoty mózgowej. Z pomiędzy leków moczopędnych używają: saletry, naparstnicy, cebuli morskiej i jałowcu, z leków przeciwkurczowych, smrodzieńca, kamfory, piżma i strojów bobrowych. Niepokojnym i mającym dzieciom nawet przy umiarkowanej gorączce dawano przetwory makowca z wyraźnym uspokajającym skutkiem, większa jednak część lekarzy obawia się porażającego wpływu tego leku przypisując mu przyczynianie się do postępującego zwykle pogorszenia.

Biegły jednakże lekarz który miał sposobność widzieć wiele niepomyślnych zejść i bez użycia makowca, nie zawaha się podać jednego z jego przetworów wiele razy wśród przebiegu choroby występuje niepokój i gwałtowny ból głowy a gorączka straciła na swoim natężeniu.

Streszczając w kilku wyrazach postępowanie lekarskie wypada, że z początku choroby podobnie jak przy prostém (niegruzełkowym) zapaleniu opon postępować należy lekko przeciwwapalnie, z upustami krwi być ostrożnym, zadawać dzieciom małe dawki chlorku 2 rtęci jeżeli niema biegunki, wcierać szarą maść i zlewać głowę zimną wodą.

Środki lekko drażniące skórę w stanie stłumienia przytomności zaszkodzić nie mogą, przy zbytнім ogólném pobudzeniu, silnym bólu głowy, gwałtownych objawach obłędu etc. małe dawki morfiny, siły zaś podtrzymywać za pomocą odpowiednich pokarmów i chininy.

Przeróżających i barbarzyńskich metod należy unikać z uwagi, że dostatecznie już przekonano się o ich bezskuteczności, powtarzanie nadal byłoby nieludzkim czynem. Zresztą jednak przy chorobie w ogóle dziś uważanej za śmiertelną, godzi się wyszukiwać skutecznych sposobów leczenia byle one nie wystawiały dzieci na bezowocne męczenie.



## 2) Zapalenie opon mózgowych (proste, ropne) i mózgu.

(*Meningitis simplex, purulenta; Encephalitis*).

Jakkolwiek przy opisie ostrój wodnej puchliny mózgu należało-  
by wspomnieć o odmianie przewlekłej, nie czynimy tego, z powodu  
wielkiego podobieństwa zapalenia zwyczajnego opon do tak zwanój  
ostrój wodnej puchliny, pod względem przebiegu i obrazu choroby.  
Przewlekła forma opisana będzie poniżej.

Zapalenie proste zdarza się rzadziej niż poprzedzające i zarówno  
dzieci jak i dorosłych atakuje.

Warstwa mózgu bezpośrednio przylegająca do opon. prawie  
zawsze przyjmuje udział w zapaleniu.

Klinicznie nie łatwem a częstokroć niepodobnem jest odróżnić za-  
palenie opon od napływu krwi lub od zapalenia tkanki mózgowój,  
przeto najstosowniejsem będzie wszystkie te chorobne formy zebrać  
razem w jeden kliniczny obraz.

**Przyczyny.** Przyczyny téj choroby dadzą się niekiedy odszukać z wielką dokładnością. Najbliższe są zawsze zewnętrzne, jak:  
uszkodzenia głowy, wstrząśnienie mózgu, które przy żywości i niezrę-  
czności dzieci dosyć często się zdarzają,—niemniej wpływy szkodliwie  
działające wprost na mózg, wysokie gorąco lub zimno, przepalenie gło-  
wy, nadmierna umysłowa praca, nareszcie przesunięcie się sprawy  
zapalnej z organów sąsiednich, mianowicie z ucha o wiele rzadziej z nosa  
lub oczodołów. Również i przy róży zdarza się zapalenie opon, w wię-  
kszej jednak liczbie wypadków zapalenie różowe zdaje się wówczas  
być traumatycznego pochodzenia z wytworzeniem się i wessaniem poso-  
ki przez naczynia kości. Najwątliwsze są zapalenia opon następujące  
po przerzutach, po ustąpieniu wysypek skórnych głowy, po zatamo-  
waniu krwawienia z nosa etc., chociaż i tu znajdują się w piśmienni-  
ctwie pojedyncze wypadki podane za niewątliwe.

W pewnych czasach spostrzegać się daje także i nagminne wy-  
stępowanie zapalenia opon.

**Zmiany anatomiczne.** Opona twarda bierze udział w zapaleniu  
tylko w wypadkach traumatycznych, wówczas zapalenie zostaje za-  
wsze ograniczone, przyczém opona pokrywa się cienką warstwą włó-  
knikowego wysięku lub zmieszanego z ropą. W wypadkach przewle-  
kłych które zdarzają się u dzieci nadzwyczaj rzadko,—opona twarda

jest znacznie zgrubiałą, w zatokach tu i owdzie spotykane bywają zakrzepy. Przy prostém zapaleniu opon, wysięk znajduje się w oponach cienkich, zapuszczając się dosyć głęboko w zagłębienia i zawoje. Przeważnie zajmuje górną powierzchnię, mniej podstawę mózgu, przesuwa się jednakże często i na opony rdzenia (*meningitis spinalis*). Wypłód jest żółty, żółto zielonawy, włóknikowy lub ropiasty stanowiąc warstwę grubą do jednej linii; otoczony on jest albo większą ilością mętnej surowicy, w której wysięk się rozplýwa i zamienia na płyn płatkowaty zielono połyskujący. W innych wypadkach wysięk jest ubogi w surowicę a obfituje w włóknik, tak, że przy oddaleniu opony cienkiej pozostaje częścią na niej, częścią na powierzchni samego mózgu. Forma zapalenia o której mowa nigdy nie wikła się z ostrą wodną puchliną mózgu, podczas gdy przy zapaleniu gruźelkowym opon zajmującym głównie podstawę mózgu, puchlina stale przyłącza się, co zależy od tego, że w pierwszym razie bezpośrednio przedłużenie opony naczyniowej do komórek mózgu jest swobodne, w ostatnim przeciwnie siedliskiem zapalenia jest podstawa mózgu. Istota korowa przyległa błonie cienkiej, może przytém być w stanie zapalenia, rozmięczenia lub zupełnie nietkniętą.

To proste nader ostro występujące zapalenie opon kończy się wprawdzie powiększj części śmiercią, spotykano jednakże już następcze przemiany wypłodów chorobnych mianowicie wysięku przyjmującego wejrzenie masy włóknistej oraz zgrubienie i zmięknienie opony cienkiej zroszłej z powierzchowną warstwą tkanki mózgowej.

**Objawy.** Jeżeli proste zapalenie opon nie jest natury traumatycznej lub nie jest przejściem sprawy zapalnej z ucha wewnętrznego, to napada prawie wyłącznie dzieci dobrze odżywione i silne, które nie noszą na sobie śladów zołzowatego cierpienia; wszakże nierzadko też i kretyni giną od téj choroby, a wtedy przy badaniu zwłok obok dawniejszych zgrubień opon mózgowych znajdujemy świeżo wytworzony wysięk, w takich wypadkach ostatnią chorobę która spowodowała śmierć należy uważać jako ponowienie się poprzednich zapaleń opon. Początek choroby jest bardzo szybki, we większej części wypadków 2-go lub 3-go dnia dosięga swego szczytu, nie będąc poprzedzoną zwiastunami, które zauważyć się zwykle dają przy ostrój wodnej puchlinie mózgu. Wszakże skoro choroba dosięgnie szczytu, rozpoznanie tych dwóch form, to jest zapalenia prostego i gruźelkowego częstokroć niepokonane nastęrcza trudności i jedynie przebieg od początku choroby daje poniekąd wskazówkę dla rozpoznania różniczkowego. Wiele objawów prostego zapalenia opon są wspólne z zapaleniem gruźelkowym, miano-

wicie: łatwe wymioty bez odbijań, zaparcie stolca, zwolnienie tętna, niejednostajne oddychanie, gwałtowny ból głowy, wciągnięcie brzucha i cały szereg zaburzeń nerwowych, o czém przy opisie poprzedniej choroby szczegółowój była mowa.

Różnica tych dwóch form chorobnych polega głównie na przebiegu, który przy prostém zapaleniu opon jest daleko gwałtowniejszy, ciepłota ciała wyższa zwłaszcza na głowie, a wypadki niepomyślne już pomiędzy trzecim a szóstym dniem kończą się śmiercią, niekiedy nawet w krótszym czasie. Majaczenia są tu zwykle bardzo głośnie, nawet gwałtowne (*deliria furibunda*), twarz przyjmuje dzikie i obłąkane wejrzenie, drgawki i kurcze mięśni tułowia wysokiego stopnia dosięgają, prócz tego tętno jest raczej nieregularne niżeli zwolnione, wymioty nie są tak stałe a nawet niekiedy zupełnie nie występują. Po przebyciu pierwszych dni objawy powolnie stopniowo łagodnieją, wszakże rozpoznanie téj choroby od ostrój wodnej puchliny mózgu i wówczas nie będzie stanowczém. W następstwie pozostaje wychudnienie, a niekiedy spostrzegać się dają wypadki trwałego osłabienia władz umysłowych.

**Leczenie.** Jeżeli można liczyć na wpływ lekarskich środków przeciw téj chorobie zalecanych, to najwięcej w początku tak piorunująco jak i powolniej przebiegających wypadków. Postępowanie w tym okresie powinno być energiczne, bo skoro dziecię przeżyło pierwsze dni, występujące wycieńczenie nie pozwala już na czynniejsze leczenie. Metoda przeciwwzapalna znajduje tu zastosowanie: upusty miejscowe krwi, zimno, środki czyszczące, rtęć, która to ostatnia zdaniem V o g e l'a sprawiać ma zbawienne skutki. Dwa wypadki z jego praktyki pomyślnie zakończone, były traktowane przetworami rtęci wewnątrz i zewnątrz stosowanemi. W tym celu wciera dziennie 3j szarój maści w ostrzyżoną głowę i zadaje co godzina po  $\frac{1}{2}$  grana chlorku 2-u rtęci. U obu dzieci na szczycie choroby będących w których były już wymioty mózgowie, nieregularne tętno, brzuch zapadły, drgawki, około 3 dnia wystąpiło zapalenie rtęciowe jamy ust (*stomacace*) i wkrótce powolne zmniejszanie się wszystkich ciężkich przypadłości. Przy majaczeniach bardzo pomyślny wpływ mają wywierać zimne oblewania głowy powtarzane co 2 — 3 godzin, a wykonane w ten sposób, że piersi i ramiona dziecka zawija się w dużą chustkę, podtrzymuje główkę jego nad miednicą i zlewa miernym strumieniem z dzbanka zimnej wody z nieznacznój wysokości, przez przeciąg 1 — 2 minut. Środek ten zastosowany we właściwym czasie jest wstanie złagodzić silne objawy mózgowie jeżeli nie trwalej to przynajmniej przemijająco.

W tym samym celu zalecany bywa chlorek 2-u rtęci z makowcem. Vogel unika jednakże tego ostatniego środka jako przeciwwskazanego przy zapaleniu opon mózgowych z powodu groźących porażeń, zimne zaś oblewanie głowy poczytuje za nader skuteczne przy objawach podrażnienia mózgu. Upustu krwi w żadnym razie nie zaleca. Nacisk palcowy tętnic szyjowych jaki przed niedawnym czasem tak żywo zalecano we Francyi, wykonywa się za pomocą palca wielkiego i wskaziciela ku ścianom bocznym krtani lub ku kolumnie kręgowej przez jedną minutę, powtarzając to kilka razy na dzień dopóki objawy mózgowe nieutralą na swój sile. Już S. Lewis dostatecznie wykazał, że słaby nacisk żadnego nie sprawia skutku, silniejszy zaś uciska żyły szyjowe, utrudnia odpływ krwi od głowy a w końcu nawet drażni pnie nerwowe. Postępowanie to zatem nie zasługuje na naśladowanie i tylko może mieć historyczną wartość.

Znaczne wychudnienie pozostające po zapaleniu opon należy usuwać posilną dyetą i środkami wzmacniającymi (*żelazo, china etc.*). Przeciw osłabieniu władz umysłowych nierzadko zdarzającemu się po téj chorobie, zdaje się niema innego środka nad ściśle zachowanie przepisów higieny i dyetetyki, umiędne kierowanie czynnościami umysłu i leczenie psychiczne.

### 3). Przepalenie głowy od słońca.

(*Insolatio, Sonnenstich*).

Obok ropnego zapalenia opon wspomnieć należy o tak zwaném przepaleniu głowy. Ściśle rzecz biorąc zmiany anatomiczne obu tych stanów chorobnych nie wykazują bezpośredniego pomiędzy niemi związku. W téj formie chorobnej (*przepaleniu*) nie znajdujemy wcale ropiastego wysięku na oponach, ale tylko silne nastrzyknięcie naczyń, nieznaczne powiększenie zawartości jamek *v.* zatok mózgowych różowo zabarwionój i rozmięknienie miąższu mózgu.

**Objawy.** Dzieci wystawione z odkrytą głową przez kilka godzin na działanie gorących promieni słońca, powracają do domu z zaczerwienioną twarzą, karkiem i rękami i narzekając zaraz na gwałtowny ból głowy. Czerwoność wspomnianych części skóry nie znika tak jak to bywa po zwyczajném rozgrzaniu się, lecz trwa całemi dniami pod postacią rumienia (*erythema*). Po kilku godzinach występują majeczenia często nawet gwałtowne (*furibunda*) z pobudzeniem nadzwyczajnej siły mięśniowój, zaczerwienieniem oczów, zwięzienie źrenic, silne tętnienie w na-

czyniach szyjowych, rozpalenie skóry, silne pragnienie, suchość języka, czem upoważniają do przypuszczenia gwałtownego zapalenia opon. Jedyne tylko tętno jest bardzo przyspieszone i po większej części regularne, podczas gdy przy ropnem zapaleniu opon wkrótce staje się niejednostajnym i często zwalnia się, niemniej brakuje wymiotów jeżeli poprzednio żołądek nie był przepełniony pokarmami.

**Przebieg** téj formy chorobnej w mózgowiu biorący punkt wyjścia, jest zupełnie różny od przebiegu zapalenia opon; po upływie bowiem pół, całego lub co najmniej dwóch dni, wszystkie wspomniane objawy ustępują zupełnie. Dzieci wpadają w sen z początku niespokojny, później cichy, głęboki i budzą się zupełnie przytomne ze zmniejszoną gorączką. Po następnych dwóch lub trzech dniach poprzedni stan zdrowia powraca.

Zdarzają się wypadki gdzie niezadługo od chwili wybuchu choroby następuje śmierć wśród wzmagającej się śpiączki (*sopor*) przy ogólnem zbeczuleniu, porażeniu i chrapliwem oddychaniu. Wypadki takie należą do wyjątków, w naszym umiarkowanym klimacie nader rzadko spostrzegać się dają i prawie wszystkie dzieci zdrowieją. Rokowanie zatem w téj przerażającej na razie chorobie jest pomyślne.

**Leczenie.** Upust krwi z żyły powoduje poniekąd osłabienie objawów, przy gwałtownych majaczeniach nadzwyczaj trudno go wykonać; toż samo tyczy się zastosowania pijawek. Najlepiej i najłatwiej będzie ostrzyżdz włosy krótko i co godzina dokonywać zimne oblewania w suchej wannie, po których następuję znaczne zawsze osłabienie gwałtownych objawów. Skoro dzieci uspokoiły się nieco, należy robić okłady lodowe na głowę, przyłożyć gorczyczniki na kończyny dolne, podać chlorek 2-u rtęci z jalapą do wewnątrz i drażniące lewatywy.

#### 4) Hydrocephaloid i podrażnienie mózgu.

(*Irritatio cerebri*).

Marszał Halle upatrywał pewne podobieństwo między ostrą wodną puchliną mózgu i objawami u dzieci wynędzniałych, zależnymi od mało krwistości, z którego to powodu nazwał ten stan *hydrocephaloid disease*. Stan ten chorobliwy chociaż nieuzasadniony odrębnymi zmianami anatomicznymi, przeszedł do wszystkich podręczników, a dla tego i tu znajduje pomieszczenie.

Chociaż nazwa powyższa nie oznacza właściwej choroby i tylko pewien szereg objawów obejmuje, to jednak zasługuje na utrzymanie z powodu, że wygodniej będzie jednym wyrazem ująć cały zbiór objawów. Pod nazwą zaś podrażnienia mózgu, (*irritatio cerebri*) rozumiane są w pediatrii prawie wyłącznie te objawy mózgowy, które zwykły występować w skutku zaburzenia w odżywianiu i przez zanik, tak że słusznie można zestawić objawy tak zwanego hydrocephaloid'u i podrażnienia mózgu.

**Objawy.** Po rozmaitych wyniszczających chorobach najczęściej po biegunkach i odciągnięciach krwi u dzieci młodszych od roku, spostrzegać się daje szereg objawów mózgowych, które na pierwszy rzut oka bez zbadania stanu poprzedniego mogą budzić podejrzenie wystąpienia anatomicznych zmian w mózgu np. jakiejś sprawy wysiękowej. Najwybitniejsze z nich są: ustawiczne ruchy głową i wciskanie jej w poduszkę; tym sposobem włosy na okolicy potylicowej zupełnie wycierają się, często występują obnażenia z naskórka i czyrączki. Dzieci niepokojone chwytają się za główkę, targają za włosy, ciągną za uszy, i rozdrapują twarz do krwi, przestają patrzeć na osoby otaczające i zwykle zwracają gałki oczne ku górze przy nawpół zamkniętych powiekach. Kończyny górne znajdują się w ustawicznym sztywnym zgięciu, ręce składają tak silnie w pięści z zawinięciem wielkiego palca, że potrzeba użyć pewnej siły dla ich rozłożenia. Kończyny dolne są również sztywne, wyciągnięte albo zbliżone do brzucha, mięśnie karkowe są w stanie skurczenia, tak, że dzieci położone na boku przekrzywiają się mocno wtył. Niekiedy zwłaszcza ku końcowi występują także drgawki.

Prawie wszystkie dzieci w tym stanie znajdujące się wymiotują i to wkrótce po przyjęciu płynnego lub stałego pokarmu, budząc w spostrzegaczu niepewność rzeczywistego oznaczenia rodzaju cierpienia,—wprawa praktyczna umożliwia rozstrzygnięcie wątpliwości. Wymioty przychodzą wprawdzie do skutku i to jak zwykle u małych dzieci bez wysileń,—przyczyna ich jednakże tkwi w podrażnieniu błony śluzowej żołądka lub kiszek.

Badając czaszkę dzieci które wyniszczały wskutek długotrwałych nieżyttów w przewodzie pokarmowym i przedstawiają wspomniane objawy mózgowy, znajdujemy: podwyższoną ciepłotę, zapadnięte wielkie ciemiączko, zasunięte brzegi kości czaszki w szwach, słowem znaki wysokiego zaniku mózgu, upoważniające do postawienia niepomyślnego rokowania. Stolec jest częściej zatrzymany, nigdy nie obfity, apetyt prawie zupełnie znika, niekiedy jednak zjawia się dziwna żar-

łoczność która trwa prawie do śmierci. Nadmienić jeszcze należy, że tętno jest tu zawsze nadzwyczaj szybkie, oddychanie chociaż niejednostajne, jednak po większej części wyraźnie przyspieszone, i to ułatwia rozpoznanie od ostrój wodnej puchliny mózgu. Z początku dzieci krzyczą przez kilka dni i nocy bez przestanku, ku końcowi zaś zaledwie są w stanie wydawać ciche jęki i chwilami ciche piszczące krzyki

Na trupie znajdujemy mózg bardzo miękki i wodnisty, szarą istotę bladą i przechodzącą bez ostrych granic w białą istotę, opony surowiczo nasiąknięte, a w komórkach mózgu wcale nie większą ilość płynu jak w stanie prawidłowym. Należy przypuścić, że ilość mózgu znacznie się zmniejszyła, przez co możnaby objaśnić objawy z tej strony zachodzące oraz zasuwanie się brzegów kości czaszki w szwach.

**Leczenie.** Odnosi się do chorób głównych, mianowicie: niezytu kiszek i zapalenia torebkowego (str. 191 i 196). Przeciw ustawicznym krzykom i bezsenności najwięcej jeszcze zalecić można zimne oblewania głowy, chroniąc tułów od zamoczenia; po kilkuminutowém oblewaniu u większej części dzieci następuje spokój trwający przez jedną lub kilka godzin. Jedynym widocznie skutecznym środkiem podniesienia podupałego odżywienia jest pierś dobrej mamki, należy tylko zachować ostrożność by nieodstawiać wprzód własnego jój dziecka, dopóki chore nie zacznie należycie ssać; to osiąga się dopiero po kilku dniach. Następstwem zaniedbania téj przestrogi może być choroba mamki, zapalenie gruczołów sutkowych lub zatracenie mleka.

### 5). Przewlekła wodna puchlina mózgu.

*(Hydrocephalus chronicus).*

Teoretycznie odróżniają odmianę zewnętrzną i wewnętrzną, wrodzoną i nabytą, w praktyce jednak nie dadzą się stanowczo odmianny te oddzielić od siebie. Co się tyczy zwłaszcza ostatniej odmiany stanowczo nie można orzec, czy dziecię rodząc się nie miało już początków téj choroby, która z postępem czasu wyraźnie powiększała się, albo czy rzeczywiście dziecię było zupełnie zdrowe i dopiero później nabyło téj choroby? Zewnętrzna puchlina mózgu jest prawie zawsze wrodzona i zwykle wikła się z przepukliną tegoż.

**Zmiany anatomiczne.** Najobfitsze przesieki płynu do jamek mózgowych zdarzają się u płodu i sięgać mogą tak wysokiego stopnia, że

poród bez przedziurawienia czaszki nie może odbyć się. Ilość płynu gromadzącego się w głowie przy wrodzonej puchlinie mózgu do kilku a jak niekiedy autorzy sądzą do 10 funtów dochodzi. Komórki są rozszerzone w postaci wielkich jam o ścianach ścieśniałych prawie na jedną linię grubych, niekiedy są tak cienkie że stanowią warstwę dającą się zaledwie oddzielić. Zawojów mózgu pozostał ślad, powierzchnia ich zupełnie gładka, opony są nadzwyczaj delikatne i cienkie, a zniepodobnienie czaszki kostnej jest względne do ilości płynu. Rozumie się że skostnienie czaszki znacznie się opóźnia, szwy rozchodzą się na szerokość palca, ciemiączko wielkie dochodzi kilku cali średnicy poprzecznej. Jeżeli jednak życie się przeciąga i kostnienie czaszki postępuje, to takowe odbywa się w rozmaity sposób i tak: brzegi kości wydają promieniste wyrostki spotykające się z podobnymi strony przeciwległej, albo stykają się z sobą za pomocą szwu lub nareszcie przez rozwijanie się kosteczek dodatkowych zwanych *ossicula Vormiana*, w ciemiączkach lub szerokich szwach następuje ich wypełnienie się i stwardnienie.

Przy kostnieniu czaszki w powyższy sposób i zrastaniu się kości zachodzi niejednostajność, mianowicie jeden szew wcześniej od przeciwległego zamykać się może, i to jest powodem uderzających zniepodobnień na które głównie *Virchow* zwrócił uwagę. Z najczęstszych nieprawidłowości tego rodzaju należy przytoczyć czaszkę zbytecznie długą, szeroką, wysoką, dalej okrągłą, czworograniastą z tępymi końcami, wreszcie ukośną według średnicy podłużnej lub poprzecznej.

Przesiękły płyn również wpływa i na zmiany w częściach za podstawę służących: z tego powodu wzgórki prążkowane i wzrokowe płaszczą się, rozsuwają się przez rozszerzenie trzeciej komórki, której dno jest ścieńczone i przezroczyste. Z tego samego powodu i wzgórki czworacze są spłaszczone, spoidła rozciągnięte, odnogi sklepienia oddalone od siebie, przegroda komórek w kilku miejscach przerywana — mózdzek którego objętość nie powstaje w żadnym stosunku do objętości samego mózgu jest także spłaszczony; podobnie rzecz się ma z mostem *Warol'a* i przysadką mózgową.

Mniej wydatne zachodzą zmiany przy formie nabytej, rozwijającej się u dzieci, u których przez dłuższy przeciąg czasu od kilku miesięcy do kilku lat czaszka rozwijała się w sposób zupełnie normalny. Ilość płynu zależy w tym wypadku od własności kości czaszki, czy i które szwy jeszcze nie są skostniałe i przy gromadzeniu się płynu pozwalają na rozejście się kości? Ilość płynu zwykle nie sięga wyżej nad 3 — 6 uncyi, stąd i zmiany dotyczące



wielkości i kształtu czaszki i mózgu nie mogą oczywiście być tak znaczne, jak przy formie wrodzonej, która po urodzeniu dziecięcia szybko wzrasta. Z bezpośrednich przyczyn należy głównie wspomnieć o nowotworach; wówczas cisnąć na jedną z zatok opony twardej utrudniają lub wstrzymują w niej przepływ krwi, powodując tym sposobem przesiek do mózgu. Szczególnych innych powikłań któreby zostawały w pewnym związku z wodną puchliną mózgu niespostrzegamy na stole anatomicznym a wspomnieć jeszcze należy że nigdy przy przewlekłej formie nie występuje guzlica opon pozostająca w bliższym związku z ostrą wodną puchliną. Płyn znajdujący w czaszce przy odmianie przewlekłej pod względem chemicznym posiada własności zupełnie też same co przy ostrzej wodnej puchlinie mózgu. I tu odczyn wyraźnie jest alkaliczny, zaledwie ślad białka a stosunek potassu do sodu różny od stosunku istniejącego w surowicy krwi, o czém wyżej wspomniono przy opisie ostrzej wodnej puchliny mózgu.

**Objawy.** Czaszka przedstawia znaczne zboczenia od stanu prawidłowego. Objętość jej jest tém większa im wcześniej rozpoczęła się choroba; ztąd największych dosięga rozmiarów jeżeli puchlina jeszcze w czasie życia płodowego zaczęła się tworzyć, najmniejszych zaś, gdy to ma miejsce po skostnieniu szwów. Im wcześniejsze jest przesłanie a raczej powiększenie ilość fizjologicznego przesieku w jamy mózgu, tem wyraźniejszą staje się postać kulista, im się to odbywa później, tem więcej zbacza od okrągłej postaci. Przy skostnieniu niektórych szwów gdy inne są zdolne do rozszerzenia się, czaszka przedłuża się zawsze w kierunku skostniałego szwu.

Dla dokładnego ocenienia powiększenia czaszki należy ją wymierzyć, mianowicie: największy obwód przechodzący przez guzy czołowe, prostą odległość międzyuszną, nareszcie od guzowatości politycowej zewnętrznej do nasady nosa. Znajomość wymiarów nie jest tyle ważną pod względem rozpoznawania, bo z rzutu okiem na wypukłone czołowe guzy i wystające na zewnątrz kości skroniowe można dostatecznie ocenić nieprawidłowe powiększenie czaszki, o ile ma znaczenie przy ścisłym badaniu przebiegu choroby; zatem wymierzanie czaszki od czasu do czasu powtarzane jest niezbędnem. Za pośrednictwem tegoż nie tylko przekonać się można, że głowa nieprawidłowo powiększa się, lecz zarazem wykazuje, że rozszerzanie się czaszki następuje niejednostajnie z przestankami trwającymi przez krótszy lub dłuższy przeciąg czasu.

Jeżeli ciemiączko wielkie nie jest jeszcze zamknięte jak to ma miejsce w większej liczbie wypadków, wypukła się ono wydatnie na

przestrzeni niekiedy kilku cali średnicy, dając wyraźne chęłbotanie i oporność. To wypuklenie i napięcie trwa bez przerwy do ostatniej życia chwili, chociaż dziecię w ogóle nadzwyczaj szczupleje. Wznoszenie się ciemączka jest współczesne z uderzeniem tętna, tracąc już zależność swoją od wdychania i wydechania, przy których poprzednio wznosiło się i wygładzało. Przed niedawnym czasem wielokrotnie zwracano uwagę na wysłuchiwanie wielkiego ciemączka, i w samej rzeczy pokazało się, że w rozmaitych miejscach czaszki, zwłaszcza w miejscu wielkiego ciemączka u dzieci krzywicowatych, słychać lekki szmer, który nigdy nie występuje u dzieci z wodną puchliną mózgu.

Ponieważ szmer ten bardzo prawdopodobnie powstaje w nierównych przewodach krwionośnych opony twardej, to łatwo pojąć zniknięcie jego gdy przewody te zostaną uciśnięte wskutek powiększającej się ilości przesieku.

Najważniejszą wskazówką jest położenie kości skroniowych. Jak wiadomo u zdrowych dzieci część łuszczasta ułożona jest pionowo do góry, u dotkniętych przewlekłą wodną puchliną mózgu są one mocno na zewnątrz zwrócone, tak że w wypadkach bardzo rozwiniętej puchliny muszla uszna nie podpada oczom.

Przy dłuższém trwaniu wskutek ciągłego ucisku mózgu górna ściana oczodołu spłaszcza się i wypycha gałki oczne ku przodowi i ku dołowi; wówczas widzimy całą rogówkę wraz z częścią górną twardówki w szparze powiekowej, co nadaje dziecięciu dzikie spojrzenie.

Z tegoż samego powodu to jest powiększonego ciśnienia we wnętrzu jamy czaszkowej, powstaje niekiedy silne oboczne krążenie na skórze pokrywającej górną część głowy i czoła, które to ostatnie poprzedzane jest grubemi niebieskawemi pręgami, nadając twarzy szczególnie wygląd.

Twarz dziecięcia w obec rozmiarów sklepienia czaszki okazuje się nadzwyczaj zmniejszoną, jednakże sama przez się posiada prawidłową wielkość. U małych dzieci z wrodzoną wodną puchliną mózgu, twarz zwykle jest wyszczuploną z ostremi rysami, i staruszkowatego wyglądu, podczas gdy u starszych dzieci może pozostać pełną i okrągłą.

Zaburzenia czynnościowe są nader różnorodne i prawie przy każdym rodzaju wodnej puchliny mózgu odmienne. Przy wrodzonej występują one zupełnie powolnie, w innych razach zaczynają się go-

rączką i pewnymi zjawiskami, jakie przy ostrej wodnej puchlinie mózgu występować zwykły *np.* powtarzający się chwilowy krzyk, wymioty, ból głowy, zgrzytanie zębami i majaczenia.

Władze umysłowe pozostają niekiedy przez długi czas nietkniętymi i rzeczywiście bardzo przykrego doznaje się wrażenia patrząc jak dziecko z olbrzymią głową porażone lub skurczone leży w łóżku, oddaje bezwiednie stolce i urynę, a pomimo to rozmawia rozsądnie a nawet i dowcipnie; zdarzają się jednak wypadki wczesnego stopienia władz umysłowych a wreszcie zupełnej głupowatości.

Co się tyczy zmysłów, najpierw i najczęściej znika wzrok, przy czym źrenica umiarkowanie rozszerza się i zostaje nieruchomą a wrażenie na światło do tego stopnia ginie, że dzieci przez długi czas i z upodobaniem patrzą w słońce. Zez zdarza się tu rzadziej niż przy ostrej wodnej puchlinie mózgu, za to częściej drganie (nystagmus) oczów jedno lub obustronne; źrenice niekiedy nierówno są zwężone lub rozszerzone. Pozostałe zmysły a szczególnie słuch zachowują się po większej części prawie aż do śmierci; czułość skóry ginie, głównie w porażonych kończynach.

Porażenia połowiczne rzadziej zdarzają się niż obustronne, z ostatniego rodzaju najwycyżajniejsze jest porażenie kończyn dolnych. Potem następuje wkrótce znieczulenie, dalej porażenie zwieraczy pęcherza i odbytnicy które utrudnia zachowanie czystości u dzieci oddających moc i kał bezwiednie i przez to cuchnących obrzydliwie. Powstające w skutek tego odleżyny bardzo przyspieszają śmiertelne zejście, które w innych wypadkach przeciąga się całymi latami. Zwykłym zjawiskiem są przykurczenia. Drgawki niezbyt często się zdarzają a śmierć może łatwo nastąpić wśród napadu.

Pozostałe objawy tak bardzo charakterystyczne dla ostrej wodnej puchliny mózgu zwykle nie bywają tu spostrzegane. Oddychanie cechujące się tam niejednostajnością odbywa się zupełnie prawidłowo, również niema tu zwolnienia tętna. Trawienie może być zupełnie prawidłowym, niema ani wymiot ani zaparcia stolca lub tylko przemijająco i to tłumaczy dla czego te odżywienie jeszcze całymi latami utrzymuje się w dość dobrym stanie, jeżeli nie występują w grę inne choroby, jak: gruźlica lub nieżyt kiszek; apetyt zmienia się i wzmagą często do żarłoczości a tkanka tłuszczowa podskórna rozrasta się chorobliwie.

Ból głowy pojawia się przemijająco, poruszenia gorączkowe zależą częściej od innych wypadkowych powikłań aniżeli od samej wo-

dnęj puchliny mózgu; wszakże pogorszenie nie postępuje nieprzerwanie, owszem, zatrzymuje się wśród przebiegu, ustępują groźne objawy i przy nowém pogorszeniu wracają.

**Przebieg.** Jest zawsze przewlekły. Najprędzej umierają dzieci z wrodzoną wodną puchliną mózgu które już podczas porodu wystawione są na nader szkodliwy dla nich nacisk; takie dzieci tylko wyjątkowo zostają przy życiu. Wodna puchlina mózgu później nabyta i umiarkowana znoszona bywa przez całe lata, tak, że chore dziecko może dojść średnich lat wieku; w piśmiennictwie przytaczany jest wypadek gdzie śmierć nastąpiła dopiero w 54-ém roku życia. Śmiertelne zejście może nastąpić jako bezpośrednie następstwo zmian w mózgu, wśród drgawek lub przy wzmagającej się spączce i upadku sił, gdzie przy pośmiertnym badaniu możemy znaleźć w oponach świeże zapalenie lub wynaczynienie krwi; w innych wypadkach najbliższymi przyczynami śmierci stają się odleżyny wraz z ich następstwami, ropnicą i wyniszczeniem.

Jednakże przeważnie dzieci umierają na inne samodzielne wśród przewlekłego wodosteku zdarzające się choroby, przedewszystkiem na nieżyt i zapalenie torebkowe kiszek podczas żabkowania, na nieżyt oskrzeli, zapalenie płuc, opon mózgowych lub na ostre wysypki które to choroby daleko częściej zakończają się śmiercią w obec przewlekłej wodnej puchliny mózgu, aniżeli u dzieci przedtem zdrowych.

**Rozpoznanie różniczkowe** w wypadkach wybitnych oczywiście nie przedstawia najmniejszych trudności, natomiast gdy choroba nie jest wybitną i nie przedstawia wcale uderzających objawów, może być łatwo poczytaną za krzywicę czaszki lub prosty rozrost mózgu i kości.

Główna różnica między przewlekłą wodną puchliną mózgu i krzywicą czaszki polega na tém, że przy pierwszej kości skroniowe zawsze na zewnątrz zmięszają, podczas gdy przy krzywicy stoją prosto do góry choćby wielkie ciemiaczko stało się bardzo obszerne. Zresztą brak tu wszystkich czynnościowych zboczeń jakie bywają przy wodnej puchlinie mózgu; kości czaszki są również ścienniełe lecz to ogranicza się zwykle do tylnych części, podczas gdy kości czołowe są zgrubiałe jak niemniej i inne kości skieletu, klatka piersiowa i kończyny również wówczas przedstawiają zmiany właściwe przy krzywicy. Rozrostowi mózgu nie towarzyszą wcale objawy przy wodnej puchlinie mózgu napotykanne, przyczyną jego jest po większej części

krzywica czaszki, której kości znacznie grubieją skoro rozrost ma miejsce. Dopóki nie będzie dokonywane dokładne oznaczenie wagi mózgu w stosunku do wagi ciała i nie zostanie przyjętą pewna średnia cyfra ciężkości; z oznaczenia wagi mózgowia na domysł nie można wnosić o jego rozroście.

**Leczenie.** Najgłówniejszém wskazaniem u dzieci z przewlekłym wodostekiem jest staranna piecza i dokładnie uregulowana dyeta. Z liczby środków moczopędnych których wpływ na wessanie płynu zebranego w komórkach mózgowych jest nader wątpliwy, należy wybierać tylko takie które nie wywierają ogólnie osłabiającego działania np. gąszez jałowcowy (*roob juniperi*); zalecają także naparstnicę, octan potażu. Unikać należy jodku potassu, emetyku i leków drażniących (*drastica*). Leczenie wzmacniające nie szkodzi w żadnym razie, zwłaszcza gdy się zwraca uwagę na dostateczne wypróżnienia stolcowe.

Miejscowo zalecano najrozmaitsze maście i nakadzania, przeciw którym nie powiedzieć nie można dopóki nie męczą dzieci. Zalecone przez Engelmann'a i Trousseau zawijanie głowy plastrami lipkimi, które ma być powtarzane całemi latami, jak niemniej przekłucie i wydalenie płynu z komórek przy niezarośniętych jeszcze ciemiączkach i szwie koronowym, oba te sposoby zostały zarzucone jako nie prowadzące do celu.

Gölis radzi ostrzydz krótko włosy, wcierać słabszą szarą maść (5j — 3jj) w czaszkową okolicę głowy i starannie okrywać ją flanelą przytem jeżeli niema biegunki zaleca  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$  gr. chlorku 2-rtęci. Postępowanie to kontynuje 30 — 40 dni; przy widocznej poprawie zmniejsza ilość maści szaręj, — flanelowe okrycie głowy radzi utrzymywać nawet po przestaniu wcierań. Jeżeli po 6—8 tygodniach niema poprawy, podaje łagodne leki moczopędne i lekko odciągające na okolicę potylicową. W est powyższą metodę Gölis'a uważa za najwięcej praktyczną i zasługującą na zastosowanie, jednakże uważał niekiedy za konieczne usunąć z głowy flanelę jako rozgrzewającą a nawet przy wysoko podwyższonej ciepłocie głowy i niepokoju dziecka, zdradzających zapalną naturę choroby, widział się być zmuszonym do leczenia miejscowego upustu krwi zapomocą piławek.

## 6) Przepuklina mózgu wrodzona.

(*Encephalocele*).

Choroba ta zawsze datuje swój początek z czasu życia płodowego. Zależy ona od nadmiernego rozszerzenia się mózgu; skutkiem tego ko-

ści czaszki nieprawidłowo rozwijają się. Przedstawia się w postaci guza usadowionego na czaszce najczęściej w okolicy potylicowej, wielkością od małego orzecha do głowy dziecięcia dochodzącego, co zależy głównie od ilości płynu który w każdym wypadku otacza wysunięta, z jamy czaszkowej część mózgu. Przy dokładném badaniu wyczuć można przy podstawie zwykle obrączkowaty brak kości. Zdarzają się wypadki w których mózg wcale się nie wysuwa a treść guza stanowią: powłoka zewnętrzna i płyn objęty oponami; jest to tak zwana *meningocele* opisana dokładnie przez Spring'a. Wydatność guza zależy od obszerności nie wytworzenia się kości; przy ograniczonym niedotworze przyjmuje on postać szypułkowatą, jeżeli zaś brak ten sięga na większej przestrzeni, guz będzie więcej płaski.

Powłokę guza stanowią: zanikła i włosów pozbawiona skóra zrośnięta z czepcem ścięgnistym (*pericranium*) i oponami. Skóra pokrywająca wielkie przepukliny mózgu bywa niekiedy zanikła do tego stopnia, że podczas przesuwania się czaszki przez drogi porodowe worek pęka, poczem naturalnie i śmierć wkrótce następuje.

Przepuklina mózgu zdarza się najczęściej na tyłogłowie, poniżej małego ciemiączka lub w niem samym, w innych razach przy nasadzie nosa lub w jednym z kątów oka, nareszcie w ciemiączku wielkiem, a najrzadziej z boku czaszki na okolicach skroniowych. Jeżeli przepuklina obrała sobie siedlisko przy nasadzie nosa, to kości nosowe zostają rozepchnięte a przez to i oczy bardziej od siebie oddalone.

Przy uciskaniu guz daje się zupełnie odprowadzić a przynajmniej znacznie zmniejszyć, temu jednakże zwykle towarzyszą mniej lub więcej silne bóle; przy dłuższym zaś ucisku nawet mózgowie objawy, drgawki, kurcze tężcowe, ogłuszenie, omdlenie. Małe guzy o twardej powłoce nie koniecznie wczesnie kończą się niepomyślnie. Wzrost ich postępuje w stosunku do rozwijania się całego ustroju dziecięcia, ztąd łatwo o uciśnięcie, zgniecenie i uszkodzenia wszelkiego rodzaju i w następstwie przewlekłe zapalenie opon.

To jest powodem że dorosłe lub nawet nieco starsze dziecko z przepukliną mózgu należy do największych rzadkości. Chociaż przy starannej pieczy życie da się utrzymać przez kilka nawet lat, to jednak władze umysłowe pozostawiają wiele do życzenia i dziecko staje się upośledzone na umyśle.

**Leczenie.** Przy zupełnie małych odprowadzalnych przepuklinach mózgowych, zwłaszcza przepuklinach opon (*meningocele*) miano osiągać uleczenie rdzenne gdy przez ustawiczne utrzymywanie odpro-

wadzonego guza odłożyły się sole wapienne w otworze kostnym, który został zamknięty przez wypełnienie się kostną tkanką. Jeżeli jednak co zwykle ma miejsce odprowadzenie nie udaje się całkowicie albo gdy przy usiłowaniu odprowadzenia powstają cięższe objawy mózgowe, wówczas nie pozostaje nic innego jak ochranianie guza od zewnętrznych szkodliwości przez pokryciego wkleśłą ołowianą blaszką lub skórą, odpowiednio zastosowanego kształtu. W ten sposób udaje się niekiedy utrzymać dzieci nawet do ich dojrzenia i później. Zbiór anatomiczny w Monachium posiada czaszkę dorosłego człowieka z zaokrąglonym otworem wielkości grosza na okolicy potylicowej, z którego to otworu za życia wystawała przepuklina mózgowa.

Odcięcie lub podwiązanie zdaniem Bouchu'ta sprawia zawsze śmiertelne zapalenie opon, z tego powodu zostało całkiem zaniebdane. Inaczej rzecz się ma z przekłóciem; jeżeli za pomocą trójgrańca próbnego albo lepiej jeszcze powtarzanemi nakłóćciami igłą wydalona zostaje płynna zawartość przepukliny, wówczas guzowatość znacznie zmniejsza się i umożliwia nałożenie ochraniającej opaski niezawsze dającej się zastosować, mianowicie: przy znacznej objętości guza gdy płynna część nie została usunięta. Wprawdzie po pierwszym przekłóciu płyn znowu gromadzi się w guzie, jednakże po kilku razowem powtórzeniu przekłócia, następuje trwalsze zmniejszenie guza a przez to i poprawa stanu zdrowia dziecięcia.

## 7) Stwardnienie mózgu.

(*Sclerosis encephali*).

Zdarza się u dzieci nadzwyczaj rzadko; w piśmiennictwie spotykamy się prawie jedynie z wypadkami spostrzeganymi przez Rilliet'a i Barthez'a, a następnie F. Weber'a. Stwardnienie podobnie jak u dorosłych zajmuje cały mózg, albo tylko pojedyncze mniejsze lub większe jego części (całkowite i częściowe stwardnienie).

Powiększenie twardości bywa w rozmaitym stopniu. Raz jest ono nie wydatne, w innych wypadkach stan skupienia dorównywa chrząstce a wówczas zawsze towarzyszy zanik i zmiany w budowie anatomicznej mózgowej tkanki. Zdarza się jeszcze spotykać całkowite stwardnienie mózgu w nieznacznym stopniu u dzieci zmarłych na durzycę i płonicę, podczas gdy rzadkość częściowego stwardnienia tém się da objaśnić, że wylewy mózgowe krwi w dziecięcym wieku są nadzwyczaj rzadkie, a właśnie one w następstwie powodują częściowe stwardnienia.

Przy obfitszym wylewie krwi w opony lub przy ropném ich zapaleniu, najbliższe sąsiednie części mózgu także przyjmują zwykłe udział; zakończeniem tych zmian jest właśnie stwardnienie części okolicznych.

W tych wypadkach cechuje się ono twardością prawie chrząstkowatą i barwą brudno szaro żółtą, która wprawdzie zajmuje głównie istotę szarą mózgu, jednakże i tkanki białej w zupełności nie pomija.

Stardnienie mózgu w nauce ma dotąd prawie wyłącznie anatomiczno-patologiczne znaczenie; objawy towarzyszące mu wcale nie są cechującymi, zatem i stanowcze rozpoznanie przy łóżku chorego jest niemożliwe. Objawy zdarzające się tu są: padaczka, drgawki, porażenia, głupowatość i nerwobóle najrozmaitszego rodzaju, a że one występują i przy innych zmianach anatomicznych, dla tego ich obecność nie upoważnia do przyjęcia stwardnienia mózgu.

**Leczenie.** Skoro mamy do czynienia z chorobą mającą swoje siedlisko w układzie nerwowym i budzi się podejrzenie obecności stwardnienia, oczywiście że i leczenie musi być skierowane przeciw objawom, gdyż o ile się zdaje ognisko stwardniałe nigdy nie wraca do prawidłowego stanu. Leki odurkuwe, nanerwne i środki wzmacniające w pewnych warunkach mogą sprawić pożądane jakkolwiek tylko przemijające usługi.

## 8) Nowotwory mózgu.

Nowotwory a zwłaszcza gruzlica w mózgu u dzieci nie są wcale rzadkiem zjawiskiem. Skutki wywołane przez nich zależą od wielkości i szybkości wzrostu. Pod wpływem ucisku jaki wywierają na otaczające części mózgu, powstają w ogóle: powiększenie objętości chorej półkuli mózgu i zaburzenia w krwi obiegu, które wreszcie prowadzą do obrzęku lub wylewu płynu do komórek, miejscowo zaś rozwija się zmięknienie lub małe wynaczynienia w najbliższym otoczeniu nowotwou.

Zdarzające się rodzaje nowotworów mózgu są następujące:

### a) G r u z e ł k i.

Ilość wielkich tego rodzaju gruzłów w mózgu jest bardzo ograniczona, znajduje się ich zwykle 2 lub 3, rzadko więcej 5 lub 6. Stosownie do ilości wielkość jest rozmaita, od orzecha laskowego do wielko-



ści orzecha włoskiego. Jeżeli wyjątkowo znajduje się większa ilość gruzełków, to zwykle nie przenoszą wielkości ziarna grochu. Postać zbliża się zawsze do okrągłej lub owalnej, rzadko zdarza się postać zrazikowata lub ostre wyniosłości, z czego można przypuszczać, że gruzełek prawdopodobnie już w chwili powstawania zajmuje pewną przestrzeń i nie powiększa się już następnie.

Jakkolwiek we wszystkich już częściach mózgu znajdowano gruzelki, wszakże nie można zaprzeczyć, że częściej umiejscawiają się w szarej istocie niż w białej, a więc albo znajdują się zupełnie na obwodzie albo głęboko tam gdzie znajduje się wiele istoty szarej zatem we wzgórkach prążkowanych i wzrokowych. Najrzadziej zdarzają się gruzelki w rdzeniu przedłużonym, w przegrodzie i w odnogach mózgu. Gruzelki obwodowe mogą tkwić tak powierzchownie, że się stykają z oponami i zrastają z opną twardą, wówczas zachodzić może wątpliwość z kąd wzięty początek, z mózgu lub z opony?

Szczegółowe badania nowotworu tego rodzaju wykazują, że składa się on z masy żółtawej, serowatej, zbitej i kruchej w której pod drobnowidzem znajdujemy bezkształtne ziarna i bryłki, słowem z masy rozpadowej. Otaczająca tkanka mózgowa bywa najczęściej rozmiękczoną, żółtą lub czerwoną; niekiedy zaś nowotwór otoczony jest cienką warstwą stwardniałej tkanki mózgowej i odbarwionej. Zewnętrzna warstwa usiana bywa prosowatemi gruzełkami co upoważnia wnioskować, że guzowatość powstała z wytworzenia się mnóstwa drobnych gruzełków. W innych wypadkach drobnowidz tak w głębszych jak i powierzchniowych warstwach wcale nie wykazuje prosowatych gruzełków a wówczas serowate ognisko otoczone szaro-czerwonawą jednostajną masą złożoną z komórek z których jakoby cały nowotwór powstawał.

Zwykle jednakże cały gruzełek stanowi jednolitą masę, bez różnicy w skupieniu i barwie, niekiedy jednak możemy rozeznać początek mięknięcia, przyczem część środkowa rozplywa się albo nawet cała guzowatość stanowi otorbioną jamkę z papkowatą ropiastą zawartością. Znajdująca się tu ropiasta masa odróżnia się drobnowidzowo od prawdziwej ropy brakiem tworów komórkowych i obecnością prostej tylko masy rozpadowej. Ponieważ do zwapnienia wielkich mas gruzełkowych zawsze potrzeba kilku lat, przeto oczywiście u dzieci nigdy nie bywa skredowaciałych gruzełków. Najzwyczajniejszym powikłaniem a zarazem najbliższą przyczyną śmierci jest ostra gruźlica prosówkowa opon mózgowych z ostrą wodną puchliną mózgu. Na drugim miejscu postawić należy gruźlicę gruczołów oskrzelowych

i płuc. Powód dla którego u dzieci znajdują się częścię wielkie żółte gruzelki w mózgu niż u dorosłych, leży w tém, że nowotwory te bardzo prawdopodobnie wrodzone lub wkrótce po urodzeniu nabyte, mogą pozostać ukrytymi przez pewien czas, nawet przez kilka lat bez widocznych objawów; śmierć jednakże następuje zwykle w latach dziecięcych, a tylko wyjątkowo u dorosłych spotykane bywają wielkie żółte tego rodzaju nowotwory. Gruzelki mózgu nie wwołują albo żadnych objawów albo przynajmniej te same co i inne pozostałe nowotwory mózgu, tak, że dla uniknienia powtórzeń możemy pomieścić objawy wszystkich razem na końcu tego rozdziału.

### b) R a k.

Rak mózgu jak i rak w ogóle zdarza się udzieci nader rzadko. Zdaniem wszystkich autorów, przeważnie występuje rak rdzeniak komórkowy (*carcinoma medullare*), twardy zaś rak włóknisty (*scirrhus*) nie zdarza się prawie nigdy. Rak mózgu przechodzi stopniowo w prawidłową istotę mózgu, albo jest ostro ograniczony, okrągły lub owalny, w którym to razie daje się dokładnie wyłuszczyć. Zwykle stanowi on masę dość znacznej objętości i to tylko w jednej półkuli, jednakże przytaczają się téż wypadki, gdzie znaleziono rozsiane guziki w całym mózgu. Niema tu szczególnego umiejscowiania się raka w szaręj istocie jak to bywa w gruzelku. Rośnie zwykle bardzo szybko, doszedłszy do sklepienia czaszki spłaszcza się nieco i może jednak sprawić zniszczenie kości i wydostać się na zewnątrz na skórę głowy, albo téż wrastają one za nerwem wzrokowym do oczodołu i zajmują gałkę oczną. Są one często w mózgu pierwotne i pozostają w nim odosobnione, nie występując jednocześnie w innych narządach.

### c) P a s o ż y t y.

W literaturze zaznaczonych jest kilka odosobnionych wypadków pęcherzowców w mózgu u dzieci. *Echinococcus* znaleziony był w postaci małych i większych pęcherzy w tkance mózgowej, nieco częścię zdarza się *cysticercus cellulosae*, który po większej części zarazem znajduje się i w mięśniach w wielkiej ilości. *Cysticercus* według Rokitańskiego znajduje się prawie wyłącznie w istocie szaręj, zwłaszcza w jej powierzchniowych warstwach, pęcherze wystają wówczas

ponad powierzchnię mózgu i podnoszą częściowo opony. Wnętrzaki mogą zamrzeć a pęcherze zwapnieć; znajdziemy wtedy treść wapienną w pęcherzyku, który trudno odróżnić od zwapniałego gruzełka.

**Objawy.** Jest rzeczą jedną z najtrudniej dających się wytłumaczyć w całej patologii, że objawy tych nowotworów mózgu wcale nie są stałe; a nawet w znacznej liczbie wypadków nie obserwujemy żadnych przypadłości. Bardzo często dzieci pozornie zupełnie zdrowe zapadają na zwykłą ostrą wodną puchlinę mózgu, ulegają jej po 2—3 tygodniach, a przy badaniu zwłok znajdujemy jeden lub kilka większych lub mniejszych żółtych nowotworów, które nawet uledz mogą zmieknieniu, i które trwać mogły wiele miesięcy, lat nawet, pomimo że najslabszy choćby objaw tych znacznych zmian nie był spostrzegany. W innych wprawdzie wypadkach wybitny okres zwiastunny trwa nadzwyczaj długo i powstają w ogóle objawy zależące od przewlekłego ucisku na mózg. Dzieci tracą apetyt, wymiotują i ulegają połowicznemu lub obustronnemu porażeniu. Narządy zmysłów ulegają zanikowi, następuje ślepota lub głuchota, gwałtowne bóle głowy, kurcze i przykurczenia, a objawy zapalenia opon stanowią zwykle kres życia. Przy rakach występuje po większej części silny ból głowy, dalej niespokojność, jąkanie się, osłabienie zmysłów, ruchy podobne do płasania, samogwałt, kurcze, senność, porażenia i wyniszczenie. Przy pęcherzowcach obserwujemy głównie często padaczkę, płasawicę a prócz tego wzmiankowane wyżej objawy. W obec istniejących przypadłości mózgowych można z pewnością rozpoznać *cysticercus cellulosae* w mózgu, gdy jednocześnie pęcherzyki te znajdują się w reszcie ciała, w mięśniach, w oku etc.

Nowotwory mózgu nie mogą być dostępne leczeniu, i mogą wymagać co najwięcej tylko chwilowego działania przeciwko objawom.

## 9) Wrodzone wady rozwoju.

Oprócz wrodzonej wodnej puchliny mózgu i przepukliny o których już była mowa, zdarzają się jeszcze inne stany wrodzonych wad rozwoju, które jednak tylko jako potwory mają znaczenie dla anatomów i fizjologów.

Przy zupełnym braku mózgu istnieje stan zwany *Acephalia*, rozumiemy tu potwór bez głowy, po większej części z rozszczepianiem rdzenia (*spina bifida*), ze zboczeniem położenia serca (*ectopia cordis*), bra-

kiem płuc, brakiem pojedynczych narządów brzusznych i pokrzywionymi kończynami.

Obok tego przytoczyć należy częściowy brak mózgu, który może być nierozwiniętym w wymiarze podłużnym lub poprzecznym (*Hemicephalia*). Istnieją rozmaite stopnie tego stanu. Może brakować prawie całego mózgu, tak, że tylko na podstawie czaszki znajduje się nieznaczny ślad z którego poczynają się nerwy czaszkowe, albo też pojedyncze części mózgu są zupełnie wykształcone, brak zaś całkowicie półkul, wówczas w kościach czaszki są braki lub ślady ich tylko istnieją, a opony pierwotnie rozszerzone w pęcherz płynem wypełniony (który to pęcherz wcześniej pękł), wiszą jako zanikłe strzępki na niekształtnej massie mózgowej. W innych wypadkach brak jest tylko nieznacznych części mózgu np. przednich zrazów i opuszek nn. węchowych, wzgórków wzrokowych z nn. wzrokowymi, sklepienia etc., razem z odpowiednią małością lub zniepodobnieniem tych części twarzy które służą do przyjęcia wrażeń zmysłowych. Kości czaszki mogą istnieć w tym wypadku, oczywiście stosunkowo małe.

Z braków w wymiarze podłużnym najznaczniejszy jest: pojedynczość mózgu wielkiego połączona z cyklopią, z niedostatecznym rozwojem twarzy lub zupełnym jej brakiem. Dalej spostrzegane bywa zlanie się obustronnych wzgórków wzrokowych i prążkowanych, a w przeciwstawieniu do tego brak spoidel i zależne od tego rozszczepienie mózgu. Utworzenie kostnej czaszki mogło się tu odbywać prawidłowo, zawsze jednak istnieje głupowatość i niedostateczne rozwinięcie ciała.

Oprócz braku pojedynczych części mózgu, zdarza się jeszcze małość całego mózgowia zresztą prawidłowo zbudowanego (*Microcephalia*). Sklepienie czaszki jest bardzo niskie, czoło płaskie i głowa zaostrowana. Dzieci takie są zdolne do życia i rozwoju a nawet nie pozostają zbyt w tyle z rozwojem umysłowym,—co jest nader uderzającym.

Zbyteczny rozwój mózgu zdarza się nader rzadko, a wielokrotny podział na zrazy niekiedy spostrzegany w bardzo rzadkich wypadkach, należy raczej uważać za nieprawidłowość postaci aniżeli za zbytek w rozwoju.

## B. Rdzeń kręgowy.

### 1) Zapalenie rdzenia i jego opon.

(*Meningitis spinalis et myelitis*).

Choroby rdzenia stanowią dział nader ciemny, a to co jest o nich pewnego, trzymając się zmian anatomo-patologicznych dających się niewątpliwie stwierdzić, da się zebrać w krótkich słowach. Przewszystkiem co się tyczy przekrwienia jakie zbyt często chcą znajdować, należy poczytać za niedokładne wszystkie te wyniki badań pośmiertnych, gdzie trupy były nie zaraz po śmierci na twarz położone a sekcya była dokonana po upływie 24 godzin od chwili zgonu. W przeciwnym bowiem razie u każdego nawet najzdrowszego dziecka znajdujemy na obszernych przestrzeniach opuszczenie się krwi pośmiertne (*hypostasis*), napojenie barwikiem krwi i rozmięczenie skutkiem poczynającego się rozkładu, przez co stwierdzenie istotnych chorób rdzenia staje się niemożliwym.

Chociaż zmiany anatomo-patologiczne są rozmaite, to jednak zapalenie rdzenia i jego opon, da się ująć w jeden zbiór objawów, gdyż objawy w obu tych sprawach chorobowych są prawie téż same, dla tego ze stanowiska klinicznego rozpoznanie różniczkowe między niemi jest nadzwyczaj trudne a nawet wątpliwe.

**Zmiany anatomiczne.** Worek utworzony z opony twardej nie wypełnia całkowicie kanału stosu kręgowego, lecz utwierdzonym zostaje w kanale kręgowym przez tłuszcz gromadzący się więcej przy łukach kręgowych; ku przodowi w stronie trzonów kręgowych przyczepia się za pośrednictwem luźnej tkanki łącznej a do koła jeszcze przez sploty żyłne. Na wewnętrznej stronie tego worka opony twardej, mocno przyrośnięty jest zewnętrzny listek opony pajęczej, podczas gdy listek wewnętrzny łączy się luźno z oponą naczyniową. Między zewnętrzną i wewnętrzną blaszką znajduje się płyn mózgo-rdzeniowy, który pozostaje w łączności z płynem opon i komórek mózgu, i u małych dzieci wynosi około drachmy. Opona naczyniowa rdzenia jest bogatsza w naczynia aniżeli takż opona mózgowa, i daje się łatwo zdjąć u noworodków.

Na mocy tego co treściwie nadmieniono o normalnych stosunkach opon należy przy badaniu zwrócić uwagę na przekrwienia i wynaczynienia krwi w opony rdzeniowe. Opony miękkie mózgu,

jak niemniej żyły na wewnętrznej stronie kanału kręgowego są u małych dzieci zawsze krwią wypełnione, chociaż nawet zachowaliśmy ostrożność położenia ich na brzuch zaraz po śmierci; wcale też nie rzadko bywają spotykane wynaczynienia krwi.

Nie zawsze łatwo odróżnić czy krew znajdująca się na zewnątrz opony twardej została wynaczyniona za życia, albo czy wylała się dopiero na tę oponę przy odejmowaniu łuków kręgowych z przeciętych żył. Błędu najlepiej ustrzedz się w ten sposób, by nie odejmować od razu łuków kręgowych na znacznej przestrzeni od góry do dołu, ale w kilku rozmaitych wysokościach kolumny częściowo, a następnie puścić lekki strumień wody na obnażoną oponę twardą. Krew wylana na oponę z żył po śmierci daje się łatwo spłukać, podczas gdy wynaczyniona za życia zawsze jest nieco skrzepnięta i przyczepiona do opony twardej. Krwotoki te znajdują się najczęściej na szyi i w okolicy lędźwiowej, rozszerzają się raz na nieznacznej przestrzeni, drugi raz są tak obszerne, że cały kanał kręgowy od góry do dołu i w około okryty jest warstwą skrzepniętej krwi. Małe wynaczynienia dadzą się niekiedy wyraźniej dostrzedz na oddalonych łukach kręgowych aniżeli na oponie twardej; z tego powodu należy zawsze starannie zbadać wewnętrzną powierzchnię tych łuków.

Podobne krwotoki jakie bywają na zewnątrz opony twardej. zdarzają się także wewnątrz tego worka między oponą twardą i miękkimi. I tu wynaczynienie bywa na rozmaitych przestrzeniach od wielkości główki szpilki do takiej obszerności, że cały rdzeń otoczony jest krwią. Ponieważ opona twarda nie posiada wcale grubszych żył, przeto i tu nie łatwo jest możebnym błędem poczytania zabarwienia krwią powstałego przy badaniu pośmiertnym, za rzeczywiste wynaczynienie za życia powstałe.

Oprócz tych krwotoków, które jako najwyższy stopień przekrwienia tu przy opisie zapalenia zostały włączone, zdarzają się też istotne wysięki na oponach rdzenia i pomiędzy temiż.

Między oponą twardą i kostnym kanałem kręgowym już w stanie prawidłowym znajduje się nieco płynu surowiczego w luźnej tkanice łącznej, płyn ten jednak może znacznemu ulegać powiększeniu w stanach patologicznych i powlekać na znacznej przestrzeni oponę twardą w postaci galaretowatej masy i przyczepiać się także do wewnętrznej powierzchni łuków kręgowych. U starszych dzieci przy zapaleniu kręgow lub po uderzeniach etc. możemy znaleźć widoczne pomętnienie opony twardej i wypłodzenie się włóknikowego wysięku.

Po otworzeniu opony twardej znajdujemy u wszystkich dzieci dosyć znaczną ilość płynu mózgo-rdzeniowego, który w stanie prawidłowym jest jasno-żółty i zupełnie przezroczysty, natomiast przy cierpieniach opon miękkich bywa zmętniały, płatkowaty lub krwawy. Zabarwienie krwiste znajduje się zwłaszcza u dzieci które zmarły na ropnicę (*pyaemia*) w czasie epidemii gorączki połogowej.

Płynne te wysięki podlegają oczywiście prawom ciężkości i znajdują się w miejscu najniższym, co wykazać się daje przez podniesienie lub obniżenie trupa przy zamkniętym jeszcze worku opony twardej. W rzadkich wypadkach i tu obok płatkowatego płynu mózgo-rdzeniowego znajdujemy włóknikowy pokład na oponie naczyńowej, który odpowiednio ropnemu zapaleniu opon może być także ropiasty. Rdzeń kręgowy przy tych zmianach jego opon, bywa zwykle rozmiękczone a niekiedy naruszoną jego powierzchnia. Zresztą bardzo jest trudno zbadać rdzeń u dziecka, i rozpoznać rozmiękczenie lub stwardnienie w miarę oporu jaki nóż daje przy przekrawaniu albowiem rdzeń u dzieci jest tak miękki i cienki że ustępuje przy najmniejszym nacisku. Gdzie wystąpiły opisane zmiany w oponach rdzenia, tam zwykle w pewnych miejscach jego znajdujemy czerwone rozmiękczenie. Najwybitniejsze zmiany w rdzeniu znajdujemy przy wyleczonej chorobie Pott'a, gdzie w skutek zniszczenia kilku trzonów kręgowych, wystąpiło zgięcie pod kątem kanału kręgowego i samego rdzenia. W miejscu zgięciem rdzeń jest spłaszczony, twardy i zwykle nieco żółciejszy lub czerwiejszy aniżeli reszta tkanki; spostrzegać miano nawet zupełne przerwy rdzenia.

**Objawy.** Krwotoki i zapalenia wewnątrz kanału kręgowego nie przedstawiają u noworodków żadnych charakterystycznych objawów albowiem kurcze drgawkowe i tępcowe jakie tu występują, daleko jeszcze częściej zdarzają się bez wszelkich widocznych zmian w rdzeniu. Najwyraźniej możemy widzieć objawy tu się odnoszące u dzieci z rozszepaniem rdzenia (*spina bifida*), którego worek pękł lub uległ zgorzeli. Dzieci takie miewają w przestankach kurcze mięśni grzbietowych, które raz są przemijające i polegają na lekkim zeszywnieniu mięśni, drugi raz wyradzają się w gwałtowny i długotrwały tęczy tylny. Przytém dotknięcie kolumny kręgowej jest zawsze bolesne i powoduje nowy atak dla czego też lepiej będzie zawsze kłaść takie dzieci na boku. Nawet dotknięcie przy nieporażonych jeszcze kończynach dolnych wywołuje bóle, które wzmagają się przy ruchach. Wreszcie zjawia się porażenie kończyn dolnych potem i gór-

nych, które niekiedy występuje naprzemian z drgawkami i wstrząśnieniami, aż po kilku dniach nadejdzie śmierć wśród szczękościsku i tęcza.

U starszych dzieci spostrzegać się zdarza wyraźne objawy ze strony rdzenia kręgowego po pruchnieniu kręgów wraz z następczemi zgięciami i po płonicy lub durzycy, po których to chorobach niekiedy pozostają zupełne porażenia dolnych kończyn. Dzieci opowiadają dokładnie że doznają uczucia skosmacenia i że samo czucie w skórze jest zmniejszone; równocześnie skarżą się na gwałtowne bóle przy silniejszym dotknięciu lub ruchu, przyczem niekiedy powstają drgawkowe ściągnięcia, wkrótce zaś zupełne i całkowite porażenie kończyn dolnych. Z początku sprawa przebiega wśród gorączki z przyspieszonym tętnem i podniesieniem ciepłoty, które szczególnie na grzbiecie daje się wyczuć. Zwykle gorączka wkrótce słabnie, porażenie jednak trwa całemi miesiącami, nawet przez całe życie. Rzadszemi objawami są tu: zaburzenia w czułości skóry, utrudnienie połykania, bicie serca, napady duszności, czkawka, ciągoty (*priapismus*) etc.

Napominamy tu pokrótce o kureczach i porażeniach umyślnie dla tego, że objawy te zdarzają się jeszcze częściej bez żadnych wykazań się dających zmian w rdzeniu; z powodu praktycznej ważności, będzie o nich mowa w innych jeszcze rozdziałach.

Zapalenie rdzenia występuje prawie jedynie pojedynczemi wypadkami (sporadycznie), wszakże według West'a zdarzało się już nagminne pojawianie się tej choroby. West wspomina mianowicie o takich epidemiach w niektórych okolicach Francyi w r. 1842 do 1844, a w nowszych czasach w szpitalach i domach roboczych w Irlandyi. W ostatnich latach zapalenie rdzenia zdarzało się dosyć często w południowych Niemczech, i było opisywane wielokrotnie pod nazwą: *Meningitis cerebro-spinalis* (*Genickkrampf*). Choć na trupach znaleziono znaczne zebranie płynu surowiczego między oponami rdzenia, to jednak sam rdzeń rzadko i nieznacznie tylko był zmieniony. Choroba przebiegała bardzo ostro i zabijała w ciągu 1—4 dni.

Co do rozpoznania różniczkowego między zapaleniem rdzenia a zapaleniem jego opon, zwrócono uwagę, że pierwsze przebiega przewlekłe, bez gorączki i z przeważającym porażeniem, podczas gdy ostatnie rozpoczyna się gwałtownemi objawami, silną gorączką i ogólnemi drgawkami, po czem dopiero później następuje porażenie. Jak wspomniano wyżej prawie zawsze obie te choroby mniej lub więcej roz-



winięte przebiegają razem, tak, że z tego powodu niepodobna i bez pożytku nawet byłoby wyszukiwać różniczkowych znaków.

**Leczenie.** Leczenie przeciwzapalne wskazane bywa tylko w bardzo rzadkich wypadkach. Zwykle bowiem albo dzieci są za małe, gdyż właśnie noworodki cierpią na zapalenie rdzenia i jego opon, albo chociaż są starsze to jednak w skutek poprzedzających chorób warunkujących cierpienie rdzenia jak: próchnienie kręgow, płonica i durzyca, znajdują się w takim stanie odżywiania, który nie dozwala na leczenie przeciwzapalne. W razie gorączki i drgawek z początku choroby, najlepiej zadawać małe dawki chlorku 2-rtęci. Jeżeli pierwsze gwałtowne objawy dały się złagodzić, to często zadają napar z kwiatu pomornika (*flor. arnicae*), chociaż niemożna przywieść widocznego skutku tego lekarstwa; pozostające zwykle porażenia nie dają zbyt złego rokowania, albowiem w miarę wzmaganania się sił i poprawia się ogólnego stanu następuje przynajmniej polepszenie jeżeli nie zupełne uleczenie. Ważnym środkiem pomocniczym są zimne natryski (*douches*) na grzbiet i ostrożne zadawanie saletranu strychniny (*strychninum nitricum*); dawki tego środka według Vogel'a nie mogą być nawet u starszych dzieci nigdy powiększane nad  $\frac{1}{8}$ , co najwyżej  $\frac{1}{6}$  grana na dobę, inaczej bowiem raptownie wystąpić mogą groźne objawy zatrucia: tężcowe drgania i majaczenia. Należy zawsze zwrócić uwagę na wydzielanie moczu, i użyć cewnika gdy dłużej niż przez 12 godzin mocz nie zostaje oddanym.

## 2) Rozszczepanie rdzenia kręgowego.

(*Spina bifida Hydrorrhachis, Hiatus spinalis congenitus*).

Stanowi wrodzony guz występujący w kolumnie kręgowój, zwykle w części krzyżowej, polegający na wypnkleeniu opon rdzenia przez szparę w kostnym kanale kręgowym.

**Zmiany anatomiczne.** Możemy odróżnić kilka stopni téj wady rozwojowej które się w następujący sposób przedstawiają nakości.

Raz cała kolumna kręgową jest rozdzieloną, drugi raz wada ta znajduje się w jednym lub w kilku jej odcinkach. Całkowite rozszczepanie zdarza się tylko u potworów, mianowicie półgło-

wych (*hemicephalus*) i t. p. nie należy więc do zakresu klinicznych spostrzeżeń; natomiast przy niedostatecznym rozwoju pojedynczych kręgów życie nie jest bezwzględnie niemożliwe, a ztąd i stan ten wymaga bliższego zastanowienia się. I tu także należy odróżnić kilka stopni braku kości. W najniższym stopniu tego cierpienia, połówki łuków kolumny kręgowej są zupełnie rozwinięte i przybierają prawie normalne położenie, jedynie tylko wyrostki cierniste nie są połączone i pozostawiają między sobą *wązką szparę*. W wyższym stopniu połówki łuków kręgowych nie są dokończalne, albowiem brak zupełny wyrostków ciernistych, przez co pozostaje *szeroła szpara*. Niekiedy i trzony kręgów są też rozdzielone, a wtedy istnieje *szpara przechodząca przez całą grubość* kolumny kręgowej. W najwyższym stopniu wreszcie, obok przechodzącej takiej szpary, istnieje brak niektórych połówek kręgów, tak że z pojedynczych kręgów istnieją tylko ślady.

Badając sam guz, znajdziemy że utworzonym on jest albo z opony twardej i pajęczej, albo też opona twarda jest tylko przerwana pajęczą zaś wypukła się w postaci worka z otworem tamtej opony. Skóra pokrywająca guz jest raz prawidłowa, w innych razach zanikła, w półprzeświecająca, lub też brak jej zupełnie, przyczem rozumie się cienka opona pajęczą pęka już w łonie matki lub podczas porodu i wisi przy obwodzie szpary w postaci luźnych czarnych strzępków. W razie gdy osłony są zachowane, to guz za życia jest dosyć naprężony i chełboczący, na trupie opada, a worek robi się wiotkim. Zawartość stanowi czysty płyn mózgo-rdzeniowy. Wielkość i postać guza bywa nader rozmaita, raz jest dla oka nie przystępny i tak mały że go można tylko wyczuć drugi raz dochodzi wielkości jaja kurzego. Najwykleszym miejscem gdzie się zdarza *spina bifida* jest okolica lędźwiowa, wszakże widziano już rozszczeranie na każdym kręgu. Rdzeń jest przedtem albo zupełnie prawidłowy, albo też gdy guz znajduje się nisko na krągach lędźwiowych, rdzeń może się rozdzielać w ścianach worka.

**Objawy.** Przy opisie zmian anatomicznych wspomniano już o niektórych z objawów. Postać guza jest jajowata lub gruszkowata: niekiedy odróżnić możemy cieńszą szypułkę. Skóra na guzie bywa po większej części zmieniona w kolorze, czerwona w fioletowa, znajdujemy też wyraźne gwiazdowate blizny na środku guza, przez co ten ostatni jest nieco spłaszczony. Blizny te prawdopodobnie pochodzą z rozerwania się worka za życia płodowego; płyn w którym płód się

znajduje ułatwia zrośnięcie w miejscu pęknięcia worka po zmniejszeniu się naprężenia ścian, a ztąd pozostaje bliznowate wciągnięcie.

Cisnąc palcem na guz, takowy się nieco zmniejsza, jeżeli istnieje zarazem drugi worek na kolumnie lub współcześnie wodna puchlina zewnętrzna wrodzona, to dostrzeżemy naprężenie się tych części; zresztą każdy nacisk a nawet dotknięcie guza jest bolesne, i wywołuje nader często tępcowe drganie. Na wielkich guzach z zanikłą skórą niekiedy widzimy zmiany przy oddychaniu, guz zwiększa się przy wzdychaniu a zmniejsza znów przy wdychaniu, Badając dokładnie brzegi guza za pomocą palca, znajdziemy wyraźne rozszczepianie kręgow, górny i dolny kąt szpary i rozszerzenie jej ku środkowi w postaci listka myrtowego.

Co się tyczy innych warunków ustroju, to zwykle dzieci te przychodzą żywo na świat, jednak w nader rzadkich wypadkach pozostają przy życiu dłużej nad kilka dni. Często guz pęka już przy porodzie, niekiedy zaś ulega zgorzeli, skóra zaś pokrywająca go tylko wyjątkowo pozostaje prawidłową i ulega stopniowemu zgrubieniu. Jeżeli do guza dostanie się powietrze, mianowicie gdy guz pęknie lub ulegnie zgorzeli, to pojawiają się ropno posokowate zapalenie opon rdzenia i w krótkim czasie następuje śmierć.

Jeżeli skóra pozostaje prawidłową a guz pierwotnie nie był bardzo wielki, to dzieci mogą pozostać przy życiu, wszakże i tu występują później porażenia kończyn dolnych, odbyticy lub pęcherza a wskutek tego przedwczesna śmierć. Przytoczone są w piśmiennictwie pojedyncze wypadki gdzie takie dzieci dożyły 20 — 30 lat w stanie stosunkowo znośnym. Wada rozwoju w mowie będąca, jeżeli istnieje w wyższym stopniu, rzadko przytrafia się odosobniona, zwykle bowiem łączą się z nią inne znaczne wady rozwojowe, jak wrodzona wodna puchlina, wywinięcie pęcherza, przemieszczenie serca, skoślawienie nóg (*pedes vari*).

Co się tyczy częstości tej wady, to ze statystycznych zestawień Chaus sier'a w paryzkim szpitalu Maternité okazało się, że na 1000 dzieci jedno zdarza się z rozszczepianiem kolumny kręgowej; w Warszawskim domu dla podrzutków na 6000 dzieci zaledwie przypada jedno tą wodą dotknięte. Stanu tego nie należy zamienić z innymi podobnymi guzami, gdyż przy każdym prawidłowym rozszczepianiu można łatwo wyczuć niezamknięte łuki kręgowc. Jako rzadkość wspominają w piśmiennictwie o wypadkach wrodzonej przepukliny grzbietowej (*hernia dorsalis*), torbieli, o tłuszczakach i guzach t. zw. *meli-ceres*, które znajdowały się na kolumnie kręgowej i mogły być powo-

dem błędnego poczytania wzięcia ich za rozszczepanie (*spina bifida*). Nader rzadko spotykamy stan intrafoetatio (*foetus in fortu*) gdzie na kości krzyżowej znajduje się niekształtny wielki guz z pojedynczemi kośćmi i wielkimi naczyniami, niema żadnego podobieństwa do będącego w mowie zboczenia w budowie dziecięcia.

**Leczenie.** Próbowano najrozmaitszych metod dla zmniejszenia guza i wywołania zamknięcia kanału kręgowego. Bezskuteczność tego postępowania zależy od tego, że właśnie ścianę wewnętrzną worka mającego być operowanym, tworzy opona pajęczna rdzenia i że wszelkie jój podrażnienia wywołują zapalenie opon, którego niepodobna ograniczyć do samego worka.

Wykonywano przekłucie guza trójgranicem próbnym lub igłami przy przesunięciu skóry. G a u p p przedstawił niedawno 7-letniego chłopca, którego *spina bifida* w postaci guza wielkości główki dziecka, uleczonej została w pierwszych tygodniach życia przez 8-razowe przekłucie. Po pierwszym przekłuciu można było wyraźnie wyczuć rozszczepanie kolumny kręgowój; takowa wkrótce jednak zamknęła się, tak że po 10 tygodniach nie było śladu szpary. Wszystkie części składające kręgi istnienia u tego chłopca obecnie, tylko że wyrostki cierniste odpowiednich kręgów są nieco spłaszczone. Wykonywano téż wycięcie z założeniem następnie szwu, niemniej próbowano bocznego nacisku dwoma piórami lub pręcikami. Chassa ignac leczył rozszczepanie kręgów zapomocą przekłucia z następnem nastrzyknięciem jodowem na podobieństwo jak się leczy wodostek w worku jądrowym (*hydrocele*); przy guzach szypułkowatych dokonywano téż podwiązania. Wreszcie zastosowany był ustawiczny nacisk na guz za pomoca poduszeczki z włosów, przez co powstają łatwo gwałtowne bóle i drgawki a nie uleczenie.

Wszyscy przyznają że wszelkie operacyjne usiłowania były bezowocne, wyjątek jest tu bardzo mały; co więcéj że zaraz po operacyi występowały objawy zapalenia opon wkrótce śmiercią się kończące. Wprawdzie rokowanie przy rozszczepaniu kręgów jest niepomyślne, większa część dzieci umiera pomimo że operacyi nie robiono, jednak brak jeszcze statystycznych danych w tym względzie, co się objaśnia wielką rzadkością téj choroby.

Zdaniem V o g e l'a najracjonalniejsze jest oszczędzanie o ile możności skóry okrywającej worek: w tym celu wypada go strzedz od zewnętrznych obrażeń przez pokrycie wkłesłą, wysłaną poduszeczką, przylegającą tylko brzegami i przymocowaną za pomoca kauczuko-

wój opaski. Jeśli rozszepanie kolumny jest połączone z wodną puchliną mózgu wrodzoną, jak się to mianowicie często zdarza, to nienależy stosować innego postępowania nad dopiero co przytoczone, albowiem każde zmniejszenie i ucisk guza na grzbiecie powodują większe napięcie wnętrza czaszki.

### C. Zaburzenia w przewodnictwie nerwów.

Wspomniemy tu o chorobach nerwowych, które bardzo prawdopodobnie są tylko objawami pewnych zmian w mózgu i rdzeniu kręgowym, jak to się okazuje z podobieństwa pojedynczych zjawisk. Dotychczas jednak nie zdołano wykazać odpowiednich postaciowych lub chemicznych zmian w narządach ośrodkowych, co jeszcze zostaje przez to utrudnioném, że większa część tych chorób nerwowych nie kończy się śmiercią, tak że tylko tu i owdzie wypadkiem zdarzy się dokonać pośmiertne badanie.

Ponieważ nie udało się wykazać żadnych zmian chorobowych w ośrodkach, najwłaściwszem przeto będzie opisać pojedyncze przypadłości nerwowe zdarzające się u dzieci.

#### 1) Drgawki u dzieci.

(*Eclampsia infantum, die Fraisen*).

Drgawki (konwulsje) grają w nauce o chorobach dzieci oddawna ważną rolę, i są nawet powszechnie znane, z kąd téż pochodzi, że ochrzczono je mnóstwem nazw. W Niemczech: *die Kopffraisen, die stille Frais, der stille Jummer, das Gefraisch, die Krämpfe, die Schauerchen, die Gichter*, etc.; są to popularne nazwy jednego i tego samego cierpienia, mianowicie ogólnych lub częściowych klonicznych drgań mięśni, które raz lub częściej po sobie występują i zawsze prawie wywołane zostają przez inną gorączkową chorobę, lub téż stanowią jej początek. Przytomność znika zupełnie lub prawie całkowicie, głównie gdy drgawki są ogólne. Pojedynczy napad nie daje się odróżnić od napadu padaczki (*epilepsia*); jedynie tylko przewlekły przebieg i niespodziewane bezgorączkowe powroty stanowią cechę dla padaczki. Od tańca Ś-go Wita odróżniają się drgawki (*Eclampsia*) tém, że w pierwszym skurcze mięśni trwają bez przerwy przez cały dzień, że zawsze całe tygodnie mijają zanim cierpienie to ustąpi, że stan ogólny nie przyjmuje przytém ważniejszego udziału.

Co do czasu kiedy drgawki najczęściej występują, to najwięcej usposobienia okazują dzieci w pierwszych latach, aż do ukończenia się pierwszego ząbkowania, wszakże i starsze które w pewnych latach życia cierpiały na drgawki mogą popaść w gwałtowne napady w początku ostrych wysypek przy zapaleniu gardła, albo nawet i przy zwyczajnej niestrawności wynikłej skutkiem błędów dyetetycznych. Lżejsze miejscowe drgania trwają zwykle przez kilka dni i zdarzają się zwłaszcza u bardzo małych dzieci w skutek zaburzeń w trawieniu. Ogólne drgawki, które właściwie nazwa *eclampsia* oznaczać powinna, rozumie się nie są trwałe, ale całe cierpienie kończy się na jednym napadzie, lub też między pojedynczemi napadami upływa zawsze dłuższy przeciąg czasu.

Lżejsza postać spostrzegana głównie u dzieci powyżej roku, cechuje się następującemi objawami: dziecię śpi z powiekami na w pół zmrózonemi, gałkami ocznemi do góry zwróconemi, tak że w szparze międzypowiekowej uwidatnia się biała twardówka; mięśnie twarzy ściągają się różnorodnie we śnie, zdaje się jakoby się dzieci uśmiechały (*risus sardonicus*), to jest przyczyną mniemania przez kobiety pielęgnujące, że dziecię bawi się z aniołami; dalej oddychanie odbywa się szybko i nieregularnie, powierzchownie, to znów z głębokiem wzdychaniem, członki drgają z lekka, rączki ściśnięte są w pięści z palcem wielkim objętym resztą palców, nóżki z palcami rozpostartemi zbliżone są do brzucha. Z takiego niespokojnego snu dzieci budzą się przestraszone z krzykiem lub jękiem i przez grzebanie nóżkami, krzywienie i przekręcanie całego ciała, starają się dać poznać swój stan nieprawidłowy. Po odejściu gazów obfitszego zielonego i śluzowatego stolca, przykrój woni, albo po wymiotach, występuje z wykle spokój i ogólne zapocenie się, sen zaś w wielu wypadkach na tę noc już nie wraca.

Stan ten może trwać kilka dni i powtarzać się codziennie kilka razy po krótkich przestankach, przyczém dzieci powiększłej części gorączkują i częścią skutkiem niedostatecznego odżywiania, częścią z powodu ciągłych ruchów mięśni twarzy, widocznie chudną, rysy twarzy zaostrzają się a nos przyjmuje spiczaste zarysy.

Cieęższa postać, prawdziwa *eclampsia infantum* daje się poznać w następujący sposób: zwykle ciężkie objawy nie występują zaraz z całą gwałtownością ale w większej liczbie wypadów wystąpienie ich poprzedza opisany powyżej obraz chorobowy, który zmienia się nieco, stosownie do wieku dzieci. Zwykle posłuszne i grzeczne, stają się lekomyślne, grymasne, gniewliwe, drgają z lekka we śnie, zgryzają też zębami i budzą się przestraszone z trwożnym krzykiem. Oczy

zwracają się wówczas do góry, powieki nie zamykają się całkowicie, kąty ust ściągnięte w uśmiech (*risus sardonicus*), przytém zaburzenia w ogólnym stanie. Nagle zarówno we śnie jak i w stanie czuwania dziecko dostaje napadu, który sam przez się uważany nie daje się wcale odróżnić od padaczkowego ataku. Dziecko od razu traci przytomność, wzrok staje się osłupiałym, niekiedy zjawia się zezowanie lub gałki oczne skierowują się ciągle w rozmaite strony. Mięśnie twarzy zaczynają w rozmaity sposób drgać, nadając jój wyraz uśmiechnięty, to znów gniewliwy, zmarszczony, który z powodu odkrycia zębów w szparze ust nabiera coś zwierzęcego. Szczęki odbywają ruchy żucia, szczerkania, którym towarzyszy zgrzytanie. Po wlaniu płynu do ust ruchy połykowe nie są dokładne, tak że większa część wylewa się napowrót. Drgawki zajmują prawie wszystkie mięśnie całego ciała. Mięśnie grzbietowe są kurczowo ściągnięte lub drgają. Kończyny wykonywają rozmaite ruchy, uderzają, kopią, obracają się, oddychanie staje się nieregularnym i może zupełnie nawet być zatrzymanem przez kurcz głośni. Wtedy po świszczającym wdychaniu ruchy oddechowe ustają, zjawia się silna sinica a nawet i śmierć gdy kurcz nie ustąpi po kilku minutach. Z powodu utrudnionego krwi obiegu zjawiają się téż krwotoki z błon śluzowych ust i nosa, jednak krwawa piana znajdująca się zwykle na wargach, pochodzi często z mechanicznych uszkodzeń języka lub błony śluzowej ust, do których wiele znajduje się sposobności przy ruchach szczęk i usiłowaniu ze strony otaczających przeszkodzenia im. Serce kurczy się bardzo szybko, jednak nie rytmicznie. Stolce i mocza często oddane zostają mimowolnie. Ciężota skóry na tułowiu jest prawidłowa, na kończynach niższa, ku końcowi napadu zwykle zjawia się pot. Czułość skóry znikła do tego stopnia, że żadnym sposobem nawet najbardziej bolesnym nie można dzieci przywrócić do przytomności, same one przy ruchach drgawkowych często się kaleczą.

Opisane dopiero co objawy prawie nigdy nie występują przy jednym napadzie, niektórych z nich zawsze brakuje, co jednakże nie upoważnia do pocytania napadu za lżejszy lub niezupełny.

Trwanie takiego drgawkowego napadu przeciąga się tylko kilka minut, napady trwające o wiele dłużej polegają na anatomicznych głębszych zmianach w mózgu, nie należy ich zatém za jedno z drgawkami (*eclampsia*) pocytywać. Po ukończeniu się kurczów występuje stan zupełnie podobny jak po napadzie padaczkowym. Dzieci są osłabione, senna, gorączka się wzmacnia, oczy nastrzykują się krwią, wy-

stępują przypadłości mózgowe, apetyt ginie, tak że ssawcy nie biorą nawet podanej im piersi.

Dawniej kiedy znacznie więcej używano leczenia przeciwzapalnego u dzieci, odróżniano dla celów leczniczych drgawki z przekrwieniem i drgawki z małokrwistością; przy pierwszych puszczano krew, a potem jeszcze stawiano pijawki, czego nie czyniono przy drugiej odmianie. Obecnie, gdzie daleko mniej używają odciągań krwi, odróżnienie te ma tylko o tyle wartość, że przekonywamy się iż zarówno blade i małokrwiste dzieci, jak i krwiste z rumieńcami na twarzy, mogą zapadać na drgawki. Teoretycznie odróżniono dalej: 1) drgawki samoiste (idiopatyczne) t. j. wprost od mózgu zależące i 2) spółczulne (sympatyczne, deuteropatyczne) t. j. przenoszące się drogą odruchu na mózg z innego narządu. W praktyce odróżnienie to częstokroć nie jest możebne, tak że nawet po dłuższym czasie spostrzeganie pozostaje niejasnym z jakim rodzajem drgawek mamy do czynienia. Tylko badanie pośmiertne roztrzyga wątpliwość.

**Przyczyny.** 1) Drgawki samoiste mogą zależeć od mechanicznego ucisku głowy przy porodzie, od zmian w mózgu dających się anatomicznie wykazać, mianowicie od gruzelków albo od pokarmów lub leków wprost działających na mózg (*spirituosa, narcotica*) niemniej też od przepalenia głowy. Dzieci z miękkim tyłogłowiem, który to stan będzie opisany przy krzywicy, są więcej od innych skłonne do drgawek, które też mogą powstać pod wpływem bezpośredniego podrażnienia mózgu przez ucisk od zewnątrz. Przytaczają także w rzędzie przyczyn wysilanie umysłowe, co jednak zdarza się chyba najrzadziej; raczej wypadaloby może zaliczyć tu gwałtowny przestрах, obawę i wybuch gniewu.

2) Drgawki spółczulne sympatyczne (deuteropatyczne) są daleko częstszą postacią; mianowicie przewód pokarmowy jest tym narządem z którego najczęściej drogą odruchu występują drgawki. Często sposobność do drgawek następuje wielką drażliwością przewodu pokarmowego u dzieci. Już zaraz w pierwszych po urodzeniu zatrzymanie smółki może wywołać drgawki, przyczem jednak zawsze trzeba pamiętać o mechanicznych uszkodzeniach głowy w czasie porodu.

Szczególnym i nieobjaśnionym jeszcze chemicznie powodem drgawek bywa mleko mamki, która wystawiona była na krótki czas przedtém, na gwałtowne wzruszenie umysłu. Są stwierdzone wypadki, gdzie zupełnie zdrowe dzieci po wyssaniu takiego mleka mamki na-



wiedzone bywały kilkoma krótkimi lub gwałtownymi drgawkami, zmarły wkrótce, a przy badaniu zwłok nie można było odkryć żadnej wydatnej przyczyny śmierci. W stosunku jednak do nader częstych wybuchów gniewu lub innych wzruszeń umysłu, jakie po większej części zależą od towarzyskiego stanowiska mamki, wypadki drgawek u dzieci przez nie karmionych są tak rzadkie, że nie bez słuszności zupełnie powątpiewano o nich. Nie można jednak zaprzeczyć, że wskutek sztucznego karmienia dzieci, takowe są wystawione na rozmaite szkodliwe wpływy, które pociągają za sobą nieżyty kiszek a te znów idą w parze z podrażnieniem mózgu. Najsilniejsze téż drgawki zdarzają się w czasie odstawiania dzieci od piersi. Cierpią one najprzód na wzdęcie brzucha i kolki, dostają biegunki z zielonemi i cuchnącemi stolcami, wymiotują, stają się bardzo niespokojne, gorączkują aż wreszcie dostają drgawek. W innych wypadkach nie poprzedza wcale biegunka ale odwrotnie zaparcie stolca i brak apetytu. U starszych dzieci przytoczyć należy jako przyczyny głównie niestrawność i drażnienie przez wnętrzaki.

Dalsza ważna przyczyna drgawek leży w wyrzynaniu się ząbków. Sprawa ta zwykle wikła się z zaburzeniem w trawieniu ale stanowi najbliższą przyczynę drgawek. Zdarzają się jednak wypadki gdzie trawienie jest zupełnie prawidłowe, a kurcze odruchowe dadzą się tylko wyprowadzić od drażnienia i zapalenia błony śluzowej ust. Drgawki te zdarzają się u dzieci w czasie pierwszego lub drugiego ząbkowania, jama ustna jest zaczerwieniona i gorąca, wydzielanie śluzu jest mniejsze niż przy prawidłowem ząbkowaniu, jeden lub drugi policzek jest ciemniej zaczerwieniony, dzieci są bardzo niespokojne, i gryzą wszystko co im się do ust dostanie, nawet brodawkę piersi karmiącej ich mamki. Drgawki powstające podczas ząbkowania przez drażnienie ząbkami należą do ciężkich, po których często zdarza się częściowe porażenie lub osłabienie umysłu.

Trzecią przyczyną główną drgawek jest wybuch ostrój gorączkowej choroby, zwłaszcza ostrój wysypki, wówczas są one jednoznaczne z dreszczami u dorosłych. Te drgawki połączone są z najmniejszym niebezpieczeństwem, trwają krótko i rzadko kiedy pociągają za sobą złe następstwa. Nawet można z pewnem prawdopodobieństwem domyślać się téj przyczyny, gdy choroby wysypkowe których dane dziecko jeszcze nie przebywało, właśnie panują nagminnie i gdy wystąpiły zwiastuny takiej wysypkowej choroby. Dla odry należą tu: kaszel, kichanie, łzawienie ocz, — dla płonicy: zapalenie gardła i utrudnienie połykania, — dla ospy: przeważny ból w krzyżu i ból gło-

wy, oraz silna gorączka. Często jednak niema wcale zwiastunów, a dopiero z przebiegu można określić rzeczywistą drgawek przyczynę. Oprócz ostrych wysypek z pomiędzy ostrych chorób należy wymienić jeszcze zapalenie płuc, zimnicę, gorączki w skutek zranień i operacji, wreszcie proste zapalenie gardła (*angina*). Vogel przytacza wypadek u pewnego chłopca którego matka wątłego ciała składa często cierpiała na bóle głowy; chłopiec ten corocznie 2—3 razy dostawał silnego zapalenia gardła, przyczem stale w pierwszym dniu choroby występował napad drgawek, nie dający się prawie odróżnić od napadu padaczkowego. Wyciął mu nareszcie oba migdałki a drgawki od 2-ch lat nie zjawiły się wcale. W dawniejszém zwłaszcza piśmiennictwie zaznaczane są także wypadki gdzie po szybkim uleczeniu mocno sączących wysypek, miały powstać drgawki. Przy leczeniu ostrój wodnej puchliny mózgu była już mowa o związku między tą chorobą i wilgotnemi wysypkami na głowie, nie można téż zaprzeczyć, że przy szybkim uleczeniu zewnętrznych ropień, w pewnych razach zagrożone zostają zapaleniem narządy wewnętrzne a więc i mózgowie. Z drugiej jednak strony trzeba przyznać, że setki wysypek wypryskowych (*eczema*) leczy się szybko, częścią przy użyciu środków wysuszających, a dzieci pozostają zdrowemi jak przedtem.

Dziedziczność gra pewną rolę w przyczynowości drgawek. Zwykle i rodzice cierpieli już na drgawki, matki zwłaszcza są hysteryczki i cierpią na różnorodne nadezulności. Bouchut przytacza rodzinę z 10 osób złożoną, które za młodu wszystkie cierpiały na drgawki. Jedna z córek z téj rodziny wstąpiła w związek małżeński, miała 10-ro dzieci z których 9 również cierpiało na drgawki.

**Przebieg, zejście i rokowanie.** Częściowe skurcze mięśni (właściwe drgawki: *Fraisen*), mogą trwać przez ciąg wielu dni podczas pewnej ostrój choroby, chociaż przeto niebezpieczeństwo choroby samej o wiele nie zwiększa się. Prawdziwe drgawki (*eclampsia*) powiększej części kończą się jednym napadem. Ten napad może się zakończyć śmiercią lub téż następnego dnia rozwija się dalej sprawa chorobowa wywołując drgawki, a przez to znika sposobność do powtórnych napadów. Drgawki zależne od podrażnień przewodu pokarmowego znoszą się przez wymioty, odejście gazów kiszkowych lub biegunkowych wypróżnień, zależne zaś od zakażeń krwi nie zwykły się już wracać skoro wybuchły ostre wysypki (płonica, ospa, odra).

Jak już wspomniano te rodzaje drgawek sympatycznych rzadko są śmiertelne, upoważniają jednakże do przypuszczenia, że następująca choroba będzie silna i w przebiegu występować będą gwałtowne objawy. W ogóle służyć może zasada: im dziecko młodsze tém wątpliwsze rokowanie.

Według doświadczeń Vogel'a najgorsze rokowanie dają drgawki wywołane ząbkowaniem i jednoczesném cierpieniem kiszek z wyjątkiem drgawek zależących od istotnych chorób mózgu, które prawie zawsze prowadzą do śmierci. Dzieci takie albo umierają w jednym z napadów lub ulegają objawom objętym nazwą *hydrocephaloid* poprzedzającym śmiertelne zejście, albo wreszcie pozostaje znaczne zaburzenie w układzie nerwowym. Prawie wszystkie zezujące dzieci, u których zez nie da się odnieść do istotnych wad rogówki lub soczewki, cierpią na drgawki w pierwszych latach swego życia. Prócz tego następstwem drgawek mogą być: utrata pewnych zmysłów, ślepotą, głuchota, osłabienie umysłu w rozmaitym stopniu, przewlekła wodna puchlina mózgu, oraz ogólne lub częściowe porażenie mięśni.

**Leczenie.** Należy tu przedewszystkiem rozróżnić częściowe skurczenie mięśni (właściwe *convulsiones* t. zw. *Fraisen*) i ogólne drgawki do padaczkowych podobne (*eclampsia infantum*). Prócz tego leczenie zmienia się głównie według wieku i stanu sił dzieci; zwłaszcza należy starać się odkryć istotną przyczynę, zapomocą ścisłego zbadania dziecka. Nie należy polegać bezwarunkowo na zeznawaniu przez osoby otaczające, lekarz bowiem powinien sam zbadać cały ustrój chorego dziecka. Drzazga w podeszwie, między palcami, obce ciało w jamie nosowej, w przewodzie słuchowym zewnętrznym etc., mogą być także powodem drgawek, a przez oddalenie tych obcych ciał można osiągnąć zadziwiająco szybkie uleczenie.

Podczas samego napadu w rzadkich tylko wypadkach lekarz może wystąpić czynnie, albowiem do chwili jego przybycia prawie zawsze drgawki ukończyły się, wypada więc ograniczyć się do udzielania osobom otaczającym ścisłych wskazówek na wypadek ponownia się napadu. Pierwszą rzeczą jest jak najprędzej dziecko rozebrać, ażeby opaski i sukienki nie utrudniały oddychania i krążenia krwi, następnie należy położyć dziecko na obszerném łóżku z główką nieco wzniesioną, albo téż na podłodze jeżeli drgawki są tak silne, że należy się obawiać uszkodzenia kończyn dziecka o krawędź łóżka lub spadnięcia z tegoż;—dzieci takich ani na chwilę nie można odstępować. Przez zbrzyzganie twarzy i obnażonych piersi zimną wodą udaje się często

wywołać głębokie kurczowe wdychanie, przez co zmniejsza się przy najmniej niebezpieczeństwo zaduszenia, gdyż innego wydatnie ataki drgawek skracającego wpływu, oblewania i zbryzgiwania zimną wodą zwykle nie wywierają. Upust krwi z żyły jaki zalecali niektórzy autorowie, pominiawszy wszelkie inne względy przemawiające przeciw niemu, nie da się wykonać w czasie napadu, już dla tego, że z powodu drgań kończyny, ukłucie lancetem byłoby bardzo niepewne, a nawet gdyby się udało, to natychmiast skutkiem tychże drgań ranka skórna zbacza, zakrywa ranę w naczyniu krwionośnym, przez co krew przestaje wypływać. Grantham zaleca jednostajne obwiązanie głowy u dzieci z niezarośniętym jeszcze ciemiaczkiem, Vogel próbował tego bandażowania głowy dwa razy i to bez skutku, a przy dłuższem zostawieniu opaski, co Grantham uważa jako środek zapobiegawczy, Vogel miał sposobność widzieć zaniepokojenie dzieci, tak, że był zmuszony oddać opaskę po upływie kilku dni.

Co się tyczy postępowania lekarza po przebytych napadzie, to ono ogranicza się zwykle na środkach wypróżniających,—kładziemy też gorczyczniki, a u bardzo małych dzieci kwaśne ciasto na łydki lub nacieramy te części spirytusem gorzycowym wywołującym prawie natychmiast mocne zaczerwienienie. Jeżeli mamy podejrzenie podrażnienia kanału pokarmowego, to należy zadać środek wypróżniający. Zaniechać go należy tylko u tych dzieci, które przed i w czasie napadu miały biegunkę z wydalaniem gazów.

Większym dzieciom które na krótki czas przed napadem zjadły większe ilości pokarmów, zadajemy środek wymiotny z 1 gr. emetyku rozpuszonego w stężonym naparze korzenia ipeki; wkrótce całkowita zawartość żołądka zostaje wydaloną, lecz tam gdzie nie znajdujemy przepełnienia żołądka lub niestrawności, należy przełożyć chlorek 2 rtęci nad lek wymiotny. Zadajemy dzieciom  $\frac{1}{2}$ —1 gr. kalomelu co godzinę, aż do wystąpienia kilku wypróżnień. Jeżeli zaparcie jest domniemanym powodem drgawek, to nawet w czasie napadu możemy zadać lawatwę z wodą słoną.

Z liczby środków przeciwkurczowych ulubionym jest tlenek cynku, zarazem najwięcej używanym i właściwym do dłuższego zadawania w ilości 1—2 gr. na dzień;—trudno jest ocenić skuteczność takich środków zapobiegawczych, gdyż we większej liczbie wypadków zjawia się tylko jeden napad drgawek. Leki odurkowe nie są tu wskazane, albowiem żadne z nich w czasie napadu nie działają zbyt szybko, zaś po napadzie powodują napływy krwi do mózgu.

Jako leczenie następne głównie po drgawkach wywołanych podrażnieniem żołądka i wyrzynaniem się ząbków można użyć środków tonicznych (żelaza, chiny, wina, piwa etc.).

## 2) Porażenie.

(*paralysis*).

Ponieważ przy opisie chorób mózgu i rdzenia mówiliśmy już kilkakrotnie o porażeniach ośrodkowych wywołanych przez te choroby, pozostaje jeszcze do pomówienia o tak zwanych *essencyalnych porażeniach* jednej lub kilku kończyn, przy zupełnie zdrowych ośrodkach nerwowych, niemniej o *obwodowem porażeniu nerwu twarzowego*.

Porażenie nerwu twarzowego. Zdarza się niekiedy bezpośrednio po urodzeniu, daje się jednak trudniej dostrzedz u noworodków aniżeli u dorosłych z powodu nieruchomości ich rysów twarzy. Zboczenie staje się dopiero dostrzegalnym gdy dziecko zacznie krzyczeć, wtedy kąt ust zdrowej strony ściąga się ku zewnątrz i w ogóle cała ta strona twarzy marszczy się, podczas gdy strona porażona pozostaje bez zmiany. Jeżeli przyczyna porażenia jest ośrodkowa, to znajdujemy że języczek (*uvula*) jest zboczony; ponieważ jednak przyczyna tkwi zwykle w przebiegu nerwu twarzowego, przeto zwykle żadnych zboczeń nie znajdujemy ani w zasłonie podniebienną ani w języczku. Przyczyną porażenia nerwu twarzowego u noworodków bywają zwykle kleszcze, prócz tego zdarza się wrodzona małość i niedokształcenie kości skalistej. Zdarzają się także przy pruchnieniu tej kości obrzmienia gruczołów lub blizny w pobliżu nerwu twarzowego mogące przyczynić się do wywołania porażenia tegoż nerwu.

**Leczenie** porażenia nerwu twarzowego jest zależne od przyczyn, i skoro też da się usunąć zwykle skutek będzie pomyślny. Tak np. oddalić się dadzą ściągające blizny pochodzące zwykle z wrzodów żółzowatych, dalej nabrzmiałe gruczoły; natomiast porażenie będące następstwem pruchnienia kości skalistej zwykle pozostaje na całe życie.

Częstszą chorobę stanowi *essencyalne porażenie* pojedynczych kończyn; w dawniejszych podręcznikach pokrótce tylko wspomniano o tym stanie chorobowym, a dopiero w ostatnich czasach opisano go dokładniej (Heine, Kennedy i Rilliet).

Porażenie *essencyalne*. Jest to częściowa lub zupełna utrata możliwości ruchu, po części także i czucia w jednej, rzadziej w dwóch kończynach, przyczem pomimo najdokładniejszego badania i danych

z poprzedniego stanu (*anamnesis*) niemożna odkryć żadnego współcierpienia narządów ośrodkowych. Że w częściach ośrodkowych nie zaszły żadne, a przynajmniej żadne materyalne zmiany, okazuje się już z tego, że niekiedy porażenie znika bardzo szybko po 2—3 dniach, niemniej z badań dokonanych na zwłokach dzieci które cierpiąc na essencyalną porażenie zmarły skutkiem jakiegokolwiek ostrój choroby. Rilliet i Barthez mieli sposobność robić dwa razy pośmiertne badania tego rodzaju, Flie<sup>ss</sup> zaś czynił to w jednym wypadku, pierwszy nie znaleźli żadnych zmian w mózgu i rdzeniu, ostatni przy porażeniu jednego ramienia spostrzegł prosty tylko napływ krwi do opon rdzenia na wysokości splotu ramieniowego. Ponieważ essencyalne porażenie jako takie nigdy nie kończy się śmiercią, przeto badanie pośmiertne takich chorych zdarza się tylko wyjątkowo.

**Objawy.** Początek porażenia jest zwykle ten, że dziecko zwykle ząbkujące zasypia wcześniej wieczorem zupełnie zdrowe, w nocy staje się nieco niespokojne, nazajutrz zaś dostrzegamy, że jedno ramie lub kończyna dolna, rzadko obydwie te ostatnie, bezwładnie opadają. Porażenie zaraz w pierwszym dniu jest zupełne, a obraz choroby jest dokładny już w pierwszym dniu przy badaniu. W innych wypadkach poprzedzają przez kilka dni objawy utrudnionego ząbkowania z lekkiem lub eklamptycznymi drgawkami. Następujące potem porażenia są powiększłej części połowiczne lub poprzeczne czyli dolnych kończyn i trwają dłużej aniżeli zwykle się zdarzające.

W wyjątkowych razach po płasawicy, durzycy i ostrych wysypkach pozostaje essencyalne porażenie kończyn dolnych, które zwykle występować dopiero w czasie zdrowienia. Wątpić należy czy porażenie jest w istocie zawsze pochodzenia obwodowego i bez wszelkich zmian w oponach? Najczystszy obraz przedstawia porażenie jednej kończyny zwykle górnej występujące nagle w nocy bez żadnego zaburzenia w stanie ogólnym, takie właśnie porażenie będziemy mieli na myśli przy dalszym opisie.

Chociaż cały zbiór objawów zaraz po powstaniu porażenia uważać należy za zupełny, to jednak przynajmniej w przebiegu możemy odróżnić 2 okresy: 1) okres prostego porażenia, 2) okres zaniku kończyny chorój.

Drugiego tego okresu nie dostaje gdy choroba przebiega ostro i wkrótce ustępuje zupełnie; okres ten spostrzegać się daje w wypadkach porażenia trwającego miesiącami; w pierwszym okresie nie znajdujemy żadnej różnicy w długości, grubości i ciepłocie chorój kończy-

ny; przy dłuższym jednak trwaniu członek zaczyna zanikać, mięśnie stają się wiotkie, cienkie, również i warstwa tłuszczu pod skórą cienieje i zanika, przyczem wzrost samej kości zostaje wstrzymanym nawet w kierunku długości.

Co się tyczy objawów przy pojedynczych porażeniach, te zależne są od zajętej części, i tak: przy porażeniu ramienia wisi ono bezwładnie a podniesione do góry opada, natychmiast. Nadmienić przytém należy, że bywają porażone mięśnie ramienia, podczas gdy mięśnie kierujące ruchami ręki są nietknięte, przeciwny jednakże stosunek nie zdarza się. W tym wypadku dziecko jest w stanie ująć coś ręką i trzymać ten przedmiot, nie może jednak zanieść go do góry np. do ust. Starsze roztropniejsze dzieci usiłują używać chorego członka i pomagają sobie zdrową kończyną.

Jedyną zmianą postaci jaka się daje dostrzedz zaraz z początku choroby jest spłaszczenie zewnętrznych zarysów karku, zależące od porażenia m. naramiennego i ciężaru obwisłej kończyny.

Porażenie essencyalne jednej dolnej kończyny, rzadko zajmuje wszystkie mięśnie nogi, często tyczy się tylko mięśni goleni i z tych nie wszystkie bywają zajęte; stopa wówczas zwraca się przeważnie ku zewnątrz lub wewnątrz. Rozpoznanie tego cierpienia jest bardzo łatwe; małe dzieci niemogąc jeszcze chodzić, krzycząc nieruszają porażoną kończyną, podczas gdy zdrową przybliżają do brzucha. Siedząc ze spuszczone mi goleniami porażona goleń waha się na wszystkie strony; gdy dzieci umieją chodzić, to po nastąpieniu porażeniu wcale tego nie usiłują czynić lub przy częściowem porażeniu pojedynczych mięśni powłóczą nogę, a także próbują podskakiwać na jednej nodze. Przy porażeniu obydwóch kończyn dzieci leżą bezwładnie w łóżku, prędko jednak uczą się siedzieć a powrót możności ruchu postępuje z góry ku dołowi, tak, że zaczynają najpierw ruszać udem, następnie golenią, a wreszcie i stopą.

Przy obwodowych bezwładach ani pęcherz moczowy ani téż odbytnica nie bywają porażonemi.

**Przebieg i trwanie** porażeń essencyalnych bywają rozmaite. We większej liczbie wypadków porażenie zanika zupełnie po kilku dniach lub tygodniach, bez pozostawienia jakichkolwiek następstw; skoro jednak porażenie bez poprawy trwa 6—8 tygodni, to następuje zanik kończyny, objawiający się wspomnianemi zmianami kształtu. Wkrótce dołącza się znaczne obniżenie ciepłoty skóry, zupełna beczulność

a często i lekki obrzęk grzbietu stopy, którego przyczyny upatrywać należy w małym tętnie i zmniejszonej sile obiegu krwi w porażonej kończynie.

Zanik jeżeli ma miejsce to nigdy do tego stopnia aby prądami elektrycznymi nie można było wywołać odczynu w niektórych mięśniach. Czuć zachowuje się jeszcze przez długi czas w porażonych kończynach, niepodobna jednak rozstrzygnąć czy jest tak zupełne jak w zdrowej kończynie, albowiem dzieci są zwykle zbyt jeszcze małe aby były w stanie dostarczyć dokładnych objaśnień.

W pewnych razach po nastąpieniu porażeniu spostrzegać się daje niekiedy naczulność i znaczna bolesność kończyny, które zdają się dowodzić zapalenia nerwowej (*neurilema*) a obok tego nasuwają się na myśl uprzednie jakieś uderzenie, ugniecenie itp. Bóle te we wszystkich wypadkach znikają po kilku dniach.

Im dłużej trwa porażenie, tym większe znajdziemy zmiany postaci. Staw barkowy obwisa do tego stopnia, że powstaje lekkie nadwichnięcie ramienia oraz spłaszczenie pod wyrostkiem barkowym (*acromion*), a mięsień naramienny zanika zupełnie. Na dolnych kończynach przy częściowym porażeniu rozwijają się przykurczenia w kierunku nieporażonych mięśni, skrzywienie stopy i kolan (*pes valgus*, *genu valgum*), na kolumnie zaś kręgowej boczne skrzywienie (*scoliosis*) w następstwie ukośnego ustawienia się miednicy.

Co do trwania Rilliet i Barthez dokładniej o tym traktują. W jednym wypadku niewątpliwie porażenie ustąpiło już po 12 godzinach, w wielu innych po 6—8 dniach. Widziano jeszcze zupełne uleczenie po 11 miesięcznym trwaniu porażenia. Jeżeli zajęta kończyna opóźniła się także we wzroście, dowolne ruchy dokonywają się niedokładnie lub w zupełności ich niedostaje; niekiedy jednakże po upływie całych lat następuje poprawa a nawet zupełne wyleczenie zapomocą odpowiednio zastosowanej gimnastyki i elektryczności.

**Przyczyny.** Porażenie essencyalne jest chorobą pierwszych lat dziecięcych, i niewątpliwie jest w związku z zębowaniem. Dzieci w pierwszych 6-ciu miesiącach życia rzadko kiedy zapadają na tę chorobę, częściej zdarza się ona w czasie wyrzynania się zębów trzonowych po ukończeniu zaś pierwszego ząbkowania znów bardzo rzadko spostrzegać się daje, jednakże żadnego wieku nie pomija. Vogel widział ją częściej u chłopców niż u dziewcząt, co jednak może być tylko wypadkowem, albowiem w nowych podręcznikach niema o tym wzmianki.



Warunki ciałoskładu nie zdają się posiadać widocznego wpływu, gdyż większa część dzieci podlegających porażeniu essencyalnemu cieszyła się dobrem zdrowiem, a jeżeli dzieci żółtawate nie są wolne od téj choroby, to w obec częstości żółtów wcale nie wynika aby one szczególnie usposobiały. Jedynym objawem dosyć stałym jest wpływ krwi do mózgu i skłonność do zaparcia stolca podczas żółtowania. W rzędzie przyczyn okolicznościowych we wszystkich podręcznikach przytaczają chętnie zaziębienie, przynajmniej wszędzie przytaczają jeden wypadek, mianowicie: że chłopiec który siedział na zimnym kamieniu, uległ porażeniu jednéj nogi. Rozumie się że należy co do téj przyczyny okolicznościowej zamilczeć o setkach dzieci, a zwłaszcza z niższych klas ludności, które pomimo siadania na zimne kamienie pozostały zdrowi.

**Leczenie.** Podobnie jak przy wielu chorobach tak i przy porażeniu probowano metody przeciwzapalnej, miejscowych odciągnięć krwi i szaręj maści, chociaż nie zdołano osiągnąć tym sposobem szybszej poprawy niż przy wyczekującym zachowaniu się. Podobnie rzecz się ma ze środkami przeczyszczającymi a szczególnie ze wszystkimi zachwalanymi tu lekami. Wiele środków ma swoich zagorzałych zwolenników, gdyż właśnie większa część essencyalnych porażen w ogóle następuje po jednym lub kilku tygodniach, bez względu czy i jakie środki były stosowane. Ponieważ jednak pojedyncze essencyalne porażenia niewątpliwie rozpoznane, sprzeciwiają się wszelkiemu leczeniu nawet elektryczności, przeto rozumie się że nie może być mowy o specyficzném działaniu zalecanych środków.

Najwłaściwiej i najprościej będzie w pierwszych tygodniach porażenia używać codziennie zimnych natrysków, następnie ciepło utrzymywać porażoną kończynę, dokonywać często biernych ruchów i robić wcieranie spiritusowe. Przy takim już leczeniu większa część porażen essencyalnych ustępuje. Jeżeli co najwyżej po 4 tygodniach ruchy się nie zjawiają, to przychodzi czas zapobiegać następczemu zanikowi przez zastosowanie elektryczności indukcyjnej, codziennie raz jeden przez 5—10 minut stosowanej na chorą kończynę.

Jeżeli znowu po upływie kilku tygodni nie następuje poprawa, wówczas zalecaném bywa siarczan strychniny  $\frac{1}{16}$ — $\frac{1}{6}$  grana na dobę, który to przetwórcz zasługuje na pierwszeństwo przed nalewką kuczuby (*tinct. nucis vomicae*) z przyczyny niejednostajnej zawartości strychniny w téj nalewce. Należy postępować bardzo ostrożnie z tém przetworem, objaśnić osoby otaczające co do jęj własności trujących

i podać im przepis postępowania na wypadek zjawienia się gwałtownych tęczyowych napadów. Najlepiej w tym razie szybko oblać dziecko zimną wodą i dać się napić mocnej czarnej kawy.

Pokrzywionym kończynom staramy się wrócić prawidłową postać przez postępowanie ortopedyczne, również w wypadkach nieuleczalnych porażeni, można stosować mechaniczną ortopedię i trafnie obmyślane przyrządy ortopedyczne.

## 2) Mała płasawica.

(*Chorea minor, Ballismus, Scelotyrbe*).

Najlepszy opis małej płasawicy podał Hasse (*Virchow's Pathol. u. Therapie*), którego to opisu w niniejszem we wielu razach posługiwać się będziemy.

Mała płasawica stanowi ustawiczne mimowolne ruchy prawie wszystkich mięśni życia zwierzęcego, które to ruchy wzmagają się pod wpływem poruszeń dowolnie zamierzonych a ustają tylko podczas snu, to jest: w stanie nieczynności umysłu. Określenie to odróżnia dostatecznie małą płasawicę czyli t. z. mały taniec Wita od innych poprzednio mieszanych z nią stanów chorobnych, jako to: od wielkiej płasawicy zwaney także wielkim tańcem Wita, od tarantyzmu i. t. p.

**Objawy.** Ustawiczne mimowolne ruchy obejmują albo wszystkie mięśnie zwierzęce całego ciała, albo tylko niektórych jego części i ograniczone są do górnej połowy ciała lub jednostronnie do jednego ramienia i odpowiedniej nogi, a wówczas powstają ruchy zbliżone do tańca, albo też wyjątkowo jedno ramię i przeciwna noga zajęte są tym niepokojem mięśniowym. Nie zawsze też wszystkie kończyny w jednej mierze podlegają temu stanowi chorobnemu: podczas gdy jedna ręka nawet nachwilę niepozostaje w spokoju i ciągle silnie drga, to druga może znajdować się w spoczynku przez kilka minut, w którym to czasie tylko słabe skurczenia mięśni w niej powstają. Taż sama nierówność co do cierpienia zdarza się i na kończynach dolnych. Mięśnie twarzy mogą być zupełnie wolne, podczas gdy kończyny motane są ustawicznym niepokojem.

Co się tyczy pojedynczych drgań, to zwykle najwyraźniejsze są one na górnych kończynach. Ramiona drgają i wykrzywają się najdziwniej, łopatki podrywają się w górę, palce raz zginają się drugi raz wyprostowują i skubią ustawicznie ubranie. Nogi nie zostają ani

chwili w spokoju, drgają mimowolnie. Jeżeli dzieci leżą wówczas rozszerzają palce u nóg i powstają skurczenia w kolanie. Chód staje się niepewnym, potykającym, w bardzo rozwiniętej chorobie nawet niemożliwym; jeżeli jedna kończyna jest więcej zajęta niż druga, to chód jest powłóczący. Głowa wykonywa najrozmaitsze poruszenia, przekręca się ona, zgina, wstrząsa i kurczowo ściąga to na jedną to na drugą stronę, skurczenia mięśni twarzy wydają najdziwaczniejsze grymasy, mogące się wyrodzić w odrażliwe wykrzewienia. Oczy robią się wyłupiaste lub powstaje przemijający zez; powieki zwykle mrugają.

Również mięśnie żucia i połykania wykonywają nieprawidłowe ruchy; wówczas dzieci przygryzają język lub policzki i wargi; gdy usta próżne to przychodzi silne i głośne zgrzytanie zębów. Połykanie nie odbywa się zawsze według woli, a także i język wyłamuje się z pod jego wpływu, dla tego dzieci często zająkują się, nagle przestają mówić wśród mowy, i zębami kaleczą sobie przytém język. Tułów przekręca się i zgina na wszystkie strony. Mięśnie oddechowe nie przyjmują widocznego udziału w niespokoju, przynajmniej wdechania odbywają się dosyć regularnie. Rozumie się że przez to dowolnie zamierzone poruszenia zostają utrudnione, tém więcej, że te ostatnie widocznie wzmagają mimowolne ruchy. Dzieci nie mogą jeść należycie; prowadząc łyżkę do ust ręka im drga, oblewają się, albo też kłują się w twarz widelcem jaki im w ręce dostanie się wypadkowo. Pisząc, robią nagle długie kreski na papierze lub naciskają piórem tak silnie, że przebijają kilka ćwiartek papieru w kajecie. Przy rozbieraniu się wskutek potrzebnych do tego obszerniejszych ruchów dowolnych, dostają tak silnych drgań, że odzież drze się w kawałki. Jeżeli będziemy nakłaniać dzieci aby się uspokoiły, to w obec największych usiłowań z ich strony do wypełnienia poleceń, ruchy drgające stają się jeszcze liczniejsze; jeżeli każemy aby dziecko spokojnie pokazało język, czyni to szczególnym krzywym ruchem i pomimo usiłowań niemożę utrzymać wydobytego języka nieruchomo.

Jeszcze więcej niż przez dowolnie wykrzywiane ruchy wzmagają się niespokój mięśniowy, jeśli drgające części zechcemy siłą utrzymać. W ten sposób można wywołać trwałe pogorszenie stanu ogólnego.

Czułość skóry przy małej płasawicy nie ulega zmianie, przy podrażnieniu przez ukłucie, uszczypanie, sparzenie etc. zjawiają się zwykłe ruchy zwrotne. Również kaszel, kichanie, ziewanie odbywa się należycie; niemniej oddawanie kału i moczu nie bywa zakłócone przez chorobę w mowie będącą. Szczególném jest to, że nawet w najgwał-

towniejszych wypadkach, gdzie dzieci przez cały dzień miotane są najrozmaitszemi ruchami, nie skarżą się na zmęczenie, i że ruchy wieczorem wcale nie bywają słabsze, nawet często silniejsze. Ścisłe badanie nie wykazuje stałych znaków, któreby dowodziły cierpienia narządów ośrodkowych; również nie potwierdził się znak podany przez Stiebela, że prawie zawsze jedno lub drugie miejsce na kolumnie kręgowój ma być wrażliwe na ucisk.

Częstokroć u dzieci chorych na płasawicę zmienia się temperament; łagodne i wesołe stają się płacziwe, gniewliwe, złe i grymasne. Przy dłuższém trwaniu choroby pamięć tępieje.

Powyżej opisane objawy tak różnorodne i wydatne w stanie czuwania, uciekają podczas snu. Wieczorem już dzieci stają się śpiące, a wówczas drgania stopniowo słabną i znikają zupełnie gdy umysł przestaje być czynnym. Sen jest zwykle mniej spokojny niż u zdrowych dzieci; przy ciężkich marzeniach sennych spostrzegać się dają oddzielne ruchy płasawicowe, z chwilą zaś przebudzenia wszystkie objawy powracają ze zwykłym sobie natężeniem.

Płasawica jest chorobą zupełnie bezgorączkową i przebiega bez widocznego zaburzenia ogólnego stanu; spostrzeżono natomiast, że przez występującą wśród płasawicy ostrą jaką chorobę np. ostrą wysypkę, napady znacznie słabły i w krótkce następowało trwałe polepszenie i zupełne wyzdrowienie. Tętno przy zwykłej płasawicy jest regularne i nieczęste; nie wszyscy jednakże autorowie na to zgadzają się co prawdopodobnie zdaje się wynikać od błędnego spostrzegania wynikającego ztąd, że wśród ustawicznych drgań ścięgea, nader jest trudno wyczuć uderzenie w tętnicy promieniowój. Wysłuchując bowiem dokładnie serce, zawsze przekonamy się, że rytm i częstość skurczów jego są zupełnie prawidłowe.

Przy dłuższém trwaniu choroby ogólne odżywianie może podupadać, dzieci stają się blade i chudną, zwłaszcza u starszych dziewcząt słychać szmery w sercu od małokrwistości, niemniej występują i blednicowe przypadłości.

**Przebieg** jest zawsze przewlekły; prawie nigdy rozwinięta płasawica nie leczy się przed 2—3 miesiącami, inne wypadki trwają pół nawet rok cały; Romberg przytacza 76 letnią kobietę, która od sześciu lat wieku swego, a więc przez 70 lat cierpiała na płasawicę i ta zapewne do końca życia nie opuszczała jój.

Odróżniają i tu okresy: 1) zwiastunów, 2) wzrostu, 3) szczytu, 4) zmniejszania się choroby. Wszakże w chorobach gdzie przejścia są

tak powolne i nie występują wśród pewnych oznaczonych objawów, tego rodzaju podziały na okresy mają tylko podrzędną wartość. Początek choroby jest zawsze powolny. Dzieci stają się niezręczne, upuszczają wszystko cokolwiek chwycą, tłuką cokolwiek im się do rąk dostanie, potykają się często i stają się nader bojaźliwe z powodu surowego obchodzenia się z nimi. Zwykle po jakimś wstrząśnieniu umysłu, po przestraszeniu, gniewie, obawie etc. zjawiają się pierwsze mimowolne ruchy, najprzód w pojedynczych małych grupkach mięśni, uogólniają się jednak dosyć szybko, tak, że po 2—3 tygodniach choroba dosięga szczytu swego rozwoju. Natym stopniu objawy trwają przynajmniej przez 4—6 tygodni, nie wzmagają się ani zmniejszają, aż nareszcie po upływie tego przeciągu czasu następuje mało widoczne polepszenie. Powroty są częste, Seé w 158 wypadkach miał sposobność widzieć to u 37-miu dzieci. Ostatecznie jednak prawie zawsze następuje zupełne wyzdrowienie; wyjątkowo tylko przez ciąg kilku lat lub przez całe życie pozostają drgania pojedynczych grup mięśni, zwłaszcza twarzy. Wicke i Leudet opisują kilka wypadków śmierci; w tych wypadkach choroba wzmagała się szybko do najwyższego stopnia, poczem nastąpiła śpiączka (*coma*), mimowolne oddawanie moczu i kału, upadek sił, nieregularne oddychanie, małe tętno, bezprzytomność i śmierć.

**Przyczyny.** Płasawica jest prawie wyłącznie chorobą dzieci, a jeżeli dorośli na nią cierpią, to jednak nabyli jęj w dzieciństwie. Najczęstszą jest pomiędzy 6 a 15 rokiem życia, z tego powodu jako moment przyczynowy obwiniano drugie ząbkowanie, jednakże występuje także przy zbliżającej się dojrzałości płciowej. Chociaż te okoliczności mogą poniekąd wyrodzić usposobienie, to jednakże związek ich z płasawicą nie jest zbyt ścisły; zdarza się bowiem że choroba ustępuje, chociaż żaden ząb (trzonowy) nie wyrznął się ani téż nie pojawiły się, miesięczne odplywy. Płasawica jest jedną z małej liczby chorób która nie równie często nawiedza obydwie płcie. Według zestawień Dufosse'go z 250 dzieci płasawicznych było 79 płci męzkiej a 171 żeńskiej. Seé również uważa stosunek wypadków dotyczących się chłopców i dziewcząt jak  $\frac{1}{2}$  do  $\frac{2}{3}$ . W Monachium stosunek ten zdaje się być jeszcze wyraźniejszy, albowiem w 10 wypadkach przez Vogel'a widzianych jeden tylko znajdował się chłopiec.

Dziedziczność nie ma tu widocznego wpływu, a wyjątkowo tylko zdarza się iż dziecię z matki która w dzieciństwie swém cierpiała na płasawicę, nawiedzioném zostaje tą chorobą. Natomiast nie można

zaprzeczyć, że powiększej części matki dzieci płasawicznych odznaczają się drażliwością układu nerwowego i cierpią na rozmaite postacie hysterii. Przebyte gorączkowe choroby uspasabiają również do płasawicy.

Wyraźnego wpływu pory roku u nas dopatrzeć nie można, chociaż w krajach gorących, choroba ta prawie niema się zdarzać, w północnych zaś ma być częstszą. Nie zdołano też jeszcze dostatecznie ztwierdzić nagminnego pojawiania się płasawicy, za którym przemawiają badacze historii medycyny i tak zwane epidemie płasawicy odnieść by należało prawdopodobnie do prostego naśladownictwa. Wielu wiarogodnych autorów zapewnia, że w pensyonatach dziewcząt płasawica może powstawać przez naśladownictwo; w nowszych czasach widziano takie przykłady w jednej wsi Tyrolu i w pensyonacie w Eisenach.

Analogiczne temuż występowanie widzimy w pojawianiu się kurczów hysterycznych przez sam widok osoby kurczowi tego rodzaju dotkniętej, — co się często daje spotykać w kobiecych oddziałach większych szpitali.

W liczbie przyczyn psychicznych, przytaczają głównie przestrach. Może on wprawdzie przyspieszyć wybuch choroby u dziecka cierpiącego na początki płasawicy, ponieważ jednak bardzo wiele znajduje się bojaźliwych dzieci, które bądź drobnostka w największą trwogę wprawia, przeto płasawica powinna by daleko częściej się zdarzać, gdyby przestrach mógł w istocie wywołać ją u dziecka zupełnie zdrowego. Seé kładzie wielki nacisk na związek gościca z płasawicą. Zdaje się jednak że związek ten jest nader wątpliwy, bo chociaż przyznać trzeba, że po ostrym gościcu może wystąpić płasawica, to jednak zbyt często przesadzono częstość tegoż związku. W miastach gdzie gościec zdarza się często powinny by też być więcej wypadków płasawicy i przeciwnie, gdy tymczasem rzecz się ma inaczej; w Genewie np. według Rilliet'a gościec jest częstą chorobą a prawie wcale nie pojawia się płasawica. Gdyby rzeczywiście pomiędzy temi dwiema chorobami zachodził istotny związek, dziewczynki powinny by o wiele częściej cierpieć na reumatyzm niżeli chłopcy, skoro niewątpliwie przeważniej zapadają na płasawicę; tymczasem wprost przeciwny zachodzi stosunek w gościcu na który jak wiadomo więcej zapada chłopców niż dziewcząt.

Poszukiwanie zmian anatomicznych przy płasawicy, daje zupełnie przeczące wyniki co może też wreszcie zależeć od tego, że śmier-

telne z téj choroby zejście jest nader rzadkiem i tylko wypadkowo się zdarza. Zgrubienie wyrostka zębiastego obrotnika, widziane w tych wypadkach przez Froriep'a, który uważa to zgrubienie jako prosty przerost kości, stanowi znak zbyt odosobniony, aby można było z niego wyprowadzić ogólniejsze wnioski. Prawdziwa przyczyna płasawicy nie jest dotychczas wcale dociezoną, pomimo najrozmaitszych przypuszczeń; również niema rzeczywistego związku z obecnością czerwów w kiszkiach, na co dawniej wielki kładziono nacisk, inaczéj bowiem płasawica powinna być powszechniejszą w krajach, gdzie częściej dzieci są czerwiami w kiszkiach atakowane i powinna być ustępować pod wpływem środków przeciwczerwowych, co jednak niema miejsca.

**Rozpoznanie i rokowanie.** Rozpoznanie płasawicy jest zwykle tak łatwe, że każdy raz widzący tę chorobę na pierwszy rzut oka jest w stanie ją określić; odróżnia się ona ustawiczném kilkotygodniowém trwaniem objawów od wszelkich innych kurczów, które objęte niezbyt stosowną nazwą kurczów płasawicowych. Do tych ostatnich zaliczają jąkanie się, mruganie, skrzywianie ust i kurcz pisarski, na które to formy chorobne wola wywiera wpływ chociaż przemijający, i które prócz tego występują napadami lub co najwyżej dniami, a wcale nie tak ustawicznie trwają jak płasawica. Tę ostatnią odróżnić téż należy od formy chorobnej opisanéj przez Dubiniego i niezupełnie właściwie nazwanéj przez niego *chorea electrica*. Zdaniem Hass'e'go występują tu bóle głowy i krzyża, następnie elektryczne drgania kończyn, które najprzód są jednostronne a następnie rozszerzają się na całe ciało. Wśród tego przychodzą ogólne drgawki z potami i gorączką, a dzieci giną porażone po kilku tygodniach.

Rokowanie dla większości wypadków może być postawione zupełnie pomyślnie, albowiem po kilku miesiącach a najdłużéj pół roku, większa część dzieci powraca do zdrowia przy odpowiedniem leczeniu. Płasawica która zdaniem niektórych autorów przechodzi w padaczkę i stępienie umysłu, polega na materyalnych zmianach w narządach ośrodkowych, nie może więc być zaliczoną do czystéj płasawicy.

Powroty nie są rzadkie; zdarza się widzieć dzieci zupełnie wyleczone z téj choroby, a które po kilku miesiącach swobodnych, napowrót zapadły na upartą płasawicę. Niewątpliwie po jéj ustąpieniu pozostaje widoczna skłonność do nerwobólów (*neuralgia*) różnego rodzaju.

Według statystycznych zestawień uleczenie następuje u chłopców daleko powolniej niż u dziewcząt, mianowicie u pierwszych po 74 — 81 dniach, u ostatnich choroba trwa tylko 33 — 37 dni, lubo dłuższe trwanie wcale nie jest rzadkiem.

**Leczenie.** Leczenie przyczynowe jest już dla tego prawie nigdy nie możebne, że jak powiedziano wyżej nie udało się jeszcze dotychczas dociec rzeczywistej przyczyny płasawicy. Uwzględnić tu należy przebywanie w wilgotnym mieszkaniu, dobrowolne odchodzenie czerwiów, samogwałt, początek miesiączkowania i gościcowe powikłania.

Co do oceny leczenia za pomocą leków, należy zawsze pamiętać że płasawica dobrowolnie ustępuje. Przy użyciu i bez użycia wszelkich środków, jeżeli one tylko nie są zbyt nieracjonalne lub wprost trujące, następuje zwykle wyzdrowienie po kilku tygodniach, co najwięcej kilku miesiącach. Ta zbyteczność środków lekarskich występuje tylko w dwóch klasach chorób wprost przeciwnych co do zejścia, mianowicie w tych które ustępują dobrowolnie i w tych które prawie zawsze są nieuleczalne. Jako pierwowzór tych ostatnich może służyć padaczka (*epilepsia*).

Jeżeli choroba z pobudzeniem układu naczyniowego wystąpi u silnego dziecka, to uznano za właściwe upusty krwi, za przykładem Sydenham'a. Zdaniem Vogel'a jednak wszelkie środki przeciwzapalne są niewłaściwe, jeżeli nie wprost szkodliwe, albowiem wspomniane pobudzenie układu naczyniowego niema wcale zapalnego charakteru, a przy dłuższym trwaniu choroby dosyć często występuje stan małokrwiistości, który przez uprzednie odciągnięcie krwi zostaje tylko przyspieszonym. Środki odciągające na kark i wzdłuż kolumny kręgowej stosowane, w rzędzie których głównie chwałą maść emetykową i sublimatową, przyszczydła i olejek krotonowy, są bezpożytecznym męceniem dzieci, i pozostawiają po sobie tylko szpetne blizny.

Mniej szkodliwe są środki odciągające na kanał pokarmowy, mianowicie: sole średnie, olej rycynowy, rzewień, senes lub aloes; w razie podejrzenia na robaki można je właściwie połączyć ze środkami przeciwczerwiowemi. Chlorku 2-rtęci i emetyku z powodu szkodliwego ich wpływu na stan ustroju należy zaniechać zarówno w małych jak w dużych dawkach, tém więcej, że specyficzny ich wpływ na płasawicę jest zupełnie ciemny. Jeżeli już w początku choroba nie odznacza się pobudzeniem układu naczyniowego, to można od razu uciec się do środków znanych praktycznie ze swój skuteczności, z pomiędzy których żelazo jest zawsze najracjonalniejsze, zwiła-



szcza gdy dzieci są małowkrwiste i cierpią na początki blednicy. Powszechnie i to sławni praktycy pediatryczni zalecają przetwory żelazne i wody mineralne żelaziste; środki te mogą być zadawane przez całe tygodnie nawet jeszcze po ustąpieniu płasawicy. Zdarzające się przytém zbyt uporczywe zaparcie stolca, należy usuwać wspomnionemi lekko przeczyszczającemi środkami. Wybór przetworu żelaznego pod względem wpływu na cierpienie nerwowe jest małoznaczny i stosuje się więcéj do osobnikowych warunków i dogodności w życiu. Dzieci zwłaszcza małe nie umieją połykać pigulek, zgryzają ich w zębach, a tym sposobem chybionym zostaje cel ukrycia nieprzyjemnego smaku w nich zawartego. Proszki są téż niewygodne do zadawania przez dłuższy czas, najwłaściwszą zaś formą jest nalewka żelazna zwłaszcza jabłczanu (*Tinct. ferri pomati*) która zdaje się najlępiéj trawić. Rombérg zaleca *ferrum cyanatum* inni węglan lub siarczan żelaza. Wedle postrzeżeń Vogel'a wielkie dawki nalewki żelaznej wcale nie działają skuteczniéj w płasawicy jak małe, natomiast prędzéj psują trawienie i wywołują zaparcie stolca, tak, że nie należy nigdy przewyższyć dawki 20—50 kropel na dzień. W czasie zdrowienia można z korzyścią zalecać chinę, chininę i inne środki wzmacniające. Prócz tego istnieje wiele środków empirycznych, które posiadają więcéj sławy niż skuteczności. Na czele postawić tu należy przetwory metaliczne: cynku, miedzi i arsenu. Z przetworów cynkowych najwięcéj ulubionym jest tlenek (aż do 16 grn. 3 razy dziem), potém siarczan cynku (po 1—8 gran z powiększaniem dawki), cyanek cynku (dziennie po 3 gran) i nareszcie żelazo cyanek cynku, Escolar zachwala walerianian cynku w ilości 2—12 gran w ciągu doby.

Siarczan ammoniacko-miedziany i siarczan miedzi zostały słusznie zarzucone z powodu nudzących swych własności. Toż samo tyczy się roztworu Fowlera, (*sol. arsenic Fowleri*) z powodu grożącego zatrucia; wszakże Henoch zaleca ten przetwór.

Probowano również leków odurkowych (*narcotica*), oddawna jednak zarzucono: makowiec, belladonę, lulek, haczyecz, kwas pruski, akonityne, atropinę, również strychnina przez Trousseau'a zalecana, została zarzuconą. Przemijającą ulgę przynosi chloroform przy bardzo gwałtownéj płasawicy, gdzie dzieci nawet w czasie nocy nie uspokajają się. Częściéj jednak powtarzane oddychania, powodują odurzenia i psują trawienie. W równéj ilości co odurki, używano téż roślinnych i zwierzęcych nanerwnych leków, jak: kozłka, asafetydy, kamfory, piżma, strojów bobrowych, pomornika, ziemowita etc. Widoczna skutecz-

ność okazują zimne kąpiele i oblewania w suchej wannie; mają one głównie na celu jak największe pobudzenie siły woli, dla przeciwdziałania mimowolnym ruchom. Dupuytren usilnie zachwala kąpiele i oblewania i uważa każdą płasawicę za uleczalną przy wyrozumowanym ich użyciu.

Ponieważ niektóre dziewczynki nie znoszą zimnych oblewań i kąpeli, użyto więc ciepłych zwłaszcza siarczanych. W tym celu do jednej wanny dodaje się 4 uncje siarczku potassu, zanurza w nią dziecko codziennie na 1 godzinę.

Rufz utrzymuje, że przy tém postępowaniu, czas trwania płasawicy daje się skrócić do 27 dni. Köhler jednak wspomina, że zdarzają się wypadki, gdzie pogorszenie choroby przeciwwskazuje dalszego używania kąpeli siarczanych.

Co się tyczy psychicznego leczenia, to przez surowe upominania nie osiągniemy celu; z takimi dziećmi należy postępować łagodnie, inaczej bowiem więcej szkody niż pomocy przyniesiemy, co jednakże nie upoważnia aby nie zwracać wcale uwagi na pobudzenie siły woli. Należy łagodnością i obietnicami podarunków, zachęcać ich do uspokojenia się choćby na krótką chwilę, a następnie nakłaniać do wykonywania małych łatwych ruchów ręką i nogą, wynagradzając je za to. Wstrzymywanie siłą, wiązanie i nakładanie przyrządów było uważane dotąd za szkodliwe, w nowszych jednak czasach ogłoszono wypadki (*Monahan w Dublinie*), gdzie nastąpiło widoczne polepszenie i uleczenie, przy pomocy przyrządów wstrzymujących ruchy mimowolne, nakładane z początku tylko na noc gdy dzieci nie mogły się uspokoić, później nieustannie przez ciąg kilku dni.

Przy tego rodzaju leczniczym postępowaniu należałoby tylko starać się o łagodne umocowanie kończyn w przyrządach odpowiednio wygiętych i wyściełanych, inaczej bowiem niemożnaby wstrzymać ruchów tułowia. Metoda ta zasługuje na dokładne wypróbowanie.

Wspomniane wyżej małe dowolne ruchy, zostały systematyczniej wykonane przez szwedzką gimnastykę leczniczą w ten sposób: że ruchy bierne poprzedzają tak zwane ruchy zdwojone, po których następują ruchy czynne.

Leczenie dyetetyczne nie ma szczególnego znaczenia. Źle i nieregularnie żywione dzieci ubogich, przychodzą do zdrowia prawie równie prędko jak dzieci rodzin zamożniejszych, gdzie prawie każdy kawałek chleba i mięsa udzielanym zostaje według przepisu lekarza. Zdrowe i suche mieszkanie oraz przebywanie na świeżem powietrzu

przyspieszają uleczenie: wyężdżanie umysłu opóźnia takowe; u dzieci dopuszczających się samogwałtu leczenie częstokroć opiera się wszelkim usiłowaniam.

Streszczając to co wyżej powiedziano o leczeniu, widzimy że polega ono głównie na zimnych kąpielach i oblewaniach, na zadawaniu żelaza i na rozsądnym psychicznym pobudzeniu siły woli. W formach gwałtownych chloroform zasługuje na pierwszeństwo przed odurkami, również próba z przyrządami unieruchamiającymi nie będzie przeciwwskazaną.

#### 4) Wielka płasawica.

(*Chorea major s. Germanorum*).

Spostrzeganą bywa nader rzadko, polega na objawach kureczowych rozmaitego rodzaju. Wielka płasawica jest prawie wyłącznie chorobą dziewcząt, a mianowicie podlegają jej tylko dochodzące do dojrzałości płciowej. Dzieci takową dotknięte w napadzie wykonywają ruchy uporządkowane, pozornie w przytomności umysłu i przy obecności woli, przyczem ma miejsce właściwe spotęgowanie władz umysłowych. Bardzo blizkiem jest tu przejście do nocobłądu (*somnambulismus*), zwierzęcego magnetyzmu, jasnowidzenia i innych rozmaitych zagadkowych stanów, tak, że potrzeba szczególnej bystrości umysłu lekarza i praktycznej wprawy, do uniknięcia błędu i do rzeczywistego ocenienia zachodzącego stanu.

**Objawy.** Są tak różnorodne, że trudno jest podać obraz choroby odpowiadający wszystkim wypadkom. Wybuch napadów prawie zawsze poprzedzają psychiczne i fizyczne zwiastuny. Do pierwszych należą: posępność, roztargnienie, bojaźliwość, obawa strachów, żywe marzenia senne, niespokojny sen; do fizycznych: bicie serca, ból żołądka (*cardialgia*), zaburzenia w trawieniu, brak apetytu, bóle głowy i krzyża, wreszcie występują prawdziwe napady. Chorzy zaczynają wykonywać pozornie dowolne, pojedyncze lub złożone ruchy, które przychodzą do skutku z nadnaturalną siłą, pewnością, szybkością i wytrwałością; próbują oni pływać, wspinać się, skakać, tańczyć i wykonywać najdziwaczniejsze wyginania ciała.

U innych znów spostrzegamy czysto psychiczne zboczenia lub podniecenie umysłu; zaczynają oni poetyzować, wygłaszać kazania, śpiewać, pleść brednie z gadatliwością i wymuszeniem, naśladować głosy zwierząt i t. p.

Wpływ woli nie zawsze jest zupełnie zniesiony: jednych nie można przywrócić do przytomności żadnym sposobem, nawet bólem, podczas gdy drudzy odzyskują przytomność po zlaniu twarzy wodą.

Stan ten da się najlepiej porównać z niezupełnym opojeniem chloroformowem, pociągającym za sobą niezwykle stan pobudzenia. Napady te raz trwają tylko kilka minut, drugi raz kilka godzin i kończą się w ten sposób, że chorzy stają się spokojniejsi, ze zdziwieniem oglądają się w około jakby zbudzeni z głębokiego snu, albo też wpadają w głęboki kilka godzin trwający sen. Pamięć przebytego snu bywa rozmaita. W jednych razach przypominają sobie to, co się stało lub było mówione w czasie napadu, na podobieństwo jak to ma miejsce ze snami, w innych razach nie nie pamiętają.

W czasie napadu podrażnienie skóry nie pobudza żadnych ruchów zwrotnych albo też zjawiają się one za pewnym rodzajem pobudzenia, należy się jednakże strzedz ażeby udawania nie poczytać za rzeczywiście chorobne objawy. Dziewczyna która znosi szczypanie, klucie, uderzenie, lecz kicha za polechtaniem otworów nosowych, za oblaniem zimną wodą chwilowo się wzdryga, a przez sparzenie przychodzi do przytomności narzekając, powinna być ściśle badana bo tam zwykle niema istotnej choroby, ale raczej pewien stan umysłowego nastroju, w skutku którego exaltowane dzieci wszelkimi sposobami usiłują skłonić osoby otaczające do zajmowania się niemi.

**Przebieg** choroby jest również rozmaity. Wszystko może się skończyć na jednym napadzie, albo też są one liczne w dłuższych lub krótszych odstępach czasu, trwających od kilku godzin do wielu dni. Jeżeli przerwany między dwoma napadami jest krótki, kilkodniowy, to prawie nigdy stan ogólny nie pozostaje prawidłowym, albowiem zawsze dopatrzeć można osłabienie mięśni, zmianę usposobienia i zaburzenia w trawieniu. Cała choroba trwa tylko kilka tygodni lub miesięcy i przechodzi w zupełne wyzdrowienie za nadejściem regularnego miesiączkowania. Spostrzegano też powroty (recydywy) przy których miesiączka znów ustawała lub odbywała się nieprawidłowo. Po wyzdrowieniu w większej części tych dziewcząt zwłaszcza u tak zwanych jasnowidzących, zdarza się nadzwyczajna płodność i skłonność do otyłości.

Co się tyczy wieku, to według zestawienia 126 wypadków przez Vieke'go z których 88 dotyczy dziewcząt i 38 chłopców, u 107 chorych gdzie można było dociec początku choroby, 84 miało 10—20 lat, a w liczbie tych 62 między 10 i 16 rokiem życia. Usposobienie dzie-

dziecine daje się często stwierdzić; prawie zawsze chore były wychowane przez hysteryczne matki z podnieconym umysłem (*exaltatio*).

Co do materyjalnej przyczyny téj choroby w mózgu, istnieją tylko przypuszczenia. W żadnym wypadku nie znajdujemy wydatnej zmiany anatomicznej w oznaczonej części, inaczej objawy musiałyby być stałsze i jednostajniejsze; w żadnym także razie nie możemy przyjąć zapalnego wysięku lub jakiegokolwiek trwałej zmiany w mózgu, gdyż choroba prawie zawsze kończy się wyzdrowieniem i tylko wyjątkowo przechodzi w porażenie lub padaczkę. Ogólna czynność całego mózgowia jest tu wzmózona do wysokiego stopnia, a to wzmózenie objawia się raz przeważnie w podwyższonej drażliwości części ruchowej układu nerwowego, drugi raz więcej w pobudzeniu czynności umysłu. H a s s e powiada bardzo słusznie: „istnieje jeden tylko stan który może być zastosowany do wytłumaczenia téj dziwnej choroby, to jest sen i marzenia senne. Wyobraziwszy sobie, że taka różnorodna, raz jednostajna drugi raz zmienna gra marzeń sennych przemienia się w rzeczywistą czynność, będziemy mieli właściwie wszystkie objawy wielkiej płasawicy.”

Do uzupełnienia tego podobieństwa przyczynia się jeszcze i to, że napad poczyna się zwykle rodzajem zasypiania, otępienia i kończy się znów rozbudzeniem jakby ze snu, tak, że w ten sposób zapatrując się wielka płasawica byłaby tylko wzmózonym, żywym snem z wysoką drażliwością umysłu.

**Rokowanie** jest o tyle pomyślne, że choroba nie jest śmiertelna, napady zaś ustają prawie zawsze, chociaż dopiero po dłuższym czasie; wiedzieć jednak należy, że chore na całe życie zatrzymują pewien dziwaczny stan, który się daje spostrzedz w obcowaniu z niemi. Raz popadają one w szal religijny, drugi raz w exaltowane miłostki i nigdy prawie nie posiadają opinii spokojnych i rozsądnych kobiet.

**Leczenie.** Jakkolwiek nie znamy leków któreby mógł z pewnością zapobiedz napadom, nawet takich któreby zdołały skrócić chorobę, jednakże stan ogólny dziecięcia częstokroć wymaga lekarskiej pomocy. Chore dziewczęta na wielką płasawicę zwykle są wątłe, cierpią na blednicę, uporeczywe utrudnienie wypróżnień stolecowych; wówczas może być wskazane żelazo razem ze środkami pobudzającymi wypróżnienia. Leki zwykle lekko przeczyszczające nie wystarczają, tak, że wreszcie zmuszeni jesteśmy uciec się do silnych środków drażniących aby pobudzić kilka obfitych wypróżnień.

Leczenie psychiczne główną odgrywa rolę. Skoro napady raz stały się przedmiotem ogólnego postrachu i rozgłosu w mieście, to przez całe lata powtarzają się. Z tego powodu przedewszystkiem należy postarać się dla dzieci o odpowiednie otoczenie osób; exaltowane z nich najlepiej gdy się udadzą do oddzielnego pokoju. Napady należy spokojnie przeczekać, a gdy ustąpią zupełnie ich pomijać. Zresztą należy przestrzegać aby chore nie wyrządziły sobie mechanicznego uszkodzenia przy niepohamowanych ruchach a następnie zabronić opowiadania dzieciom co robiły i co mówiły podczas napadu. Niemniej powinno się starannie unikać wszelkiego czytania i towarzystwa mogącego sprawić pobudzenie umysłu. Umiarkowany ruch ciała a nawet wysilenie ma podwójną korzyść, raz pobudzając trawienie, drugi raz odwodząc umysł od szkodliwych fantazii. H a s s e uważa za niewłaściwe wszelkie praktyki ze zwierzęcym magnetyzmem lub innymi podobnego rodzaju doświadczeniami. W jednym wypadku spostrzeżanym przez V o g e l a, zimna woda wywarła wyborny wpływ; dotyczy on 12-letniej dziewczynki która wychowana przesadnie, została usunięta z pod opieki exaltowanej swojej matki i dostała się do rozsądnego swego dziadka, napady ustały zupełnie po kilku zimnych oblewaniach a polegały zaś na tém, że dziewczyna ciągle siadała na ziemię wydając właściwy ryczący krzyk i szybko obracała się w około, kilka szklanek zimnej wody wylanych na jej twarz przywracało ją do przytomności, a po 5 razowém powtórzeniu napady więcej nie powróciły.

### 5) **Padaczka, wielka choroba.**

(*Morbus sacer, comitialis, caducus. Fallsucht, die hinfallende Krankheit*).

Padaczkę stanowią drgawkowe napady, często powtarzające się, z odrażną utratą przytomności i ustaniem czynności zmysłów.

Podręczniki patologii szczegółowej opisują tak obszernie padaczkę, jej przyczyny, rodzaj napadów i następstwa, że zbytecznym byłoby tutaj ją opisywać; zresztą odnosimy się do wybornych opisów w dziełach C a n s t a t t ' a, R o m b e r g ' a i H a s s e ' g o. Wspomniemy tu tylko o niektórych właściwościach dotyczących się dzieci na padaczkę cierpiących.

**Objawy.** U dorosłych występują często odległe a prawie zawsze blizkie zwiastuny (*aura*). Pierwsze polegają na zmienionym nastroju

umysłu, wielkiej wrażliwości, bólu głowy, zawrocie i zmęczeniu; ostatnie to jest bezpośrednio poprzedzające napad i tak krótkie że chorzy zaledwie zdążają przygotować się w położeniu jakiej zajmują, zdradzają się: bólem głowy, zawrotem, szumem w uszach, mroczeniem przed oczami, uczuciem nieprzyjemnej woni, drżeniem, dreszczem, ściśnięciem w piersiach i biciem serca. U dzieci odległych zwiastunów już dla tego niedostrzegamy, że napady występują u nich daleko częściej, powtarzają się co dzień lub przynajmniej co tydzień: również blizkich zwiastunów dzieci powiększej części nie uczuwają, gdyż mało na siebie zwracają uwagi, sam zaś napad tak szybko porywa spokojnie przedtem bawiące się dzieci, że prawie nie można przyjąć objawów poprzedzających napad (*aura*). Co się tyczy samego ataku to ten prawie zwykle zaczyna się przeciągłym i niezwykłym krzykiem lub jękiem: lzy płyną po policzkach, z czego można sądzić że początek napadu musi być bolesny, dalsze zaś uczucie bólu zostaje zniesionem przez szybko następującą utratę przytomności. Podczas krzyku lub zaraz po nim dzieci padają silnie na ziemię, to następuje nie przyklekując wcale lecz jakby przewrócone były silnem uderzeniem z góry i z boku. Kierunek upadnięcia zależy od położenia ciała w chwili napadu, niema więc żadnego cechującego znaczenia. Upadnięcie bywa tak silne, że przez stłuczenie ciała zdarzały się już ciężkie uszkodzenia a nawet śmierć.

Z dotychczasowych spostrzeżeń uczyniono wniosek, że im odrażniejszy jest początek i im wcześniejsze upadnięcie, tém silniejszy i dłuższy był napad. Po upadnięciu dziecka na ziemię i utracie przytomności zaczynają się najróżnorodniejsze drgawki kloniczne lub toniczne albo naprzemian jedne i drugie. Niejednostajność w postaci kureczów wyróżnia padaczkę dzieci od padaczki u dorosłych. Podczas gdy u tych ostatnich zwłaszcza mężczyzn, jeden napad zupełnie tak samo przebiega jak poprzedzający, to u dzieci trwanie i rodzaj kureczów są często rozmaite, tak, że nie zawsze te same grupy mięśni biorą udział w kureczach. Najczestszymi zjawiskami są: zgrzytanie zębami, tężcowe uderzenia i wykrzywanie kończyn, ujęcie wielkich palców w dłoń, przegięci głowy w tył i różnorodne ściągania mięśni twarzy i ocznych.

Wszakże żaden z tych objawów nie jest tak stały aby brak jego uczynił chwiejnem rozpoznanie choroby, jeżeli inne cechy za nią przemawiają. Przedewszystkiem między ludem istnieje rozpowszechnione mniemanie, że kurecze gdzie palec wielkie nie zostają zaciśnięte w pięści, nie powinny być zaliczone do drgawek padaczkowych. Znak ten co prawda częsty, nie zawsze pojawia się i to nawet w bardzo wybitnych wypadkach padaczki.

W silniejszych napadach biorą też udział mięśnie oddechowe, przez co oddychanie nie odbywa się rytmicznie, a zwłaszcza wydechanie staje się niedostatecznym z powodu ustawicznych kurczów mięśni, które przytóm powinnyby się zwalniać. Z powodu tego klatka piersiowa rozszerza się we wszystkich kierunkach, a szmer oddechowy daje się słabo tylko słyszeć, to jest o ile na to pozwalają ustawiczne rzucanie ciała i wkrótce występujące rżerzenia z powodu gromadzącego się w krtani śluzu.

Bezpośrednim następstwem tych zaburzeń oddychania są: klucia, nabrzmienie żył szyjnych, nastrzyknięcie łącznic, nabrzmienie języka i całej twarzy, a wreszcie nawet krwawienia z łącznicy, z błony śluzowej nosa i ust. Nie wszystkie jednak krwawienia mają punkt wyjścia z narzędzi oddychania, daleko częściej bowiem zależą od przygryzienia języka przy zgrzytaniu zębami.

Mięsień sercowy nie bierze prawie nigdy udziału w kurczach; wprawdzie tętno wskutek ogólnego wysilenia przyspiesza się nieco, jednak pozostaje regularnym a po ustąpieniu napadu wraca do prawidłowej liczby uderzeń.

Dzieci częściej niż dorośli podczas napadu oddają mimowolnie kał i moc. Wydzielanie śluzu i śliny u dzieci jest obfitsze, przeto prawie stale znajdujemy na ustach białą lub czerwono krwią zabarwioną pianę. Wskutek mocnego wysilenia ciała zawsze ku końcowi napadu zjawia się obfity pot; wówczas ściągania tracą na sile, w końcu słabną, a dzieci budzą się jakby ze snu, jęczą i rozpatrują dokoła siebie. Napady nie trwają nigdy dłużej nad 5 minut, czas ten jednak wydaje się bardzo długim dla osób otaczających, ztąd mimowoli znacznie przesadzają w podawaniu czasu trwania napadu. Podczas gdy u niektórych dorosłych napady padaczki występują zaledwie raz na rok, to u dzieci zwykły zjawiać się co najmniej raz na tydzień; wszakże nie można dostrzedz regularnych powrotów nawet w przybliżeniu. Raz występują dłuższe przestanki, drugi raz napady wracają codziennie, innym jeszcze razem kilka napadów występuje w jednej godzinie, tak, że przyjmowano charakter przestankowy (intermittujący) i zadawano chininę, rozumie się bezskutecznie; wreszcie napady zdarzają się też w różnych porach dnia. Co się tyczy nateżenia ataków, to nie zawsze są one tak wykształcone jak to dopiero podano, lecz zdarzają się też o wiele słabsze formy, które oznaczono jako *z a w r ó t p a d a c z k o w y*. Dzieci nie padają wówczas na ziemię, co najwyżej zataczają się usiłując usiąść lub idąc stawiają dalsze kroki jakby we śnie, z osłupiałą



i ściągniętą twarzą. Stan ten zwykle nie trwa dłużej nad minuty, powraca jednak częściej w ciągu dnia. Zdarzają się wypadki gdzie dzieci miewają napady rozmaitego natężenia, raz lekki zawrót, drugi raz gwałtowny napad kurczów z nagłym upadnięciem na ziemię. Od tego lekkiego zawrotu aż do najsilniejszych i trwożących napadów z rozerwaniem mięśni, złamaniem kości i krwotokami, istnieją różnorodne przejścia. Po lekkim napadzie dzieci szybko zaczynają się bawić, jeść jak przedtém; po cięższym zaś wpadają w długi, głęboki sen, z którego budzą się z bólem głowy i osłabieniem, trwającym jeszcze przez kilka dni. Podczas przestanków stan zdrowia bywa rozmaity, stosownie do trwania, gwałtowności i częstości napadów. Niektóre dzieci cierpiące na lekką formę, zachowują zdrowy wygląd i rozwijają się należycie umysłowo i cieleśnie; inne zaś przeciwnie, po kilkoletniém trwaniu gwałtownej padaczki nabierają zwierzęcego wejrzenia, stają się grymaśne, gniewliwe, żarłoczne, w rozwoju umysłu zamiast postępów widzimy cofanie się, także i fizycznie nie rozwijają się należycie i wreszcie głupieją zupełnie na podobieństwo kretynów. Prócz tego na ciele znajduje się zwykle wiele blizn i sińców z uderzenia przy upadnięciu, zęby wskutek zgrzytania ścierają się a język z powodu przygryzień zostaje popadany.

Lżejsza postać padaczki zostaje znoszona przez całe życie bez szkody; wiadomo przecież że umysłowo wysoko rozwinięci ludzie aż do końca życia podlegają jój mogą.

Z powszechnie znanych cierpieli na padaczkę: Juliusz Cäsar, Mahomet, Karol V, Petrarca, Fabius Columna, Rousseau i Napoleon I.

**Przebieg** padaczki jest przewlekły, chorzy podlegają jój przez całe życie i najczęściej towarzyszy im aż do zgonu; początek zupełnie ostry, poprzedzają bowiem tylko nieokreślone zwiastuny, a choroba daje się rozpoznać dopiero po pierwszym napadzie. Im dzieci są młodsze tém częstsze są napady, z wiekiem rzadziej pojawiają się aż do dojrzałości płciowój, w którym to czasie znów następuje pogorszenie; po dojściu do dojrzałości napady przybierają stalszą postać a przestanki są regularniejsze. Widoczne wzmaganie się napadów i częstsze powracanie się ich powoduje samogwałt, przy użyciu napojów wysokowych; niemniej wszelkie zmysłowe wzburzenia. Co do zmian księżyca który gra wielką rolę u nielekarzy, trudno znaleźć jakiegokolwiek naukowo uzasadnionego związku ich z padaczką. Natomiast klimat lub nawet sama ciepłota nie jest w pewnych razach bez wpływu. Vo-

g e l widział epileptyka cierpiącego tylko w zimowych miesiącach na lekkie napady padaczki, podczas gdy w lecie był zupełnie od niej wolny. Od czasu 2-krotnego przezimowania w Algierze, choroba w zupełności nie wraca. Ostre gorączkowe choroby stłumiają ją, natomiast przy pogorszeniu przewlekłych chorobowych stanów, jak: wnetrzaki, zaparcie, nerwobóle, wpływają na wzmaganie się padaczki.

**Zejszciem** najwyczejajniejszym choroby w mowie będącej jest trwanie jej aż do śmierci. Wprawdzie chorzy dożywają 30—40 lat wieku, wszakże ze statystycznych zestawień można wywnioskować, że rzadko 40 lat przeżywają. Gwałtowna padaczka przechodzi zwykle w inne cierpienia mózgu, mianowicie następuje wylew krwi, mania lub zniechęlenie umysłu którym chorzy wkrótce ulegają. Wyzdrowienie jest nader rzadkim wyjątkiem; to jednak zdarza się jeszcze częściej u dzieci niż u dorosłych. Widziano że u dzieci padaczka ustępowała po wyrznięciu się 4-eh zębów trzonowych, a także po zmianie miejsca pobytu; bliższe dane w tym względzie znajdują się poniżej przy opisie przyczyn. Wyzdrowienie bywa albo odrażne albo powolne. Ostatni napad bywa również silny jak poprzedni, lub też napady słabną stopniowo coraz bardziej, przechodzą w lekki zawrót padaczkowy, który wreszcie także ustępuje.

**Przyczyny.** Ponieważ w większej liczbie wypadków trudno jest takowej doćiec, przeto niezbędnym jest dopełnienie stosownego zbadania i dokładnego obejrzenia całego ciała, gdyż jedynie na mocy ztąd wyprowadzonego wniosku, można będzie zastosować odpowiednie właściwe leczenie. Postać napadów daje mało lub wcale żadnych wskazówek co do przyczyn; również nie możemy się od dzieci spodziewać dokładnego opowiedzenia pewnego rodzaju zwiastunów lubo te jak zwykle u dzieci bardzo krótko trwają i zaraz zapominane zostają po napadzie.

Co się tyczy wieku, to padaczka nie oszczędza żadnego; tylko że małe dzieci w ogólności cierpią rzadko na prawdziwą padaczkę, jeżeli ściśle od niej odzielimy (co jest koniecznym) częstsze u nich drgawki (*eclampsia*). Teostatnie (*eclampsia*) odróżniają się wybitnie od padaczki przez pojawienie się prawie wyłącznie w początku ostrych chorób, że więc stan ogólny po ukończeniu się napadu wcale niewraca do pierwotnego, i że choroba dosyć często jest śmiertelna, podczas gdy napady padaczkowe prawie nigdy nie zagrażają życiu.

Według statystycznego zestawienia Beau'a, 211-u epileptyków zachowywało następujący stosunek co do wieku:

Wrodzona padaczka	17	Początek od	20—30	lat	29
Początek aż do 6 lat	22	„	30—40	„	12
„ od 6—12	43	„	40—50	„	15
„ 12—16	49	„	50—60	„	5
„ 16—20	17	„	60—61	„	1

Tak więc  $\frac{2}{3}$  tej liczby chorych niedosięło jeszcze 16 lat życia.

Co się tyczy płci, dla dorosłych ogólnie przyjęto: że więcej pojawia się u niewiast; zestawienie dzieci epileptycznych rozdzielonych co do płci nie jest znana Vogel'owi, z wypadków zaś które miał sposobność widzieć, nie może wyprowadzić żadnego wniosku gdyż jego spostrzeżenia do przeciwnego wyniku prowadzą.

Dziedziczność ogólnie jest przyjętą nawet przez nielekarzy. Nie koniecznie potrzeba aby dziedziczna padaczka była także wrodzoną, to jest: aby wystąpiła wkrótce po urodzeniu, może ona pozostać długo ukrytą i wystąpić dopiero w czasie rozwoju płciowego lub nawet jeszcze później. Wrodzona padaczka bywa głównie spostrzegana, skoro matki epileptyczne w czasie ciąży często miały napady. U dzieci niżej roku bardzo trudno odróżnić padaczkę wrodzoną od *eelam-psii* lub ogólnych drgawek (*Fraisen*), u starszych jednakże odznacza się ona przewlekłym przebiegiem i brakiem wszelkich następczych objawów po napadzie zwykłych występować.

Niekiedy padaczka pomija całe następne pokolenie i powraca w trzecim z pierwotną gwałtownością, albo też napada tylko część potomstwa, raz dziewczynki drugi raz chłopców.

Oprócz dopiero wspomnianych przyczyn, przytaczają jeszcze w podręcznikach wiele innych, których ważność i pewność nie jest zupełnie stwierdzona. I tak np. bardzo wątpliwym jest przypuszczenie jakoby silne wzburzenia umysłu a głównie przestach, obawa i gniew mogły rzeczywiście wywołać padaczkę. Gdyby tak było w istocie, to większa część ludu powinna by cierpieć na tę chorobę. Stosownie do okolicy w której występują zwiastunowe objawy (*aura*), odróżniają padaczkę rdzeniową, piersiową, brzuszna, nerkową, płciową, obwodową, chociaż przy badaniu pośmiertnym te wyróżnienia zwykle nie mają słusznej anatomicznej podstawy.

U dzieci zdarza się głównie padaczka oparta na gruźlicy. Tak zwyrodniałe gruczoły oskrzelowe lub gruźelki w mózgu, przerosłe gruźliczo gruczoły limfatyczne, wywierają ucisk na okoliczne nerwy i to ma być powodem padaczki; toż samo tyczy się pomyślnych rzad-

kich wypadków, gdzie brak jądra w mosznie (*cryptorchidismus*) jest przyczyną padaczki. Ustaje ona gdy jądro ostatecznie zstąpi do moszlen lub w wypadku utkwienia w kanale pachwinowym skoro ten ostatni zostanie rozszerzonym i jądro wycięte. Z pomiędzy obwodowych przyczyn najczęstsze jest wyrzynanie się zęba trzonowego i zęba mądrości, poczem uleczenie chorego z padaczki. Daleko rzadszém jest przytaczane często uleczenie blizny. Od czasu kiedy bliźnie przypisywać zaczęto możność wywołania téj choroby, w każdym jéj wypadku zaczęto wyszukiwać blizn na ciele, a gdy spotkano, bezwzględnie zostały usuwane w najlepszej nadziei uwolnienia chorego od padaczki, jednakże zwykle bez skutku, bo napady trwały nadal jak przedtém.

Badania pośmiertne epileptyków weale nie wykazują stałych zmian; co więcéj nawet że wyniki tych badań są niekiedy zupełnie przeczące. We wielu wypadkach znajdujemy najróżnorodniejsze zmiany w mózgu, zanik i przerost, stwardnienie lub rozmięczenie, skrzepły, gęsty lub surowiczy wysięk na oponach, wybroczyny, gruzelki i ropnie w tkance mózgu, złamanie kości, wyrosła kostne, próchnienie lub zgorzel kości czaszki. W formie wrodzonej znajdujemy prócz tego niesymetryczność w kształcie czaszki, spłaszczenie czoła, szerokie lub spiczaste tyłogłowie, zgrubienie lub ścieńczenie kości czaszkowych. Elliotson ma słuszną sędząc, że ten rodzaj kości czaszki nie koniecznie pociąga za sobą padaczkę: tyle tylko jest pewnego, że stan ten występuje dosyć często przy niedostatecznym rozwinięciu mózgu. W dawniejszych podręcznikach ważne przypisują znaczenie naczynięciu naczyń mózgu i rdzenia, obecnie jednak słusnie uważają te nieprawidłowości ukrwienia jako objaw powstający podczas konania lub nawet za znak pośmiertny. Zmiany w innych narządach mogą być jeszcze różnorodniejsze niż w mózgu, czyli innemi słowy, chorzy na padaczkę oprócz następstw tego przewlekłego cierpienia mogą uleść wszelkim możliwym ostrym i przewlekłym chorobom, nareszcie nadmienić należy że przy dokładném badaniu układu nerwowego, znajdowano także i nerwiaki.

**Rozpoznanie.** U dorosłych kobiet główną trudność stanowi odróżnienie napadów hysterycznych od rzeczywistych padaczkowych: możliwe to jest na téj zasadzie, że przy napadach hysterycznych przytomność nie znika w zupełności, a więc nicma upadnięcia na ziemię ani obrażeń języka. U dzieci należy się strzedz błędu poczytania padaczki za eklapsycę. Napad eklamptyczny sam przez się trudny jest do odróżnienia od napadu epileptycznego, dopiero następujący stan po

napadzie dostarcza cech wyróżniających. Po napadzie eklampsji dzieci nigdy nie czują się dobrze, zawsze gorączkują częstokroć wybuchem ostra wysypka lub inna ostra choroba, a przynajmniej wymiotują niestrawioną zawartością żołądka. Dzieci cierpiące na padaczkę czują się dobrze tego samego dnia, inne nazajutrz po napadzie, i nie mają ani śladu gorączki.

Grymasne i rozpieszczone udają niekiedy chorobę dla uchronienia się od kary cielesnej, zauważywszy że dzieci rzeczywiście miewające padaczkę nigdy nie bywają surowo karane. Udawanie to ułatwionem im bywa głównie w obszernych instytucjach lub szkołach, gdzie mają dosyć często sposobność widzenia napadów epileptycznych. Jeżeli tedy są sprytne i mają talent naśladowania, to odróżnienie fałszu od prawdy jest nie zawsze łatwe; nie należy jednakże bezwzględnie przypuszczać udawania, dopóki niema pewnych dowodów.

Nauczycielom poradzić należy aby obchodzili się z takimi dziećmi z równą ostrożnością jak z cierpiącymi rzeczywiście na padaczkę, gdyż lepić dać się oszukać raz nawet więcej, niżeli niewłaściwem postępowaniem i surowością pogorszyć znacznie stan dziecka rzeczywiście na padaczkowe napady cierpiącego. Przy zachodzącej wątpliwości należy pamiętać, że trudno jest dzieciom udawaczom dobrze naśladować silne obrzmienie twarzy podczas napadu, a tém mniej jeszcze nieprawidłową błądzącość potem występującą. Według Marc'a bardzo jest trudno u rzeczywistego epileptyka podczas napadu wyprostować wielki palec u ręki i rozłożyć dłoń ściśniętą w kułak, a skoro to się udało ręka nie zaciska się zaraz powtórnie.

Udający nie zna tej właściwości i zaciśnię znów dłoń skoro nie znajdzie oporu. Należałoby jednak spostrzegać większą liczbę epileptyków, zanim by można przyznać temu znakowi bezwzględną wartość odróżniającą.

**Leczenie.** W podręcznikach szczegółowej terapii rozdział o padaczce traktujący bywa bardzo obszerny, jakkolwiek najmniej użytecznym. Znajdujemy tu podane najrozmaitsze środki którym przypisywana skuteczność ma być tak widoczna, że potrzeba wielkiego sceptycyzmu aby o tém powątpiewać. Jakkolwiek podstawą tej wychwalonej skuteczności środków bywa błąd osobisty lub niedostateczne badanie, to rzeczywiste ocenienie zostaje głównie przez to utrudnionem, że po wielu środkach tu zalecanych jakiegokolwiek składu chemicznego, zawsze w początku zauważyć się daje polepszenie. Fakt ten spostrzegamy przez Esquirola potwierdził się wiele razy i wy-

kazuje, że stan umysłowy ma niejaki wpływ na sprawę chorobową. Leczenie odnosi się do 1) zapobiegania, 2) oddalenia przyczyn, 3) używania środków specyficznych i 4) do higieny ciała i umysłu.

Co do 1-go czyli zapobiegania, polega ono na powstrzymywaniu epileptyków od wstępowania w związki małżeńskie z powodu stwierdzonej dziedziczności oraz na dostarczeniu zdrowej mamki, dziecieniu zrodzonemu przez matkę chorą na padaczkę. Dzieci rodziców epileptycznych powinny być bardzo umiejętnie i starannie wychowywane. Należy unikać wszelkiego przedrażnienia układu nerwowego, przez zawczesną i przeciążającą naukę; albo przez wpływy wywołujące przestrach, łajanie, kary, opowiadanie o strachach etc.

Co do 2-go, leczenie przyczynowe jest daleko pomyślniejsze tam, gdzie przyczyna została rzeczywiście docieczoną. Niestety wynalezienie istotnej przyczyny zdarza się o wiele rzadziej niż to powszechnie przypuszczają, albowiem opowiadania ze strony otaczających osób o upadnięciu dziecka, przestraszeniu, o przebytej chorobie etc. powinny być przyjmowane z wielką oględnością. Przedewszystkiém dziecko należy rozebrać i szczegółowo zbadać wszystkie części ciała, nie polegając na zapewnieniu osób otaczających, że całe ciało dziecka nie przedstawia żadnych zbroczeń. Często przy dokładném badaniu na członkach i na obwodowych pniach nerwowych znaleziono guz cisnący na nerw, bliźnę szarpiącą go, obce otorbione ciało, a po usunięciu tychże, napady więcéj nie wracały. Nawet po wyjęciu odciska i wyrwaniu spruchniałego zęba, miano osiągać uleczenie padaczki (?). Najpewniej działa przy téj tak zwanéj obwodowej padaczce, wycięcie kawałka odpowiedniego nerwu. Na szczególną uwagę zasługują oczywiście stany chorobowe w mózgu i częściach najbliższych tegoż. Należy zbadać starannie czy na kościach czaszki niema bliźn, wciśnień, wpływu z nosa, przymiotowych wykwitów kostnych etc.; przewlekłe stany nawałowe do mózgu należy usunąć przez odciągnięcia na kanał pokarmowy lub na skórę, przez przyszczydło, maście przyszczące; radzą również w tym celu zawłoki na karku, moxy, nawet podwiązywanie tętnic szyjowych; późniéj próbowano wykonywać ich uciskanie; co jednak wydało ujemne wyniki. Jeżeli po wycięciu bliźn ze skóry głowy, napady nie ustępują, to wskazaną jest trepanacja uszkodzonych kości, której to operacyi Tissot przypisuje taką wartość, że radzi jéj próbować we wszystkich zrozpaczonych wypadkach.

Przy objawach budzących podejrzenie obecności czerwiów w kiszka, należy podawać odpowiednie środki (*anthelmintica*).

Uspodobienie do zaparcia wymaga zastosowania lewatyw lub leków przeczyszczających. Części pleiowe należy dokładnie zbadać, celem przekonania się czy nie przedstawiają znaków samogwałtu. Szybko uleczone wysypki skórne i zatrzymanie potów mogą być niekiedy napowrót wywołane.

Leczenie samych napadów polega głównie na ochronieniu od uszkodzeń. Sprząty w pokoju powinny być zaokrąglone, piec odgradzony, podłoga dywanem wysłana a łóżko niskie dla uchronienia podczas nocnego napadu od uszkodzeń ciała w razie spadnięcia. Chorych nigdy nie należy zostawiać samych. Wszelkie przytrzymywanie w początku napadu jest szkodliwe: ubranie ciasne należy zwolnić. Wszelka pomoc udzielona podczas napadu, jak: rozcieranie, polewanie wodą, uciskanie tętnic szyjowych, magnetyzowanie, wdychanie drażniących gazów, odciąganie wielkich palców, podwiązanie tętnicy i t. p. środki lekarskie i ludowe, są albo bezużyteczne albo po części nawet szkodliwe. Usiłowania przeszkodzenia napadowi przy aurze dłużej trwającej, nie bardzo się dotychczas udawały. W ogóle wstrzymywanemi być mogą chyba tylko napady obwodowego pochodzenia. Wtedy podwiązuje się silnie odpowiedni członek i zdejmuje opaskę powoli zwalniając po kilku dopiero godzinach. W ten sposób, w niektórych wypadkach udaje się w istocie przeszkodzić napadowi, w innych zaś razach postępowanie to działa tak nieprzyjemnie, że chorzy proszą usilnie o usunięcie opaski, przekładając przetrzymanie napadu. Po tym ostatnim zwykle dzieci bardzo prędko przychodzą do siebie, tak, że zbyt czynnym byłoby wspominać o leczeniu następczym. Jeżeli przez dłuższy czas pozostaje śpiączka, zmęczenie i skłonność do wymiot, to wystarcza gorczycznik lub odciągająca kąpiel na nogi dla usunięcia tych przypadłości.

Co do 3-go mianowicie środków lekarskich specyficznie mających działać przeciw padaczce, to ich namnożyła się tak znaczna liczba, że niepodobnym jest podać tutaj całego szeregu, ograniczyć się więc należy na krótkiej wzmiance o lekach najwięcej zalecanych.

Dla leczenia świeżych wypadków właściwe są według Köhler'a następujące łagodnie działające środki:

Korzeń bylicy (*rad. artemisiae vulgar*), 10—20 gr. świeżego proszku zadane przed samym napadem.

Korzeń kozłka (*rad. valerianae*), 5β—5j świeżego proszku.

Tlenek cynku (*flor. zinei*), gr. j—XX najwłaściwiej w dawce o ile można dużej chwalone przez wielu lekarzy, głównie przez Her-

pin'a. Leczenie należy przedłużyć do 3 miesięcy. Walerynian cynku jest połączeniem dwóch środków przeciw padaczkowych, zdaje się jednak że działanie cynku nie zostaje wzmoczone przez kwas walerjanowy. Inni zadają chętniej siarczan cynku gr. j—V na dobę.

W wypadkach zadawnionych, gdzie próbowano bezskutecznie powyższej wymienionych leków, używane są następujące:

Roztwór salmiaku miedzianego (*Cuprum chloratum ammoniacale solutum, Tinct. antimiasm. Koechlinii*) i inne przetwory miedzi, które podaje się w małych dawkach z powodu nudzących własności. Saletran srebra często zalecany a głównie przez Heim'a, i podawany dzieciom w ilości  $\frac{1}{6}$ —1 gr. dziennie może być przez całe lata z przestankami stosowany. Obawa ciemnego zabarwienia skóry nie zdaje się być zbyt wielką, występuje ono u małej tylko liczby chorych. Jakolwiek Vogel często stosuje ten lek, nigdy jednakże nie miał sposobności widzieć tego zabarwienia w wypadkach przez niego leczonych. Ostrożności jakich używają przy wprowadzeniu saletranu srebra do żołądka są prawdopodobnie zbyt liczne, albowiem w obec stale znajdujących się związków chloru w soku żołądkowym powstaje chlorek srebra nieposiadający szkodliwych własności na ściany żołądka.

Rtęć wewnątrznie w postaci kalomelu lub sublimatu, zewnątrznie jako szara maść używana, była wskazaną tylko przy podejrzeniu na kilaki przymiotne (*tophi*) lecz obok tego jest ona szkodliwą z powodu swego ogólnego działania.

Z przetworów metalicznych należy jeszcze przytoczyć: octan ołowiu, tlenek cyny, azotan bismutu, przetwory żelaza, manganu i arseniku.

Odurki (*narcotica*) znajdowały wielu zwolenników; wchodzą one stale w skład rozmaitych tajemnych leków. Skuteczne działanie mawkowca wcale nie jest udowodnione, przyczém należy nadmienić, że przy jego użyciu zdarza się widzieć szybko rozwijające się stępienie władz umysłowych. Zalecano także korzeń belladony, później atropinę (gr.  $\frac{1}{60}$ ), chloroform, eter, wyciąg szaleju, lulka, naparstnicę, hubę (*agaricus muscarius*), przetwory kuleczyby (*max romica*) i t. p. Również szereg innych roślinnych leków: *Selinum palustre, Indygo, Viscum quercinum, Sedum acre, Folia aurantiorum, Radix paeoniae, Cotyledon umbilicus, Scutellaria geniculata, Asa foetida, Moschus, Castoreum, Camphora, Rad. dictamnii albi, Ol. Dippeli*, bursztyn, china. i jej przetwory, pieprz, ol. terpentynowy, fosfor, kwasy mineralne, że niewspomniemy tu jeszcze o wielu najdziwaczniejszych i obrzydliwych mieszalinach.



Nareszcie co do 4-go, to jest: h y g i e n y c i a ł a i u m y s ł u, to stanowi ona ważny czynnik w leczeniu epileptyków. Pokarm powinien być nie zbyt pożywny a napoje wysokowe zupełnie usunięte; u wielu bowiem chorych przy łaďa niestrawności, a jeszcze pewniej po kaźdym wypiciu trunku częstokroć napad występuje. Zaparcie oddziaływa niepomyślnie, usuwać go więc należy. Niemniej wskazanem bywa pobudzanie czynności skóry przez zimne i ciepłe kąpiele. Ćwiczenia ciała zwłaszcza na wolnym powietrzu; praca lekka ogrodowa i polna stanowią często środek leczniczy. Przy tych jednakże mechanicznych zajęciach wybierać należy takie, które nie zagrażają żadnym niebezpieczeństwem wrazie wystąpienia napadu i tak unikać potrzeba jazdy wierzchowej lub pływania. Podróżowanie i zmiana klimatu, zwłaszcza zimnego na cieplejszy często pociąga za sobą ustanie napadów, do czego wielce przyczyniać się może rozrywka i uczucie zadowolenia jakie jest właściwe podróżującym. Zajęcia fizyczne i zabawa korzystnie jak się zdaje oddziałują na epileptyków gdyż dzieci prawie nigdy nie dostają napadu w czasie tychże ale zwykle w nocy lub gdy siedzą smutne i beczynne.

Nie należy również zaniedbywać zajęć umysłowych dla ułatwienia rozwoju umysłu łatwo mogącego się zacofać. Wszakże nauka powinna być umiejętnie prowadzoną, we właściwych godzinach i to przedmiotów dzieci zajmujących, unikając zawsze przeciążania. Z tego też powodu takie dzieci nie powinny być posyłane do publicznych szkół, gdyż zwykle gorzej uczą się od zdrowych współtowarzyszów a zdarzone w szkole napady wywołują obawę, stronienie lub co gorsza śmiech u zdrowych kolegów chorego dziecka; w takich razach umysłowe pogńębienie zostaje znacznie powiększonym. Dla osoby zaś która w dzieciństwie cierpiała na padaczkę lecz wyzdrowiała zupełnie, nie jest to bez szkody, jeśli całe miasto wie o jego zatrwazającej chorobie, chociażby już przebył.

## DODATEK.

### Choroby umysłowe.

U dzieci zdarza się głównie stępienie władz umysłowych, niedołężność (*idiotismus*). Należy odróżnić rzeczywiście idiotyzm od powstrzymanego powolnego rozwijania się umysłu, chociaż w istocie istnieją stany zbliżone, gdzie odróżnienie jest trudne. U prawdziwych

idiotów także i cielesny rozwój zawsze jest słaby, podczas gdy wiele dzieci mało umysłowo rozwiniętych t. z. *enfants arrières* rozwija się cieleśnie bardzo dobrze.

Czaszka idiotów w budowie swojej przedstawia zawsze znaczne nieprawidłowości, polegające na wrodzonej małości mózgu. Obwód jej jest mały, głowa spłaszczona w kierunku wymiaru prostego lub poprzecznego, niekiedy spiczasta daje przeciwny obraz z czaszką dziecka dotkniętego swojskim czyli endemnicznym kretynizmem, którego najwybitniejsze przykłady znajdujemy w niektórych dolinach Tyrolu a odznacza się wielką czaszką o grubych kościach i postaci przypominającej czworobok. Idiotyzm polegający na małości mózgu zdarza się sporadycznie w rozmaitych krajach; małżeństwa między krewnymi zdają się mu sprzyjać. Według zestawień statystycznych Bemisa w Kentucky, ze 100 idiotów 15 pochodzi z małżeństw zawartych między cioteczno-krewnymi. Kretynizm zdarza się w wąskich posępnych dolinach, a prawie nigdy na płaszczynach. Przypuszczają, że stan opily podczas spółkowania, przyczynia się do płodzenia idiotów; jest to wątpliwem, inaczej idioci zdarzali by się częściej.

**Objawy.** Stopnie idiotyzmu są rozmaite. W najwyższym natężeniu niedostaje wcale władz umysłowych, a także zmysłowe narządy odbywają swoje czynności bardzo niedokładnie. Głuchota jest częstą. Dzieci takie nie mówią, nawet nie próbują dać się zrozumieć przez paplanie, krzyk jest surowy i jednostajny, późno zaczynają siadać, wcale nieumieją chodzić, połykają chciwie pokarm bez okazywania w nim smaku, przez całe życie nie wskazują potrzeby oddania kału i moczu i wypróżniają się tam gdzie siedzą lub leżą, układ mięsny zanika, a skóra szorstka pokrywa się owrzodzeniami. Większa część tych dzieci na szczęście dla siebie umiera już podczas pierwszego ząbkowania i wśród drgawek, okresu dojrzałości nie osiąga.

W lżejszych formach idiotyzmu dzieci uczą się gadać, później także i chodzić i zjawiają się ślady instynktu. Żądają one pokarmu i napoju, odróżniają swoje otoczenie i podobnie do roztropnych zwierząt, dają się przyzwyczajać do czystości i do małych mechanicznych zajęć. Chód zawsze pozostaje niepewny, wyraz twarzy głupowaty, mięśnie słabe, często zjawiają się drgawki i następne porażenia. I te dzieci także rzadko przechodzą pierwsze i drugie ząbkowanie i niedosięgają późniejszego wieku.

W najłżejszych formach które należy uważać za przejście do prostego osłabienia władz umysłowych, małość głowy nie jest bardzo

uderzająca, ciało chociaż powoli rozwija się jednak do prawidłowych rozmiarów, a tylko jeden lub drugi zmysł pozostaje przytępionym; słaby wzrok lub głucho-niemota czynią te dzieci bezpożytecznymi dla społeczeństwa.

**Leczenie.** Niedostateczny rozwój mózgu oczywiście nie może być nigdy dostępnym leczeniu, jedynie pragniemy osiągnąć możliwe rozbudzenie słabych władz umysłowych, za pomocą odpowiedniego wychowania. Pierwszym warunkiem do utrzymania tych dzieci przez dłuższy czas przy życiu, jest przyzwyczajanie ich do czystości, w przeciwnych razach skóra pokrywa się owrzodzeniami i następuje wyniszczenie. Najlepiej jest usunąć dzieci z pod opieki rodzicielskiej, gdyż własna matka rzadko kiedy zdobędzie się na odpowiednią wytrwałą surowość i długoletnie rozsądne postępowanie, niezbędne w takich wypadkach. Następnie należy usiłować przez pilne spostrzeganie chorego dziecka, odkryć ten lub ów przejaw umysłowych władz, w tym kierunku uprawiać ich, przyczem nieudolność i zupełne roztargnienie idiotów nie mało utrudniają zadanie. Nauka tych nieszczęśliwych wymaga prawie nadludzkiej cierpliwości i dla tego u większej liczby takich dzieci ogranicza się na przyzwyczajaniu do czystości i porządku.

Choroby umysłowe innego rodzaju są bardzo rzadkie u małych dzieci, natomiast częściej występują po ukończeniu się drugiego ząbkowania. Według statystycznego zestawienia wypadków które się zdarzyły w ciągu 3 lat w Bicêtre przecięciowo na 1000 chorych umysłowych było 10 młodych obłąkanych, oprócz dotkniętych padaczką i idiotyzmem.

Z badania stanu poprzedniego (*anamnesis*) okazało się, że we wszystkich wypadkach prócz dziedzicznego usposobienia i przebytych poprzednio chorób, główną przyczyną było niestosowne wychowanie. Le Paulmier autor tej statystyki, odróżnia 3 odmiany zбочeń umysłowych w młodym wieku: 1) maniacką exaltację, 2) manię (*Tobsucht*) i 3) pomieszanie zmysłów (*Verrücktheit*).

W pierwszej formie władza sądenia nie jest zupełnie zmieniona, jednak zachodzi tu widoczny brak zastanowienia się. Chorzy są gadatliwi, pobudzeni, próżni i oddają się nierozsądnym i gwałtownym czynom. W drugiej odmiennie, to jest w manii, pomieszanie i nieład myśli jest większy, chory przechodzi bez związku z jednego przedmiotu w drugi, z jednéj ostateczności uczucia do drugieję. W trzeciej nareszcie i najwyższej formie wszelki związek myśli jest zniesiony, niezrząd dołącza się wszechstronna bojaźń (*pauphobie*) i mania wielko-

ści oraz objawy poczynającego się porażenia (*paralysis*) i zniechędźnienia umysłu (*dementia*).

Niezależnie od właściwych objawów manii, zбочenia umysłowe w młodym wieku wykłają się często z płasawicą lub rodzajem katalepsyi, która występuje w napadach trawiających przez przeciąg czasu rozmaicie długi i powtarza się w nieoznaczonych przestankach.

West przytacza umysłowo cierpiące dzieci za ledwie 6—7 lat mające, większość jednak tych dzieci zwykle doszła 10 lat wieku i zbliża się do dojrzałości.

**Rokowanie.** jest w ogólności pomyślniejsze aniżeli u dorosłych obłąkanych, zdaniem jednak Delasiauve'a istnieje wielka skłonność do powrotów. Postrzeżono że im dłużej trwa okres zwiastunów tём gorszem jest rokowanie. W każdym razie uzasadnionem jest mniemanie, że chociaż często uleczenie bywa trwałe, to jednak zaburzenia umysłowe w dziecięcym wieku występujące, stanowią bardzo ważne cierpienia.

**Leczenie** w domu rodzicielskim jest połączone z wieloma trudnościami i nie wszędzie da się przeprowadzić, dla tego wypada nalegać o umieszczenie chorego dziecka w odpowiednim zakładzie.

## 1. Wyższe narządy zmysłów.

### I. Zmysł wzroku.

Nauka o chorobach oczów została teraz wydoskonaloną do tak wysokiego stopnia, że nie potrzeba szczegółowo opisywać w podręczniku o chorobach dzieci tych form chorób ocznych, które tak u dorosłych jak i u dzieci zwykły się zdarzać. Odnosząc się więc do podręczników w okulistycznych wspomniemy tu tylko pokrótce o chorobach ocznych wyłącznie u dzieci spostrzeganych.

#### 1) Wrodzona fałda kąta oka.

(*Epicanthus*).

Stanowi nieprawidłową obecność skóry w okolicy nasady nosa w kierunku kątów oka, przez co po obu stronach powstaje półksiężycowa fałda, pokrywająca wewnętrzny kąt oka w postaci kieszonki.

Górny wierzchołek téj fałdy znajduje się przy nasadzie nosa, dolny gubi się w skórze policzka. Nasada nosa jest zawsze bardzo spłaszczoną, a kości nosowe stoją względem siebie pod zupełnie tępym kątem, tak że fałdy skóry podniesione przez nagromadzony tłuszcz leżą na jednej płaszczyźnie z wciśniętym przy nasadzie nosem. Kieszonka nie zachodzi nigdy tak daleko aby zakrywała pole widzenia, jednakże wewnętrzny kąt oka zupełnie pokrywa i może sięgać aż do wewnętrznego brzegu rogówki. Przyczyna tego stanu według Ammon'a leży w spłaszczeniu grzbietu nosa i luźném przyczepieniu skóry do kości nosowych i łzowych. Przyczyna ta nie wystarcza do wytłumaczenia téj wady, gdyż są dzieci z wciśniętym nosem i przesuwalną łatwo skórą, u których jednak wcale nie ma téj fałdy.

Wrodzona fałda kąta oka jest zawsze obustronna, zdarza się jednak większą na jednej niż drugiej stronie. Jeżeli dwoma palcami uniesiemy skórę grzbietu nosa w postaci fałdy, to *epicanthus* znika i to daje wskazówkę do sposobu wykonania operacji. Ponieważ wada, o której mowa nie rzadko daje się widzieć u noworodków, a nigdy u dorosłych, to dowodzi że przy wzroście ciała zmniejsza się i nareszcie z czasem znika zupełnie. Jeżeli to wczesnie nie ma miejsca, można tę wadę usunąć przez wycięcie podłużnej fałdki skóry pokrywającej korzeń nosa i złączenie brzegów ranki za pomocą szwu.

## 2) Cycloopia, Monophthalmia.

U potworów zdarza się zupełny brak oczodołów, kość czołowa przechodzi bez pośrednio w szczękę górną, a w miejsce oczodołu znajduje się tylko płytki rowek w kości. Przy niedostatecznym rozwoju mózgu, u potworów półgłowych, kości oczodołu istnieją tylko jako ślad, zwłaszcza górny brzeg tegoż jest bardzo zmniejszony i znajduje się tuż przy dziurce wzrokowej. Wada ta możebną jest tylko przy braku kości oczodołu; i tak spotykany tu bywa zawsze brak kości sitowej, kk. łzowych, kk. nosowych, a także i k. klinowa jest w swoim kształcie zmienioną. Ponieważ są to wady rozwojowe zdarzające się tylko u potworów nie zdolnych do życia, zatem nie przedstawiają one żadnego klinicznego znaczenia.

## 3) Wady rozwojowe wnętrza oka.

a) Rozdzielenie tęczówki (*Coloboma iridis v. Iridoschisma*). Wrodzone rozdzielenie tęczówki stanowi sprawę analogiczną war-

dze zajęczęj; szpara rozciąga się w większej liczbie wypadków ku dołowi, a nieprawidłowość ta zdarza się częściej na obu oczach niż na jednym. Brzegi szpary schodzą się w kierunku brzegu rzęsowego i rzadko tytko są równoległe lub rozchodzące się, tak, że źrenica po większej części przyjmuje postać gruszki z ogonkiem ku dołowi skierowanym, niekiedy znajduje się szpara tylko w wielkim obwodzie tęczęwki, a wówczas istnieje prawidłowa okrągła źrenica, a prócz téj i druga obwodowa, trójkątna, oddzielona od pierwszój przez poprzeczny mostek koloru tęczęwki. Przy zacienianiu i oświetlaniu naprzemian szpary, widzieć się daje wyraźne rozszerzanie i zwężanie ale tylko na części przeciwnéj szparze, brzegi zaś *colobomatu* nieznacznie skracają i wydłużają się, i nie są w stanie zbliżyć się do siebie nawet przy silném oświetleniu. Spostrzeżono już niejednokrotnie dziedziczność tego stanu. Jako powikłania zdarzają się: małoooczność (*microphthalmus*), owalna rogówka, środkowy zaciemek, warga zajęcza, ujście cewki moczowój po za żołądźią (*hypospadiasis*), braki w mózgu i szczelinę (*coloboma*) w górnój powiece. Ta ostatnia zdarza się tylko na górnój powiece; jest to wązka szpara wchrzäste powiekowój, przyczém skóra nie jest rozdzielona. Objasnienie z historii rozwoju płodu téj nader rzadkiéj wady rozwojowój, jakie np. jest tak proste dla wargi zajęczęj, nie da się tu przeprowadzić, gdyż w żadnym okresie życia płodowego górna powieka nie składa się z dwóch części.

b) Brak tęczęwki (*Irideremia*). Wrodzony zupełny lub częściowy brak tęczęwki zdarza się zawsze na obu oczach z wyjątkiem jednego wypadku opisanego przez Morison'a. W takim razie może w zupełności brakować tęczęwki albo téż znajduje się w jój miejsce tylko wązki pasek jako ślad. Zrenica nigdy tu nie jest zupełnie czarna, a przy pewnych ustawieniach do światła dno oka świeci na podobieństwo oczów kocich, co się także zdarza niekiedy przy obszernój szparze w tęczęwce.

Rogówka w takich wypadkach zwykle jest nieprawidłową mianowicie jest podługowata i przechodzi nieznacznie w twardówkę, lub niekiedy nieco zmętniała, również jak i soczewka.

Dieci takie oczywiście zawsze są krótkowidzące, a z powodu wnikania zbyt silnego światła do oka, przymrużają one powieki, zastępując tym sposobem chociaż w części brak źrenicy.

Z powodu téj niedokładności w widzeniu, gałka oczna ustawicznie się obraca (*nystagmus oscilatorius et rotatorius*). Zdaniem Arl't'a ta wada rozwoju nigdy nie sprawia ślepoty przez porażenie siatkówki,

często jednak występują zapalenia rogówki i łącznicy, a także powolne pomętnienie soczewki.

**Leczenie** ogranicza się na złagodzeniu nadmiaru światła przez niebieskie okulary lub sztuczne przegrody.

c) **Zaciemek jądrowaty** (*cataracta nuclearis*) jest to szarobiały punkt w środku soczewki, ostro ograniczony, wielkości ziarnka maku, około tego punktu znajduje się niekiedy jasna obłoczkowata obwódka. Choroba ta zdarza się zwykle na obu oczach i wikła się często z brakiem lub rozdzieleniem tęczówki.

Prócz tego i po urodzeniu powstają u dzieci białe punkta w soczewce lub jój torebce, i oddają także promienisto białe prążki; siła widzenia zostaje wprawdzie przez to stłumioną ale nie zniesioną zupełnie; również nigdy nie przychodzi do pomętnienia całej soczewki.

d) **Wrodzone zarośnięcie źrenicy** (*atresia pupillae congenita*) polega na nieprawidłowem pozostaniu błony źrenicznej po urodzeniu. Według Bischoff'a błona torebko-źreniczna wraz z błoną źreniczną tworzą błoniasty unaczyniony woreczek, który wychodząc od tylnego obwodu torebki soczewki, rozciąga się przez tylną komorę oczną aż ku tęczówce, tu łączy się z nią za pomocą naczyń i przednią swą ścianą przedstawia błonę źreniczną. Ponieważ więc we wczesnym okresie soczewka leży tuż po za rogówką, a niema jeszcze wcale tęczówki, przeto worek ten zdaje się pierwotnie oblekać tylko soczewkę i jój torebkę. Skoro tęczówka dalej się rozwinie, zsta się wówczas z przednią częścią woreczka, przy dalszém oddaleniu się soczewki po utworzeniu się przedniej komory ocznej, zatrzymuje zrośniętą błonę, a przez to powstaje prawdziwa błona przed źrenicą, błona źreniczna. Ta ostatnia powinna zniknąć zacząwszy od 7-go miesiąca, tak, że przy urodzeniu nie powinno już ani śladu tejże znajdować się, niekiedy jednak błona ta pozostaje na dłuższy czas po urodzeniu jako przezroczysta blaszka zaopatrzona w małą ilość naczyń których może być już pozbawiona.

Według Stellwag'a von Carion, w wielu wypadkach u noworodków, a nawet u dorosłych widziano błonę źreniczną zupełnie całą. Przedstawia się ona jako cienka szara błoneczka, która rozpięta dokładnie na płaszczyźnie dziury wzrokowej zamyka źrenicę, osłabia znacznie siłę widzenia i spowodza nieruchomość tęczówki. W pewnych wypadkach błona ta jest przedziurawiona, albo téż wiszą tylko jój strzępki przy brzegu źrenicy. Stellwag ostrzega przed łatwością pomyślenia tego stanu za wysięk zorganizowany i zaciemki toreb-

kowe, i uważa rokowanie wrodzonego zamknięcia źrenicy za pomyślne. Z postępem czasu i jedynie siłami natury stan ten może przeminąć; wówczas błona źreniczna rozrywa się skutkiem pociągania przez mięśnie tęczówki a ztąd powstałe strzępki przez wessanie stopniowo znikają. Z resztą wada ta bardzo rzadko zdarza się, tak, że wielu okulistów nie mieli sposobności widzenia jój.

Na tém co powiedziano wyżej ograniczymy wzmiankę o rozwojowych wadach oka. Przytoczyć jeszcze należy że wiek dziecięcy jest bardzo usposobiony do chorób ocznych, lecz nie możemy się tu zajmować opisem wszystkich chorób ocznych; dwie zaś choroby wyłącznie u dzieci pojawiające się, mianowicie: zapalenie śluzotokowe u noworodków (*conjunctivitis blenorrhoica*) i zapalenie łącznicy z obrzmieniem powiek (*conjunctivitis oedematosa*) podczas ząbkowania, zostały już poprzednio opisane w odpowiednich rozdziałach (str. 108 i 143). O złoźowatych cierpieniach oczów u dzieci, będzie jeszcze mowa przy opisie zółzów. Pozostałe zaś choroby oczów, jakie u dzieci zdarzać się mogą, prawie niczem nie różnią się od podobnych chorób u dorosłych. W ogólności rzecz można, że u dzieci głównie zewnętrzne części: rogówka, łącznica, powieki i układ mięśniowy, podpadają chorobom, gdy u dorosłych częściej wewnątrz oka: tęczówka, soczewki, ciało szkliste, naczyniówka i siatkówka bywają siedliskiem chorób.

## II. Zmysł słuchu.

### 1) Wady rozwojowe narządu słuchowego.

- a) Brak muszli usznej  
(*Defectus auriculae*).

Zdarza się niekiedy nieprawidłowa małość, pokurczenie lub zupełny brak muszli usznej jednej lub obydwóch, a to jako wada wrodzona, z czém zwykle wikłają się jeszcze wady rozwojowe innych narządów. Oprócz szpetnej niekształtności słuch zostaje osłabionym jakkolwiek nieznacznie.

**Leczenie.** Wada ta jest mało dotkliwą, zakrycie włosami przy pewnym przyzwyczajeniu usuwa oszpecenie, jeżeli chory tém się nie zadawalnia nie pozostaje mu, jak noszenie sztucznego ucha z papiermaché, gniecionej skóry lub metalowe farbą olejną pomalowane, które przymocowują się do ucha zarodkowego za pomocą klamry lub tęcz



przy braku punktu przyczepienia, za pomocą sprężyny przesuwającej się na głowie i przykrytej włosami. Oczywiście że do tego potrzeba większych i rozumnych dzieci. Utworzenie usznej muszli z sąsiedniej skóry jak sądzi Ra u nie udaje się, z powodu niemożności naśladowania jej budowy, dla tego, oraz z powodu bolesności operacji i nieuniknionych blizn nie zasługuje na zalecanie.

Oprócz braku zdarza się jeszcze dość często nieprawidłowe ustawienie muszli usznej. Leży ona albo tuż przy kości (*auricula adpressa*) albo zostaje pod kątem prostym do czaszki. Przy pierwszej niekształtności chociaż słuch nieco jest osłabiony, mało na nią zwracają uwagi, druga zaś jako bardzo szpecąca skłania do zasięgania lekarskiej pomocy. Muszle uszne mocno odstające dadzą się u noworodków zbliżyć trwale do czaszki za pomocą pasków plastra lipkiego, stosowanych przez kilka tygodni. Vogel'owi udało się w ten sposób poprawić rażąco nieprawidłowość jednej muszli usznej, mianowicie zwrócenie tylnej jej powierzchni ku przodowi z całkowitą zakryciem przewodu słuchowego.

b) Zarośnięcie przewodu słuchowego zewnętrznego.  
(*Atresia, obliteratio, imperforatio meatus auditorii*).

Przy nieprawidłowym rozwoju kości zdarzają się wypadki braku zupełnego kanału kostnego; zwykle jednak jest on prawidłowy, a tylko ujście jest błoną zakryte. Do tego dołącza się jako powikłanie brak lub skrzywienie muszli usznej. Ujście kanału słuchowego jest albo oznaczone zagłębieniem, lub też błona zamykająca jest tak gładko wyprężona nad niem, że ani wzrokiem ani macaniem nie można dokładnie oznaczyć obrączki kostnej. Niekiedy mieści się ona wewnątrz kanału, wówczas ten ostatni jest krótki i ślepo zakończony. Błona w poprzek rozpięta odróżnia się od błony bębenkowej swym powierzchownym położeniem i niewrażliwością na dotknięcie zgłębnikiem. Słuch zostaje przez tę nieprawidłowość prawie zniesiony, szczęściem jednak zdarza się ona zwykle na jednym tylko uchu. Zboczenie w mowie będące należy odróżnić od zatkania przewodu słuchowego mazią skórną noworodka (*vernix caseosa*), albo u dzieci starszych brudem lub innymi obcymi ciałami. Zarośnięcie ucha częstokroć pozostaje ukryte przez długi przeciąg czasu, gdy ucho zewnętrzne jest wykształcone; w takich wypadkach zwykle same dzieci z wiekiem dopiero odkrywają zboczenie w mowie będące.

**Leczenie.** Jedyne operacya może zarośnięcie usunąć; polega ona na przecięciu krzyżowem zamykającej błony, poczem ujęte ztąd powstałe płatki należy odciąć nożyczkami łukowato zgiętymi. Najtrudniejsze jest leczenie następcze, z powodu że istnieje tu wielka skłonność do powtórnego zarośnięcia, a zapobiegać temuż można przez zakładanie skubanki, gąbki prasowanej, struny a później cienkich srebrnych rurek.

Pomimo to przewód słuchowy zamyka się jeszcze nawet po kilku miesiącach. W razie kostnego zarośnięcia, przyczem zwykle istnieją inne znaczne wady rozwojowe, operacya nie może mieć miejsca.

## 2) Proste zapalenie przewodu słuchowego.

*(Otitis externa).*

Pomijamy zapalenie i inne zmiany w muszli usznej, która zarówno jak pozostałe części powierzchni ciała, może ulegać rozmaitym chorobom skórnym; zastanowić się zaś należy nad ostrém i przewlekłym zapaleniem przewodu słuchowego.

**Objawy.** Przewód słuchowy przedstawia ślepy kanał, którego podstawę stanowi błona bębenkowa. Przednia część przewodu zopatrzona jest w gruczoły tłuszczowe, tylna odpowiadająca kanałowi kostnemu posiada gruczoły woszczkowe. Chociaż skóra przewodu tego jak daleko sięgają gruczoły łojowe jest analogiczną skórze zewnętrznej, to jednak cechy wyścielki kostnego przewodu słuchowego są nader odmienne. W stanie fizyologicznym nazwa błony śluzowej nie jest wcale odpowiednią dla tego wysłania, gdyż wydzielina czyli woszczek niema najmniejszego podobieństwa do śluzu. W stanie zapalenia natomiast wydzielina jest śluzowo-ropną, odróżnia się właściwie cuchnącą wonią i zupełnie podobna do wydzieliny przy niezycie nosa (*ozoena*), tak, że można przyjąć iż wysłanie przewodu uległszy zapaleniu przyjęło własności błony śluzowej. Jeśli ta przemiana nastąpiła, to gruczoły woszczkowe przestają być czynnymi; okazanie się znów woszczku można uważać za znak pomyślny.

Zapalenie przewodu słuchowego bywa pod dwojaką postacią: erytematyczne i nieżytowe.

W odmianie erytematycznej przy badaniu wziernikiem usznym znajdziemy zaczerwienienie przewodu słuchowego i powiększenie ilości brunatnego woszczku. Po kilku dniach następuje łuszczenie

się wysłania wprawdzie w większych lub mniejszych blaszkach, nagromadzony woszczek zasycha w kruche strupy i wysuwa się dobrowolnie lub zostaje wypłukanym w kąpieli. Sprawa ta nader częsta, nie jest prawie wcale bolesna; możemy muszlę ucha pociągać na wszystkie strony, uciskać ją, a dzieci nie okazują prawie żadnego bólu, stan ogólny nie przyjmuje udziału, całą zaś sprawę zwykle odkrywamy u dzieci przy badaniu ich z powodu innej choroby przypadkowo wynikłej.

Nieżytowe zapalenie przewodu słuchowego wywołuje daleko znaczniejsze miejscowe i ogólne objawy niż zapalenie erytematyczne. Po swędzącym a później dolegliwym bólu który może trwać kilka dni bez dalszych zmian, zjawia się żółto-biały jednostajnie płynny lub płatkowaty wypływ, który z początku nicznacznie a później silnie cuchnie kwasami tłuszczowymi. Wypływ nie ciągle jest jednakowo obfity i daje się najlepiej ocenić z plam spostrzegać się dających na poduszkach na których dziecko spało. Plamy te przy obfitych wypływach z ucha dochodzą wielkości połowy dłoni. Po kilku dniach lub tygodniach wypływ przy prostem nie zakaźnym zapaleniu przewodu słuchowego ustaje, jest on mniej obfitym, staje się podobny do sera, a wreszcie zjawia się wydzielina gruczołów woszczkowych. Osłabienie słuchu istniejące podczas wypływu z ucha również ustępuje. Wydzielina zasycha w części w muszli usznej, drażni ją, przez co powstają nadżarcia łatwo krwawiące i większe płaskie owrzodzenie na muszli usznej, na płątku ucha i sąsiednich częściach szyi. Równocześnie skóra wyściełająca przewód słuchowy obrzmiewa tak znacznie, że ściany przewodu prawie się stykają, przyczem nawet po dokładnym oczyszczeniu przewodu i najlepszem oświetleniu nie dostrzegamy wcale błony bębenkowej. Badanie za pomocą wziernika usznego jest bardzo bolesne, łatwo wywołuje krwawienie, a jako bezskuteczne z powodu obrzmienia części zapaleniu uległych powinno być zupełnie zaniechane.

U dzieci z zakażeniem a zwłaszcza żółzowatych, zapalenie przewodu słuchowego łatwo przyjmuje przewlekły charakter. Często całymi miesiącami w lecie wypływu niema, aż dopiero w zimie znowu się pojawia i to dość obficie. Wydzielina bywa szklisto-śluzowa, to znów żółta, ropiasta i nadżera zwykle płatek ucha. Błona śluzowa jest mniej nabrzękła niż w postaci ostrój, przy dłuższym jednak trwaniu mogą się na niej wytworzyć polipowate wybujałości, które powodują osłabienie słuchu.

Nawet przy zupełnym ustaniu wypływu przewlekłe zapalenie przewodu słuchowego nie może być uważane za uleczone, dopóki

w głębi przewodu w miejsce woszczku znajdujemy serowatą, maziastą masę przykrój woni, co dowodzi że skóra wyścielająca przewód słuchowy nie powróciła jeszcze do stanu prawidłowego a tylko wydzielina się zmniejszyła. Dopiero gdy w przewodzie znajdziemy czysty woszczyk, możemy przyjąć za zupełne uleczenie.

Przewlekłe zapalenie rzadko zajmując oba uszy jednocześnie i z jednakowym natężeniem, zwykle zaś zajmuje naprzemian jedno i drugie.

**Rokowanie** stosuje się głównie według własności wysłania przewodu słuchowego i wedle warunków ciałaśkładu dziecka. Im silniejsze jest obrzmienie, nadżarcia lub nawet ziarnina i polipowate wybijalności, tém dłużej będziemy czekali na uleczenie. U dzieci zołzowatych wyleczenie udaje się z wielką trudnością, a wypływ powraca za lada przeziębieniem lub niedomaganiem.

Według Ra'u'a i Wilde'go nigdy wskutek prostego nieżyłowego zapalenia przewodu słuchowego nie występują groźne i niepomyślnie zejścia, jak: przedziurawienie błony bębenkowej, następcze zapalenie okostnej i choroby mózgu, których częstokroć obawiają się. Obawa o ich wystąpienie jak się zdaje powstała w skutek niedokładności rozpoznania zasługującej jednakże na uwzględnienie, z powodu że pomimo wstrzykiwań, dokonywanych nawet przez całe tygodnie, nie można dokładnie zbadać przewodu słuchowego, skutkiem obrzmienia ściany tegoż przewodu.

**Przyczyny.** U wielu dzieci istnieje ścisły związek między cierpieniami jamy ustnej i ucha, co się łatwo da objaśnić na drodze anatomicznej przez sąsiedztwo. Zdarzają się bowiem wypadki, gdzie u dzieci przy wyrzynaniu się każdego zęba, czyto w pierwszym czy w drugim ząbkowaniu, występują bóle w uchu i wypływ dłużej lub krócej trwający. Szczególnie często wypływ ten zjawia się następczo po płonicy i odrze, i dołącza się do zołzowatych wysypek na głowie, przyczem tę samą wysypkę znajdujemy w przewodzie słuchowym. Wypływy z ucha małych wyniszczonych dzieci przed ząbkowaniem, we większej liczbie wypadków nie należą do prostego zapalenia zewnętrznego przewodu słuchowego, lecz są następstwem zapaleń ucha środkowego, o czem będzie mowa poniżej.

**Leczenie.** Proste zapalenie ucha zewnętrznego zwykle przebiega pomyślnie nawet bez leczenia. Nie należy więc męczyć dzieci powszechnie zalecanymi przyszczydlami (plaster, maście); przyczyniają

się one do wywołania nowego bólu do istniejącego już a zależnego od samej choroby. W początkach wystarcza 2—3 wstrzykiwań dziennie letniej wody i lekkie zatkanie ucha cienką skubanką. Przy silnym bólu i dłuższej bezsenności dajemy dzieciom stosownie do wieku 1—2 krople nalewki makowcowej wieczorem.

W pierwszych dniach wypływu z ucha ściągające wstrzykiwania na nic się nie przydają, owszem powiększej części wzmagają ból, przyczem i wydzielina z razu zmniejszona na nowo się powiększa; z tego powodu najlepiej ograniczyć się przez 8 dni na samém wstrzykiwaniu letniej wody. Z leków ściągających Vogel uważa za najlepszy roztwór alunu (3j na 3j wody) z którego po uprzednich wstrzykiwaniach wodą i osuszeniu ucha, przechyliwszy ukośnie głowę wlewamy kilka krople rano i wieczór. Roztwór ten działa równie ściągająco jak roztwór saletranu srebra, korzyść zaś jest ta, że ani skóry ani odzieży nie barwi. Po kilku tygodniach wypływ ustaje zupełnie. Jeśli długo czekamy napróżno na pojawienie się woszczku wówczas właściwemi będą wkroplenia tranu rybiego z jodem (3j—j gr.), poczem wśród dłuższego swędzenia zjawia się prawidłowa wydzielina woszczkowa.

U dzieci żółzowatych należy prócz tego przeprowadzić leczenie ogólne i tran, żelazo, kąpiele, powietrze wiejskie, gimnastykę etc., o czem będzie mowa przy opisie żółzów.

### 3) Ropnie w przewodzie słuchowym.

(*Otitis externa phlegmonosa*).

Objawy zapalenia z wytworzeniem ropy są daleko gwałtowniejsze niż w poprzedniej postaci zapalenia. Ponieważ głównie tylko przednia chrząstkowata część przewodu słuchowego posiada warstwę tkanki łącznej, podczas gdy w części kostnej, okostna łączy się ściśle ze skórą wyściełającą, przeto ropnie zdarzają się wyłącznie w przedniej części przewodu łatwo dostępnej dla wzroku. Ból jest z początku znosny, a nic więcej nie można dostrzedz oprócz ogólnego zaczerwienienia i lekkiego obrzmienia. Po 24—48 godzinach jednakże ból wzmaga się do niezmiernej gwałtowności, dzieci krzyczą dniem i nocą bez przestanku, nie śpią wcale, nie chcą jeść, z powodu że każdy ruch szczęką dolną powiększa ból, przez to dzieci mówią niewyraźnie i ostroźnie połykają. Nawet kilkomięsczne mogą zapadać na to cierpienie, a chwytając się często za ucho, wskazują mimowoli osobom otaczają-

cym siedlisko téj dokuczliwéj choroby. Skoro bóle przez 2—3 dni trwały w równéj sile, a wreszcie stały się tętniącemi i mogły być uspokojone na kilka zaledwie godzin przez duże dawki morfiny, znajdujemy że przewód słuchowy jest całkowicie wypełniony obrzmieniem; badając zaś zgłębnikiem przekonamy się, że obrzmienie to nie jest już jednostajnie rozlane, lecz w postaci małego wielkości grochu chełbożącego guzika, wznosi się na jednéj części zwykle dolnéj przewodu. Jeżeli guzik ten przekłujemy igłą kataraktową lub gdy sam pęknie, to po wypłynięciu kilku kropel ropy i krwi bóle odraznie ustępują, mały ropień wydziela ropę przez kilka zaledwie dni, zamyka się zupełnie, czerwonosć i obrzmienie sąsiednie znikają, a w krótkim czasie ustępuje bez śladu cała choroba, która dzieci nabawiła tak silnego bólu a osoby otaczające doprowadzała do rozpaczey.

Co do przyczyn, rzeczywiste niewątpliwie nie są znane. Ropnie w uchu zdarzają się zarówno u zdrowych jak i zołzowatych dzieci, szczególnie często podczas ząbkowania.

Rokowanie jest zupełnie pomyślne, co dla mniej doświadczonego lekarza wobec gwałtownych początkowych objawów nie zdaje się być prawdopodobném.

Prawie nigdy nie pozostaje stwardnienie lub obnarzenie chrząstki i kości z jéj oddzielaniem się.

Zapalenie okostnéj przewodu słuchowego zewnętrznego jest u dzieci nadwyzczajną rzadkością, natomiast cierpienie ucha środkowego, o których niżej będzie mowa, dosyć często zależą od zapalenia okostnéj.

**Leczenie.** Główném zadaniem jest usmierzienie nadwyzczaj gwałtownego bólu, w którym to celu najwłaściwszém jest ostrożne zadawanie makowca lub morfiny. Dziecku należy dać pod głowę twardą włosianną poduszkę, przez co łatwiej mogą uchronić ucho od zetknięcia się okolicy choréj z poduszką. Miejscowo najlepiej wkraplać a nie wstrzykiwać letnią wodę i podać przewód słuchowy działaniu par gorącego rumianku; kataplazmy przy nakładaniu i odejmowaniu wywołują silne bóle a przytém nie przyspieszają widocznie utworzenia się ropnia. Wielką ulgę przynosimy chorym przez wczesne utworzenie ropnia, do czego wystarcza proste ukłucie, następnie po kilku dniach przy lekkim wstrzykiwaniu letniego łagodnego płynu choroba ustępuje.

#### 4) Zapalenie ucha wewnętrznego.

(*Otitis interna*).

Przy zapaleniu ucha wewnętrznego albo sama tylko błona śluzowa cierpi, albo téż i okostna wraz z kością, dla tego odróżnić należy: nieżyty i zapalenie okostnej ucha wewnętrznego.

##### a) Nieżyty ucha wewnętrznego.

Ponieważ choroba ta występuje zwykle w obydwóch uszach, przeto uważać ją należy jako najczęstszą przyczynę następczej głuchoty. Nieżyty prawdopodobnie przenosi się do jamy bębnekowej z trąbki Eustachiusza; błona śluzowa jamy bębnekowej która uległa nieżyutowemu zapaleniu, zachowuje się tak samo jak inne przewlekle cierpiące błony śluzowe. Zdarzają się polepszenia, to znowu pogorszenia; najmniej dzieci słyszą w czasie wilgotnego powietrza i podczas nieżyty nosa lub zapalenia gardła. Niekiedy po silném chrząkaniu, kichaniu lub wymiotach odrażnie dziecko zaczyna dosyć dobrze słyszeć, co jednak trwa zwykle tylko kilka godzin.

Rozpoznanie nieżyty jamy bębnekowej nie da się u dzieci oznaczyć tak pewno i przedmiotowo jak u dorosłych, gdyż pierwsze niełatwo poddają się katetyzacyi trąbki Eustachiusza, a ztąd niedostaje przedmiotowego głównego dowodu, to jest badania za pomocą wepchnięcia powietrza. Badanie zewnętrznego przewodu słuchowego za pomocą odpowiedniego wziernika daje przeczące wyniki; nie jest w możności wykazać nieprawidłowości a nieznaczne zmiany zabarwienia błony bębnekowej, jakim niektórzy lekarze, wyłącznie chorobami usznymi zajmujący się ważne znaczenie przyznają, nie dostarczają dostatecznych danych dla rozpoznania.

Głównym objawem jest osłabienie słuchu, zmienne stosownie do stanu powietrza, połączone ze zjawiskami nieżyty w jamach nosowej i ustnej, a przytém przeczący wynik badania w przewodzie słuchowym zewnętrznym.

Przebieg jest bardzo niepomyślny; prawie w żadnym wypadku przewlekłego nieżyty słuch dokładny nie wraca, a chorzy powinni być zadowolnieni jeżeli choroba nie powiększa się do tego stopnia że pozostawia zupełną głuchotę.

Przyczyną jest po większej części dziedziczność, zwłaszcza zakażenia żółzowatego, które u tych dzieci skłonnych do głuchoty, stosunkowo bardzo umiarkowanie umiejscowia się w innych częściach, w oczach, nosie i na skórze.

**Leczenie.** Jak wyżej wspomniano rzadko tylko udaje się u dzieci wykonać katetyzacyą trąbki Eustachiusza dla wepchnięcia powietrza tą drogą, tak, że ograniczyć się trzeba w leczeniu do wyjęcia powiększonych migdałków, odcięcia przedłużonego języzka, wdychań środków ściągających lub wdmuchiwanie proszku ałunu na tylną ścianę gardziółka. Ponieważ większa część dzieci źle słyszących cierpi na żolzy, a właśnie cierpią one rzadko oraz w małym stopniu na wysypki skórne, przeto Vogel w trzech wypadkach wywoływał wysypkę pryszczową na przemian za uszami i w innych miejscach na szyi, i widział pomyślny skutek tego postępowania, gdyż dwoje z tych dzieci słyszało znacznie lepiej, u trzeciego zaś nie było widocznego pogorszenia. Vogel przygotowuje plaster następującego składu:

Rp. *Empl. adhesiv. flavi* ℞jv, *Tartari stibiati* ℞j, rozsmarowuje go na płótnie wielkości talara i zostawia przez 4 dni na skórze. Wynikłe ztąd pryszczce trwają dość długi przeciąg czasu. Skoro te ostatnie zagoiły się, powtarzamy to samo w inném miejscu. Zresztą dzieci tą chorobą dotknięte należy strzedz od nieżyków, co się skutecznie najlepiej przez t. z. zahartowanie, za pomocą codziennych zimnych obmywań i pobytu na wsi. Przy żolzach wskazany jest tran, żelazo, obok solankowych kąpiei np. Ciechocińskich.

#### b) Zapalenie okostnej ucha środkowego

(*Periostitis auris mediae, właściwa Otitis interna*).

Zapalenie okostnej ucha środkowego jest najważniejszym i najniebezpieczniejszym ze wszystkich chorób usznych cierpieniem, albowiem nie tylko wywołuje nadzwyczaj silne bóle i często zupełną głuchotę, lecz także zagraża bardzo życiu z powodu ropnego zapalenia opon mózgowych. Z tego powodu choroba ta zwróciła na siebie baczną uwagę lekarzy wyłącznie zajmujących się chorobami uszów, a ci objawy jej opisali szczegółowiej od wszystkich pozostałych chorób usznych.

**Objawy.** Choroba poczyna się prawie zawsze nagle i na szczęście zajmuje tylko jedno ucho, nigdy obydwaj razem. W uchu chorem



zjawia się coraz większy, wiercący i kolący ból; rozpromienia się on ku częściom sąsiednim, na skronie, na tyłogłowie i na szyję ku szczękom i staje się w krótkim czasie tak gwałtownym, że dzieci rzucają się na wszystkie strony, krzyczą bezprzestanku i nie dadzą się w żaden sposób uspokoić. Najdokuczliwszy ból bywa w nocy; zwiększa się także przy ruchach głowy, połykaniu, kichaniu, kaszłaniu a szczególnie także przez głośny hałas. Wszakże powiększona drażliwość nerwu słuchowego, objawiająca się wrażliwością na hałas i ustawicznym szumem w uszach wkrótce znika, ustępując miejsca mniej lub więcej zupełnej głuchocie. Te tak gwałtowne miejscowe objawy nie pozostają oczywiście bez wpływu na stan ogólny. Występuje silna gorączka, bardzo częste, twarde tętno, pałająca skóra, ogólne niedomaganie, poty i silne pragnienie.

U ssawców nie można dopatrzeć się wszystkich wspomnianych objawów. Dzieci te są nadzwyczaj niespokojne, krzyczą za lada łoskotem, chwytają się często za ucho, zasnawszy zaś budzą się za najmniejszym szelestem, jęcząc przeraźliwie i pocierając głowę o poduszkę. Ucisk okolicy chorego ucha sprawia silny ból pobudzający do głośnego krzyku. Przyłożone do piersi ssą tylko krótki czas, poczem zaczynają krzyczeć gdyż ruchy przy ssaniu powiększają ból, natomiast cheiwie połykają napój podany łyżką. Podobnie jak każdy ból i każda gorączkowa choroba, tak samo i cierpienie w mowie będące wywołuje niekiedy częściowe lub ogólne drgawki, mogące stać się powodem poczytania tego stanu za inne choroby np. mózgu.

Przy badaniu przewodu słuchowego zewnętrznego w pierwszych dniach choroby, nie znajdujemy żadnych ważniejszych danych, zresztą badanie przy pomocy wziernika usznego jest nadzwyczaj bolesne.

Te gwałtowne przypadłości nie trwają nigdy dłużej nad 5 a najdłużej 6 dni. W wyjątkowych wypadkach w tym okresie może już nastąpić śmierć, wśród drgawek i objawów zajęcia opon mózgowych, jednakże nie rzadkie są wypadki w których zapalenie rozcodzi się przy stopniowym zmniejszeniu bólu; częściej zaś wytwarza się ropa, która w różnych miejscach toruje sobie drogę na zewnątrz.

Zwykłym zejściem choroby jest przedziurawienie błony bębenkowej, odpływanie ropy przenikliwie cuchnącej pomieszanej z krwią, odejście kostek słuchowych i pojedynczych kawałków kości, wreszcie uleczenie zapalenia okostnej z pozostawieniem zupełnej głuchoty chorego ucha. Zdarza się także że kostki słuchowe nie zostają wydalone, a przedziurawiona błona bębenkowa po wypłynięciu ropy zarasta i pozostaje tylko nieznaczne osłabienie słuchu.

Znajdujemy w piśmiennictwie przytaczane wypadki w których ropa wydalila się przez trąbkę Eustachiusza, co jednak bardzo rzadko musi się zdarzać; zresztą trudno to stwierdzić, z powodu że dzieci zwykle połykają ropę, nieumiejąc odpluwać.

Druga droga jaką sobie ropa toruje, są to przestrzenie prózne w wyrostku sutkowym. Wtedy z tyłu muszli usznej dostrzegamy zaczerwioną obrzmiałość, która wypukla się coraz bardziej, chełbocze coraz wyraźniej i zostawiona sama sobie pęka wreszcie dobrowolnie. Ropa wypływająca z początku obficie, z krwią zmieszana, posiada również odrażliwą woń, zawiera cząsteczki kości i staje się po kilku tygodniach śluzowatą i ciągnącą się w nitki. Przy badaniu zgłębnikiem znajdujemy prawie zawsze oddzielne obnażone miejsca kości, niekiedy z powodu skrzywionego i kątowatego przebiegu przetoki nie można tych obnażeń wysledzić, ropa zaś jest tak bogatą w siarkowódor i siarek amonu, że srebrny zgłębnik szybko czernieje. Dopiero po wielu miesiącach nawet latach zamyka się otwór przetoki, a wciągnięta blizna skórna zrasta się z kością. I tu także zwykłym zejściem jest głuchota, rzadko nieco pomyślniejszem bywa tylko osłabienie słuchu.

Jeżeli pruchnienie kości dosięgnie kanału Eallopiusza, to powstaje kurcz, a później porażenie odpowiednich mięśni twarzy z powodu podrażnienia i ucisku przebiegającego w tym kanale nerwu twarzowego. Porażenie nie jest we wszystkich wypadkach trwałe, może nawet przeminać po odpłynięciu ropy uciskającej nerw twarzowy; jeżeli jednak porażenie trwało przez kilka miesięcy, to już na całe życie pozostawać zwykło.

Najgorszym wypadkiem jest udział błędnika i zgorzel kości skalistej z następczem ropnem zapaleniem opon i mózgu. Wówczas ogniska ropne w mózgu łączą się zwykle z jamką ucha wewnętrznego, a ropa z nich może wydalić się na zewnątrz, po pęknięciu błony bębenkowej. Zdarzają się jednak ropnie w mózgu chociaż kość skalista nie jest widocznie zajęta, co dowodzi, że zapalenie ucha wewnętrznego oprócz bezpośredniego mechanicznego rozszerzenia się na mózg, może wywołać spółczulne (*consensulis*) zapalenie mózgowia, powodujące jak się zdaje w takich wypadkach zawsze śmiertelne zejście.

Pod względem rokowania jeśli pominiemy słusznie nader wątpliwe rozejście się zapalenia, najpomyślniejszem zakończeniem się choroby będzie przedziurawienie błony bębenkowej z wydalaniem się ropy na

zewnątrz, zwłaszcza gdy się szczęśliwie zdarzy, że kosteczki słuchowe pozostaną nietknięte a otwór w błonie bębenkowej napowrót zarośnie.

Mniej pomyślne jest pruchnienie wyrostka sutkowego, przyczém osłabienie słuchu bywa znaczniejsze, przetoki nie zagajają się przez lata całe i pozostają bolesne i wciągnięte blizny. Przy pruchnieniu kości skalistój zdradzającym się ciężkimi przypadłościami ropnego zapalenia opon, jednostronnemi drgawkami, a później porażeniem, rokowanie jest prawie zawsze w zupełności niepomyślne. W ogólności można przyjąć, że dzieci cierpiące na zapalenie ucha wewnętrznego są w najwyższym stopniu żołzowate, co pozwala z wielkiem prawdopodobieństwem przypuszczać, że w okresie dojrzałości wystąpić może gruźlica płuc.

**Przyczyny.** Żolzy i gruźlica są głównemi przyczynami tego cierpienia. Występuje ono naprzemian z wysypkami żołzowatemi, a po ich szybkim zagojeniu choroba umiejscowia się w uchu wewnętrzném, bez współczesnego wypływu chorobnego wypłodu z ucha na zewnątrz, lub téż wypływ wywołuje wreszcie przedziurawienie błony bębenkowej, a ropa dostaje się na zewnątrz. Choroba w mowie będąca występuje także jako następstwo ostrych wysypek, zwłaszcza płonicy. Z przyczyn okolicznościowych należy wymienić: ciała obce w uchu zewnętrzném drażniące mechanicznie błonę bębenkową, chemicznie żrące płyny wprowadzone do ucha rozmyślnie, przypadkowo lub w celu zbrodniczym, a wreszcie silniejsze obrażenia i uderzenia w okolicę uszną.

**Leczenie.** Nadzwyczajna gwałtowność bólu w początku choroby sprawia, że osoby otaczające chore dziecko domagają się jak najprędzej pomocy, której jednak nie podobna udzielić tak szybko jakby sobie życzyć należało. Mianowicie najpewniejszy ze środków w ból kojących, makowiec, nie może być zadawany u małych dzieci z nieprzebytektem jeszcze pierwszym ząbkowaniem, gdyż wkrótce występuje potém śpiączka i podrażnienie mózgu, tak, że nie można wtedy odróżnić wpływu leku od skutków szerzącej się na opony i mózg choroby. Jednakże i u małych dzieci makowiec w odpowiedniej dozie i we właściwej chwili podany, nie zawsze wywołuje groźne objawy; wszakże zmuszeni jesteśmy ograniczyć do bardzo małych dawek, a takie częstokroć nie wystarczają do uśmierzenia bólu. Skuteczniejsze w tym kierunku działanie spostrzegano u dzieci po zadawaniu wody z gorzkich migdałów i wyciągu belladony. Jakkolwiek ból towarzyszący chorobie

w mowie będącej jest zapalnej natury i miejscowy upust krwi może być wskazanym i obiecywać uśmierzanie tego przykrego objawu, to jednakże z uwagi, że zapalenie ucha wewnętrznego prawie zawsze tylko u zołzowatych dzieci ma miejsce, u których z upustami krwi bardzo należy się rachować, lepiej będzie takowych unikać, a jeżeli zachodzi niechybne wskazanie, to nigdy nie należy więcej przyczepiać pijawek za chore uszy dziecięcia, nad ilość lat jego wieku. O upustach krwi ogólnych dzisiaj już nawet mowy być nie może.

Celem uśmierzenia bólu zalecają również środki stosowane w przewod słuchowy lub na muszlę uszną; jest to zwykle bez użyteczne, chorzy bowiem najlepiej przetrzymują gdy ucho jest zupełnie swobodne i nic go się nie dotyka. Jeżeli zaś ból staje się po kilku dniach tętniący, a okolica wyrostka sutkowego zaczerwienia się, wówczas wprowadzenie do przewodu słuchowego pary gorącego rumianku i przyłożenie kataplazmu na tylną okolicę uszną, wydatną sprawią ulgę. Razem z wydalaniem się ropy przez pękniętą błonę bębenkową lub przez wyrostek sutkowy ból znika zupełnie, a wówczas wypada tylko ułatwiać wypływ ropy, za pomocą wstrzykiwań umiejętnie za stosowanych ze sprycki cynowej. Jeszcze lepsze ma świadczyć usługi ustawiczny lekki strumień letniej wody, wpuszczony w ucho za pomocą natrysku Weber'a pierwotnie tylko do nosa przeznaczonego. Staranne 2—3 godzin trwające wstrzykiwanie ciepłej wody może jedynie upewnić, że ropa wypłukana będzie należycie i bez bólu. Wytarcie przewodu słuchowego skręconym kaniem chustki nie oczyszcza należycie z ropy, drażni i dla tego jest niewłaściwe. Osoby otaczające powinny się starać ucho chore często oczyszczać, bo jeżeli odpływ ropy nie będzie ułatwiony, to powstają strupy zwłaszcza na wyrostku sutkowym, odpływ zatrzymuje się i bóle wracają.

Po upływie kilku tygodni od przeminięcia pierwszego okresu wskazane są ściągające wstrzykiwania, do czego najwłaściwszym być się zdaje roztwór ałunu (3j—5j wody). Przy pruchnieniu wyrostka sutkowego Rau zaleca roztwór siarczanu miedzi (gr. jj—xii, 5j wody) do wstrzykiwania w jamki kostne tego wyrostka.

Przy silnej z początku choroby gorączce zalecane bywają małe dawki chlorku 2-rtęci, z ustaniem gorączki przemija wskazanie do dalszego podawania tego leku. Z rozwinięciem się ropienia wskazanym będzie leczenie wzmacniające, przeciw zołzowe: tran, żelazo, china, piwo, wino, mięso, kąpiele rzeczne i świeże wiejskie powietrze.

Pomijając opis rzadko zdarzających się form chorób usznych, tak zapalnych jak nerwowych, o których szczegółowo traktują specjalne dzieła Rau'a, Tröltsch'a i Erhard'a, pozostaje przytoczyć niektóre uwagi nad ciałami obcymi w uchu.

### 5) Ciała obce w uchu.

Wrodzona dzieciom ciekawość skłania je do wykonywania rozmaitych doświadczeń nad swém ciałem, i badania jam otwierających się na powierzchni ich ciała. Ztąd powstaje szczególna skłonność do wkładania małych przedmiotów do tych jam już to ze swawoli lub dla przekonania się jaki to wywrze wpływ. Ciała obce włożone do ucha dadzą się łatwo dojrzeć przy odpowiedniem oświetleniu tegoż, a tylko w razie gdy przewod skutkiem obrzmienia wywołanego podrażnieniem został zwężony, badanie będzie utrudnione. Zgłębników należy używać bardzo ostrożnie z powodu że ciała obce mogą być przez nie dalej wepchniętymi.

Objawy wywołane przez obce ciała włożone do ucha bywają rozmaite, stosownie do ich postaci i własności. Gładkie, okrągłe, nie pęczniejące w uchu mogą przez długi czas pozostać obojętnymi dla dziecka, zawsze jednak wcześniej lub później przewod słuchowy obrzmiewa, powstaje ból i wypływ z ucha. Skutkiem tego wypływu a szczególnie przez nieudatne próby wydobywania obcego ciała, błona bębenkowa zostaje przedziurawiona, i powstają wszystkie objawy opisanego zapalenia ucha wewnętrznego. Z pomiędzy ciał obcych wkładanych do ucha najzwyczajniejsze są: pestki wisien, winogron, groch, soczewica, kamyczki, perełki szklane, kulki papieru i cukierki. Zdarzające się często u starych osób bryłki zestwardniałego woszczku, wały brudu, oraz tak zwane otolity, nie występują prawie nigdy u dzieci. Żyjące stworzenia dostające się do ucha wywołują wprawdzie z początku nieprzyjemne uczucie, wkrótce jednak więzgną w woszczku i obumierają; kilka kropli tłuszczu, wody lub rozcieńczonego wysokoku prędkiej pozbawiają owad życia a dziecie trwogi i bólu. Szczypawka (*forficula auricularis*) owad zwany robakiem usznym, którego się lud tak bardzo obawia, nie pociąga za sobą szczególnych następstw, zachowuje się on w uchu tak jak inne żyjątka téj saméj wielkości.

Najgwałtowniejsze objawy wywołują ciała żrące (saletran srebra, ług potażowy, kwasy mineralne), które niszczą szybko błonę bę-

benkową i wywołują straszny obraz zapalenia ucha wewnętrznego. Z innych przedmiotów najgorsze są ciała pęczniące przez wilgotne ciepło ucha, co się zwłaszcza dotyczy ziarn grochu, bobu, soczewicy, a po części także i pestek owocowych. Kamyczki i perełki znoszone są długo bez szkody, jeżeli nie zostaną uwięzione i daleko wepchnięte przez nieudatne próby wydobywania. Najmnieżej przykre pociągają za sobą następstwa nawet twarde cukierki do ucha wprowadzone, tu łatwo rozmiękają i rozpuszczają się, zwłaszcza po wpuszczeniu do ucha kilku kropli wody.

**Leczenie.** Jedyńm głównm wskazaniem jest wydobywanie obcego ciała, lecz nie zawsze udaje się natychmiast wskazanemu temu zadość uczynić, z powodu że obrzmienie i bolesność przewodu słuchowego uniemożliwia chwilowo wszelkie próby wydobywania. Wówczas należy pierwiej złagodzić zapalenie za pomocą pijawek, kataplazmów, wkraplań oliwy i wstrzykiwań letniej wody etc. Metody wydostania obcych ciał są rozmaite, po części niedogodne i dziwaczne. Najpewniejszym środkiem jest dosyć mocne wstrzyknięcie strumienia ciepłej wody. Ciało obce prawie nigdy nie ma kształtu takiego jak przewód słuchowy, woda więc dostaje się po za to ciało, wysuwa ku zewnątrz i ułatwia wydobywanie. W przeciwnym razie trzeba się uciec do narzędzi, które można sobie samemu przygotować, zakrzywiając odpowiednio do powierzchni ciała obcego np. tępy koniec podwójnej szpilki od włosów; takową staramy się obejść obce ciało najlepiej od tylnej ściany przewodu słuchowego. Można także użyć w wypadkach zrozpaczonych małego haczyka, ten na płask wprowadzamy, a potem od tyłu końcem zachaczamy, przyczem jednak należy postępować ostrożnie, aby haczyk się nie ułamał i przy ruchach niespokojnego dziecka nie przedziurawił błony bębenkowej. Ciała obce kształtu okrągłego np. groch, bób, kamyczki, perełki etc., nie dają się ująć szczypcami (pincet), które są niedogodne i z tego powodu, że dwie ich odnogi zajmują za wiele miejsca i nie mogą ująć ciała obcego w największej średnicy, a ześlizgując się jeszcze wpychają takowe bardziej w głąb.

Inny jeszcze sposób wprawdzie bardzo łagodny ale często bezskuteczny polega na wydobywaniu za pomocą ciała lipkiego, które w pierwiej przytknięte przylgło do ciała obcego. W tym celu wprowadzana bywa do ucha rurka pióra gładko z obydwóch końców ścięta z przeprowadzoną przez nią tasiemeczką zmaczaną w kleju. Po kilku godzinach tasiemeczka obejmująca ciało obce przylepia się dosyć ści-

śle do tegoż, tak że niekiedy może być wydobyte. Jeżeli jednak ciało obce np. kamyczek, było mocno wciśnięte, to tasiemeczka wysunięta zostaje i próba wydobywania pozostaje bezskutku. Wszystkie te próby wydobywania wymagają spokojności i cierpliwości, których od dziecka nie zawsze można się spodziewać. Z tego powodu we większej liczbie wypadków należy dziecie zachloroformować, a wówczas wydobywanie ciała tkwiącego w przewodzie słuchowym zewnętrznym zostaje znacznie ułatwionem. Zapalenie ucha i wypływ z niego, będące następstwem drażnienia ciałem obcym, należy usunąć według zasad podanych wyżej; jednakże stan ten ustępuje i bez leczenia daleko prędzej, aniżeli w razie gdy zależy od choroby ogólnej zakaźnej.

---

## ROZDZIAŁ VI.

### Choroby narządu moczopłciowego.

#### A. N e r k i.

##### 1) Wady rozwojowe nerek.

Zupełnego braku nerek dotąd niepostrzeżono, nawet u potworów te istnieją chociaż częściowo rozwinięte. Częściej znajduje się tylko jedna nerka. Rokitansky odróżnia nieparzystą nerkę od pojedynczej. Nieparzysta znajduje się w miejscu prawidłowym z prawej lub lewej strony kręgosłupa, a kształtem mało się tylko różni od nerki normalnej; z przeciwległej strony nie ma ani śladu nerki. Natomiast pojedyncza powstaje z nieprawidłowego zlania się dwóch nerek; najniższym stopniem tego zboczenia jest nerka podkowiasta (*ren unguiformis*). W tym wypadku istnieją jeszcze dwie nerki oddzielne prawidłowej postaci, które dolnemi swojemi końcami połączone są z sobą płaskim mostkiem z mięszu nerkowego. Im to połączenie jest grubsze, tém wyraźniejszy jest kształt pojedynczych nerki. Wreszcie zlewają się też obiedwie wnęki, tak że na przedniej stronie znajdujemy jedną tylko wnękę. Nerka pojedyncza znajduje się zwykle niżej i leży najczęściej w okolicy wzdórka kości kryżowej (*promontorium*), rzadziej na zewnątrz linii środkowej podobnie jak nerka nieparzysta. Prócz tego zdarzają się jeszcze rozmaite małe zboczenia w postaci, przyczém należy pamiętać, że nerka noworodków i w stanie prawidłowym posiada postać nieco gruzłowatą, nierówną, jest okrąglejsza i ku górze wyraźnie spłaszczona.

##### 2) Zawał moczowy (kwasu moczowego) u noworodków.

(*Infarctus renalis*).

Zawał moczowy jest odkryciem no wszych czasów; z tym staném zapoznali nas głównie: Vernois, Engel, Schloßberger, Virchow, Hessling i Martin w Berlinie. Przedstawia się pod postacią



złoto-żółtych prążków w piramidach nerek, ściśle zbiegających się w brodawkach nerkowych, a zewnętrzne końce rozbiegają się promienisto. Pod drobnowidzem przedstawiają się w postaci walcowatych słupków które przy silniejszym uciśnięciu rozkruszają się na czerwony proszek, złożony zbezkształtnych moczanów, nabłonka prostych kanalików moczowych, oraz małych romboedrycznych kryształków kwasu moczowego. Przy obecności tych złoto-żółtych prążków w brodawkach nerkowych, znajduje się zwykle i w miedniczce karminowo czerwony proszek przesuwany także do pęcherza moczowego gdzie w najniższej części tegoż osadza się.

Zawał moczowy zdarza się u  $\frac{2}{3}$  dzieci zmarłych po drugim lub przed jedenastym dniem życia. U nieżywo urodzonych nie znajdujemy go prawie nigdy, rzadko u tych które oddychały choćby przez jedną dobę; natomiast trwa on często dłużej nad 11 dni, a nawet znajdujemy go wprawdzie wyjątkowo u dzieci które przeżyły 4—6 tygodni.

Że tu mamy do czynienia nie ze stanem chorobowym, ale fizyologicznym, okazuje się z tego, że częstokroć brak jest wszelkich znaków chorobowych za życia i że tylko wypadkowo zawał moczowy znajduwany bywa u dzieci zmarłych na inne choroby. Zdaniem Virchova zawał moczowy daje się łatwo wytłumaczyć w następujący sposób: bezpośrednio po urodzeniu na skutek oddychania, odbywa się daleko szybsze utlenienie tkanek, którego wynikiem między innymi wypłodami jest także kwas moczowy. Ten wszedłszy w chemiczny związek z zasadami wydziela się przez nerki, lecz nie znajdując tam u noworodków dostatecznej ilości wody do rozpuszczenia, pozostaje w stanie krystalicznym. Wydzielone obficie tym sposobem mocznany osadzają się w prostych kanalikach moczowych, a skutkiem obecności barwików przedstawiają się żółtymi. Wydzielony później moczek w większej ilości, zatem bardziej rozcieńczony, po części rozpuszcza te osady moczanów, po części wypycha je przed sobą jako nierozpuszczone, prowadzi do pęcherza, zkad wydostają się na zewnątrz. Wistocie u większej części noworodków znajdujemy miejscami na pieluszkach czerwony proszek, który przy dokładniejszym zbadaniu okazuje się zawałem moczowym. Z tém objaśnieniem nie zgadza się występowanie choć nader rzadkie zawału moczowego u dzieci nieżywo narodzonych, a więc powyższe objaśnianie co do powstawania zawału nie jest wyczerpujące. Zawał ten należy wprawdzie uważać jako zupełnie fizyologiczne zjawisko, jednak daje on także powód do stanów chorobnych, mianowicie do tak częstego oddawania piasku z moczem

i wytwarzania się kamieni pęcherzowych. Jądro tych kamieni w istocie składa się u dzieci zawsze z kwasu moczowego. Zawał moczowy nie jest bez znaczenia pod względem sądowo-lekarskim, gdyż zarówno jak obecność powietrza w płucach, jest prawie pewnym dowodem życia dziecka, a nawet posiada przed tym ostatnim znakiem jeszcze i tę wyższość, że przy poczynającej się zgniliznie powolniej ulega zmianie. Zresztą zawał moczowy posiadał dotychczas tylko znaczenie anatomo-patologiczne.

### 3) Zapalenie miąższowe nerek.

(*Nephritis albuminosa s. diffusa. Morbus Brightii*)

U dzieci zdarza się prawie wyłącznie ostra forma zapalenia miąższowego nerek (częściej u dziewcząt), a to jako choroba następcza po wysypkach ostrych, zwłaszcza po płonicy. Forma przewlekła jest nader rzadką. Na 324 wypadków zapalenia nerek widzianych pana Steinera, 6 było z przewlekłym przebiegiem (częściej u chłopców). Forma ta nie różni się od formy przewlekłej u dorosłych, dla tego odsyłamy w tym względzie czytelnika do nowszych podręczników i wyborniej monografii Frerichs'a; tu zaś ograniczymy się na opisie tylko ostrzej formy.

**Zmiany anatomiczne.** przy tej chorobie u dzieci spotykane w nerkach są takie, jakie Frerichs przypisuje końcowi 1-go okresu i początkowi 2-go. Nerki są znacznie powiększone, skutkiem zgrubienia warstwy korowej, ciemno-czerwonej, kruchej i łamliwej. Powierzchnia rozkroju jest bardzo wilgotna i powleka się lipkim krwawym płynem surowicznym, przytém jest usiana małemi wyznaczynieniami krwi wielkości główki szpilki. Piramidy o wiele mniejszej ulegają zmianie; nabierają one jednolitego ciemno-czerwonego zabarwienia, skutkiem silniejszego nastrzyknięcia krwią przebiegających w nich naczyń. Powiększenie nerki zależy głównie od wysięku włóknikowego, który wypełnia kanaliki skręcone (*tubuli contorti*) i może być wykazany pod drobnowidzem w płynie wysączającym się z powierzchni rozkroju. Płyn ten przedstawia liczne cylindry wysiękowe, szklisto-przezroczyste lub komórkami nabłonkowemi otoczone i zmętniałe, niekiedy spostrzegać się dają wyraźne krążki krwi. W znacznie mniejszej ilości spostrzegać się dają na polu drobnowidza cylindry pochodzące z prostych kanałików; takowe zwykły znajdować się stale w osadzie moczu za-

wierającego białko. Gdy śmierć nastąpi w początku choroby, to w takich wypadkach mocz jest ciemno-czerwony skutkiem znacznej przymieszki krwi; dopiero po dłuższym trwaniu choroby staje się jasno-żółtym, ciałka i barwik krwi nie wnikają więcej do moczu jednakże białko i cylindry jeszcze dadzą się wykazać. W tym ostatnim wypadku warstwa korowa nerek przedstawia cechy 2-go okresu Frerichs'a; zabarwienie ciemno-czerwone coraz więcej blednieje i staje się z początku miejscami, a potem w ogóle blado-żółte, ciałka krwi w zatłoczonych naczyniach włosowatych ulegają rozpadowi i zostają albo wchłonięte razem z barwikiem lub też dalej wypłukane. Wysięk we wnętrzu kanalików moczowych tkwiący ulega także przemianie wstecznej, cylindry rozpadają się na tłuszczowe ziarenka, zaledwie zachowują pierwotną swoją postać, jednak za naciskiem szkiełka pokrywającego szkło przedmiotowe rozgniatają się. Nerka nie zmniejsza się jeszcze i jest bardzo krucha, torebka łatwo odłuszczyć się daje, a powierzchnia przedstawia się wtedy z lekka ziarnistą. Ten wygląd drobno-ziarnisty powstaje skutkiem niejednostajnego we wszystkich częściach nerek wysysania stłuszczonych pierwiastków anatomicznych i wyplodów chorobnych. Podczas gdy jedna część zapada się i zaczyna zanikać, druga jest jeszcze stężałą od wysięku i zatrzymuje zwiększoną objętość.

Ilość moczu w pęcherzu w wypadkach bardzo ostrych jest nader ograniczoną, natomiast na trupach dzieci które dopiero po kilku tygodniach zmarły, ilość tegoż mogła powrócić do stanu prawidłowego. Prócz tego prawie przy każdym badaniu zwłok dzieci zmarłych na zapalenie nerek, znajdujemy puchlinę tkanki podskórnej i surowicze przesięki w jamie otrzewnej, opłucnej, osierdza, często w połączeniu z zapalnymi wysiękami zwłaszcza z opłucnej. W pozostałych narządach nie znajdujemy u dzieci owych stałych zmian, jakie się zdarzają w formie przewlekłej u dorosłych.

**Objawy.** Pierwsze objawy cierpienia nerek zjawiają się zwykle w chwili największego łuszczenia się skóry w końcu 3 tygodnia płonicy. Dzieci wesole już i oddawna przy dobrym apetycie będące, na raz tracą chęć do jadła, skarżą się na mdłości, następują także wymioty, nie mniej wraca gorączka i osłabienie. Równocześnie twarz staje się obrzmiała, skóra dolnych powiek wypukła się w postaci małych błyszczących woreczków, a w kilkanaście godzin całe ciało obrzmiewa (*anasarca*). Do tego przyłącza się znaczne zmniejszenie ilości moczu, często żywe bóle w okolicy nerek, a w najostrzejszych wypadkach

dzieci dłużej niżeli przez dobę nie oddają moczu i zaledwie przy silnych bólach zdobywają się na kilka kropel stężonej, krwią zabarwionej uryny. Spostrzegane są jednakże wypadki w których ilość tejże nie zostaje bardzo zmniejszoną, a także brakuje przymieszki krwi; wówczas mocz przedstawia się blado-żółty, przezroczysty, na pozór nie okazujący żadnych zmian.

Chemiczne i drobnowidzowe zmiany moczu są takie same jak przy chorobie Bright'a u dorosłych.

Ilość białka w pierwszych dniach przy małej przymieszce krwi jest mniej wydatną niż później i utrzymuje się między 10 i 30 na tyśiąc. Utratę tegoż w przybliżeniu oznaczyć można gotując codziennie pewną ilość w rurce probierczej podzielonej na stopnie i pozostawiając przez 24 godzin ażeby ścięte białko na dno opadło. Z ilości oddanej przez całą dobę uryny można będzie obliczyć w przybliżeniu, ile cent. sz. białka utraconém zostaje. Dokładniejsze wyniki otrzymamy przy pomocy optycznej próby Vogel'a. Wszakże nie zawsze jest to możliwe, gdyż u dzieci zbieranie moczu przez całą dobę połączone jest z trudnościami, z powodu że one prawie zawsze wydalają go jednocześnie z wypróżnianiem kalu.

Cylindry włóknikowe najpewniej dadzą się wykazać przez zlewanie odstającej się powolnie warstwy z nad osadu w stożkowatym wysokim kieliszku; odstala mętna część na samym dnie kieliszka osiadła, poddaje się drobnowidzowemu badaniu, Jeżeli w takowej nie znajdziemy cylindrów, to możemy być pewni że mocz wcale ich nie posiada, we wszystkich jednak wypadkach ostrej choroby Bright'a takowe znajdują się w moczu, który pod drobnowidzem przedstawia gęsto obok siebie i na sobie leżące cylindry. Postać ich i ilość posłuży do dokładnego pojęcia o natężeniu i okresie choroby, gdyż stosownie do jej trwania rozmaicie się przedstawiają. Ilość moczu jak również i soli jest w ogólności zmniejszona, barwika zaś zwykle powiększona: w dalszym przebiegu mocz przybiera znów prawidłowe, słomiano-żółte zabarwienie. Często napotykanе zmętnienie i osady zależą częściej od obecności obfitych cylindrów, częściej od nabłonka i moczanów. Skoro wydalanie białka z moczem trwa przez kilka dni, wówczas puchlina podskórna coraz więcej wzmagą się i niezadługo przyłączają się także objawy puchliny w jamach ustroju. Brzuch wypukła się coraz więcej, opukując go w położeniu siedzącym dziecka znajdziemy zupełne stłumienie odgłosu w niższych częściach, przy położeniu na grzbiecie znajdujemy wyraźne chełbotanie płynu, które zależy prócz tego i od puchliny skóry. Wyraźniejsze jeszcze są objawy wodnej puchliny jamy piersiowej. Od obfitości przesieku

zależy szybkość i utrudnienie w oddychaniu; stopienie przy opukiwaniu wznosi się coraz wyżej, niesłyszemy albo wcale albo słaby tylko szmer oddechowy, a tylko rżenia tu i owdzie są dla ucha więcej przystępne. Z powodu równoczesnego zwykle zebrania się płynu w osierdziu, tętno staje się nieregularne, przepuszczające, małe, stłumienie w okolicy serca powiększa się, a przy zebraniu płynu w jamie opłucnej ściśle oznaczenie granic tępości okolicy serca jest niemożliwym. Przytém wzmagają się duszność nie do opisania, dzieci siedzą w łóżku prosto podobnie jak podległe dławcowi, zasnawszy zaś śpią z przechyloną naprzód głową, częstokroć chwytają rączkami krawędzie łóżka dla umocowania mięśni piersiowych, aby jaknajwięcej rozszerzyć klatkę i oglądają się trwożliwym wzrokiem za otaczającymi od których spodziewają się pomocy.

Wzmagający się wodostek w jamie opłucnej może być przyczyną uduszenia, przylacza się niekiedy obrzęk głośni lub też z powodu wysoko posuniętej choroby nerek zjawiają się przypadłości mocznic (uraemia). Ta ostatnia cechuje się gwałtownym bólem głowy, osłabieniem wzroku, słuchu, śpiączką i majaczeniami. Śmierć może również nastąpić z wyniszczenia przez wymioty i obfitą biegunkę.

Przejęcie formy ostrzej w przewlekłą przy płonicy prawie nigdy nie zdarza się; dzieci albo umierają wkrótce wśród opisanych objawów, lub też po 2—3 tygodniach ilość białka w moczu stopniowo zmniejsza się a ilość samego moczu zostaje powiększoną, puchlina skóry i jam surowicznych stopniowo znika i następuje zupełne wyzdrowienie.

Nie wszystkie wypadki zapalenia nerek występujące wśród przebiegu płonicy i po ukończeniu się takowej wikłają się z puchliną, a raczej w niektórych wypadkach puchlina nie pojawia się, z powodu że śmierć występuje zbyt wcześnie. Tu należy większa część wypadków płonicy kończących się szybko śmiercią wśród drgawek, wymiotów i śpiączki (*coma*), a których niepomysłne zejście często błędnie przypisywanem bywa gwałtowności gorączki, przedwczesnemu zniknięciu wysypki, ostrzej wodnej puchlinie mózgu, ale jeszcze łatwiej natężonemu trującemu działaniu zarazka powodującego płonicę. Przy dokładnem badaniu istoty korowej nerek, w większej liczbie tych nagle śmiercią kończących się wypadków, znajdziemy wybitne zmiany, mianowicie należące do 1-go okresu choroby Bright'a. Wszakże wspomnieć należy że zdarzają się nieliczne wypadki puchliny (*anasarca*) po płonicy, bez zajęcia nerek i bez białkomoczu. Według Frerichs'a ma to być następstwem zaziębnienia podczas okresu łuszczenia się i polegać na porażeniu nerwów naczyń niojących skóry i tkanki łącznej podskórnej.

Pod względem występowania i częstości zapalenia nerek po płonicy istnieją najsprzeczniejsze zdania. Podczas gdy jedni powiadają, że  $\frac{2}{3}$  nawet  $\frac{3}{4}$  wszystkich dzieci chorych na płonicę, zapada na zapalenie nerek, drudzy chcą tę chorobę widzieć daleko rzadziej, mianowicie jeden raz na 20—30 wypadków płonicy. Pierwsi utrzymują, że dosyć jest we wszystkich razach dokładnie badać mocz ażeby wykazać białko, drudzy odrzucają ten zarzut przypisując swoim przeciwnikom przesadę. Jedni i drudzy mogą jednak mieć słuszość, gdyż zależy to przedewszystkiem od charakteru epidemii i stopnia natężenia choroby. W jednych epidemiach prawie wszystkie dzieci chore na płonicę ulegają puchlinie, w innych zledwie kilka na sto.

Rozmaici autorowie podają następujący stosunek pojawiania się puchliny i tak: Haidenham na  $\frac{1}{100}$  wypadków płonicy widział puchlinę u 80, James Miller u 27, Wood w Ednburgu u  $12\frac{1}{2}$ , Rösch u 10, Frerichs 4.

Od kilku lat płonica jest endemiczną w Monachium, ale słabo tylko zarażająca; Vogel leczył przynajmniej 50—60 wypadków, a dopiero 2 razy obserwował białkomocz i to bardzo przemijający.

**Leczenie.** Przedewszystkiem zasadza się na odpowiednim zapobiegawczem postępowaniu, dla tego miejsce w którym zostaje dziecko chore na płonicę, należy starannie zbadać jakie zawiera powietrze, ciepłotę i wilgotność; pokój powinien być suchy, dający się należycie ocieplić, przewietrzyć i być wolny od przeciągu przy otwieraniu drzwi.

Przy ostrój formie mogą być wskazane lekkie środki przeciwpalne zewnątrz, a kwasy fosforyczny lub cytrynowy wewnątrz. Ponieważ wcierania tłuszczu czynią niewątpliwie skórę mniej wrażliwą na zmiany ciepłoty, przeto należy je wykonywać, chociaż one nieprzedstawiają téj korzyści jaką im Schneemann przypisał. Tak należy postępować dopóki łuszczenie się nie ukończy i dopóki dziecko nie zostanie przyzwyczajone do większych zmian ciepłoty przez kilka kąpieli.

Skoro wystąpiła puchlina i białkomocz, należy wystąpić przeciwko zastojowi w nerkach przez pobudzenie innych wydzielin, mianowicie: skóry i kiszek. Z rzędu środków przeczyszczających dajemy najchętniej chlorek dwurteci, olejek rycinowy, później senes, jalapę i kolokwinty unikając solnych środków, gdyż takowe po większej części wsysają się i wydzielają przez nerki. Należy jednakże być bardzo ostrożnym z dziećmi skłonnymi do biegunki, u nich bowiem łatwo nastąpić może obfite rozwódnienia trwające aż do śmierci. Czyn-

ność skóry nader zmniejszoną przez puchlinę można próbować pobudzić małemi dawkami emetyku, albo gdy dzieci są bardzo niespokojne małemi dawkami makowca lub kamfory. Główną baczność zwracać należy na wydzielenie moczu. Przy prawidłowem wydzieleniu prawie wszystkie dzieci zdrowieją mając zapewnioną troskliwą opiekę, wszakże przy zmniejszonym należy takowe pobudzić za pomocą środków moczopędnych a z tych najwłaściwszym i może jedynym który nie wywiera szkodliwych następstw i może być zadawany przez dłuższy przeciąg czasu i bez zakłócenia trawienia jest gąszcz jałowcowy (*Roob Juniperi*), o ile możności świeżo przygotowany. Dzieci zwykle chętnie go przyjmują jeżeli jest osłodzony i wodą rozcieńczony podaje się zaś w ilości 2—3 łyżeczek w ciągu doby. Środek ten zdaje się mieć pierwszeństwo przed naparstnicą, winianem lub octanem potażu. Kąpiele ciepłe w wodzie lub ogrzaném powietrzu za pomocą spirytusowej lampy dopomagają leczeniu. Za napój szczawy alkaliczne.

Zagrażającą mocznicę (*uraemia*) należy zwalczać kwasami roślinnymi, chininą, obwijaniami całego ciała w mokre zimne prześcieradło lub kąpielami ługowemi. Frerichs zaleca kwas benzoesowy, Osborne duże dawki chlorku 2-rtęci. Wymioty uśmierza Steiner przez połykanie kawałków lodu. Przy obfitych biegunkach najskuteczniejszym jest octan ołowiu dziennie 2—3 gran w połączeniu z makowcem. Gdyby puchlina i białkomocz nie ustąpiły po 3—4 tygodniach, co jednak zwykle ma miejsce, wówczas wskazane są leki wzmacniające: garbnik, china i żelazo. Przy małokrwiistości pozostającej po chorobie, wystarcza lekko-strawna pożywna dyeta i świeże wiejskie powietrze.

#### 4) Kamienie nerkowe, gruźliki, rak i torbiele w nerkach.

Chociaż kamieniste złoży w układzie moczopłciowym u dzieci starszych są częste i biorą punkt wyjścia we wspomnianym wyżej fizyologicznym zawale kwasu moczowego, to jednak rzadko tylko wytwarzają się większe kamienie, któreby zdołały wywoływać groźniejsze objawy. W tych wypadkach zdarzają się wyraźne bóle w nerkach, ropiasty osad w moczu i wydalanie małych kamyczków od wielkości główki od szpilki i większych, przy gwałtownych bólach w przebiegu moczowodów i cewki moczowej. Ropa w moczu pochodzi z następczego zapalenia miedniczki nerkowej i z podrażnionej błony śluzowej moczowodów i pęcherza.

**Leczenie.** polega głównie na podawaniu dzieciom obfitęj ilości wody zwłaszcza alkalicznej np. sodowej, selcerskiej; tym sposobem złoży kamyczkowate łatwiej zostają wypłukane, a także rozcieńczony moczu raczej wywoła zmniejszenie złoży aniżeli ich powiększenie się. Dyeta powinna być przeważnie roślinna, silne bóle koją ciepłe kąpiele. Obszerne owrzodzenia w miedniczce nerkowej jeżeli obecnością kamieni zostały wywołane, pobudzają gorączkę przybierającą wkrótce cechę wyniszczającej i następuje śmierć, albo też zajęta chorobnie nerka może zupełnie zaniknąć; wówczas drugostronna przyjmuje zastępczo czynność zanikłej nerki.

Gruźliki w nerkach zdarzają się w dwóch postaciach. Raz nerka współcześnie z innymi mięszszowemi narządami zostaje zajęta gruźlikami prosówkowemi, które prawie żadnych objawów ze strony nerek nie wywołują i znajduwane zostają przypadkowo przy badaniu pośmiertnym, drugi raz gruźlica u chłopców jest więcej miejscową i rozszerza się z gruźliczego jądra na błonę śluzową pęcherza moczowego, moczowodów wreszcie i na nerki. Wówczas znaczna jej część może być zajęta żółtymi serowatemi gruźlikami, i tak przerosła, że powierzchnia staje się wzgórkowatą. Skoro ogniska te rozpadną się i rozplyną to powstają w nerkach jamki, w następstwie zaś tak zwane suchoty nerkowe.

**Leczenie** gruźlicy nerek ogranicza się do występowania przeciwobjawom, podtrzymywaniu sił zapomocą środków wzmacniających i tranu.

Rak w nerkach u dzieci należy do nadzwyczajnych rzadkości, wszakże w szpitalu pragskim na 100,000 chorych cztery razy spostrzegł go Steiner i to dwa razy jako guz pierwotny i w dwóch wypadkach następczy. Pojawia się on jako *carcinoma medulare* lub pod postacią *fungus haematodes*. Te 4-ry wypadki Steinera dotyczą dzieci od 3—5 roku życia; Bednar widział go u 4-ro miesięcznego a Möhl u 9-cio miesięcznego niemowlęcia.

**Leczenie** ogranicza się do podtrzymywania odżywiania i uśmierzania bólów.

Torbiele (*Hydronephrosis*) są bardzo częste w nerkach i niekiedy z życia wewnątrzmacicznego początek swój datują. Znane są wypadki, gdzie skutek torbieli nerkowych brzuch dziecka był tak powiększony, że stanowiło to przeszkodę podczas porodu.

Pojedyncze torbiele wielkości ziarna konopnego do wielkości wiśni, znajdujemy bardzo często przy badaniu zwłok. Leżą one zawsze



bardzo powierzchownie w istocie korowej i są wypełniane zwykle przezroczystym płynem surowicznym. Płyn ten zawiera małą ilość białka a wyjątkowo i części składowe moczu, to jest: mocznik i kwas moczowy. Za przyczynę tych torbieli przyjmują powszechnie zatkanie niektórych kanalików nerkowych zawałem moczowym, później także wapiennymi złoгами, wynaczynioną krwią i cylindrami włóknikowemi. Worek akcephalocysty i złożone cystoidy są bardzo rzadkie w nerkach dzieci, możemy je przeto pominąć.

## B. Pęcherz moczowy.

### 1) Wady rozwoju.

A. Zupełny brak pęcherza moczowego bardzo rzadko się zdarza, i zwykle wspólnie z wadami rozwojowemi innych narządów. Moczowody w takich wypadkach otwierają się do pępka odbytnicy lub pochwy. Częściej zdarza się:

B. Rozdzielenie pęcherza moczowego (*Prolapsus s. defectus s. ectopia, inversio vesicae urinariae*). Pod temi nazwami rozumiemy brak przedniej ściany pęcherza i odpowiedniej części ściany bocznej, przy uwydatnieniu się tylnej jego ściany. Odróżniane bywają dwie odmiany rozdzielenia: całkowite i częściowe.

W pierwszej odmianie szpara w ścianie bocznej rozciąga się od pępka do kk. łonowych i części płciowych zewnętrznych, w drugiej zaś pępek jest wykształcony, części płciowe są prawidłowe a tylko powstaje mały otwór w przedniej ścianie brzucha. U noworodka w okolicy pęcherza moczowego znajdujemy mocno czerwoną, wielkości talara i większą przerwę w pokrywach brzucha, ostro ograniczoną pierścieniem ze skóry. Dopiero po urodzeniu szpara ta utworzona przez tylną ścianę pęcherza, wypukła się na zewnątrz przy działaniu tłoczni brzusznej podczas krzyku dziecka lub wypróżniania kału i przedstawia się wówczas jako miękki chełboczący guz z wejrzenia podobny do mięsa. Guzowatość ta jest ciągle wilgotną i śliską, u dołu z obydwóch stron posiada małe wyniosłości najbardziej uwydatniające się po uniesieniu guza nieco ku górze. Przy dłuższem przyglądaniu się można zauważyć, że z punktów tych wypływa mocz kroplami, szybko ulega rozkładowi i wywiązuje się węglan ammonowy dający się poczuć po właściwej gryzącej woni.

Z postępem czasu, mianowicie po kilku latach obrączka skórna wznosi się po nad wystającą część ściany pęcherza, a tym sposobem guz zmniejsza się, wszakże pozostaje jeszcze obnażoną znaczna część błony śluzowej pęcherza, która stopniowo traci właściwe sobie cechy, staje się powyżej moczowodów suchą, zbitą, twardą, niewrażliwą, część zaś znajdująca się poniżej moczowodów, częstokroć zostaje obnażoną (z nabłonka) wskutek ustawicznie odpływającego amoniakalnego moczu i nabiera grzybiastego wyglądu.

Zupełne rozdzielenie pęcherza moczowego zwykle dosięga części płciowych. Prącie jest bardzo krótkie w pobliżu wywinięcia pęcherza, i całkowicie lub tylko w części rozszczepane, w ostatnim razie wydaje się jakby było rozszczepane od kanału moczowego ku górze, tak że cewka nie przedstawia się pod postacią kanału otwartego lecz pod formą rowka otwartego ku górze. Przy szparach pęcherza daleko sięgających, wisi obustronnie dłuższy przyrosek, rozszczepane prącie; rozdzielenie niekiedy dosięga aż do moszen, a wówczas odróżnienie płci może nastęrczać trudności, tém więcej, jeżeli jądra pozostają jeszcze w jamie brzusznej jak to zwykle się zdarza. U płci żeńskiej spostrzegane bywają analogiczne rozszczepania, łechtaczka jest rozdwojona, większe i mniejsze wargi sromnerozwarte, pochwy może zupełnie brakować, krocze jest bardzo krótkie, otwór stolcowy leży tuż za częściami płciowymi zewnętrznymi, a nawet niekiedy o tyle przesuwają się ku przodowi, że się otwiera do tylnej ściany pęcherza, wówczas kał dostaje się na zewnątrz przez wypukłony pęcherz. Przy tak wielkim rozszczepaniu gałęzie poziome kości łonowych istnieją tylko jako ślad, kończą się wprost tuż w pobliżu pęcherza wypuklającego się, albo też końce ich są z sobą złączone z tyłu pęcherza za pomocą wązkiego więzu. Miednica jest bardzo szeroka w wymiarze poprzecznym, zwężona w wymiarze prostym czyli przednio-tylnym, kość krzyżowa i ogonowa silnie ku przodowi wygięte. Zboczenia te w budowie kości miednicy pociągają za sobą krótkość krocza i znacznie wysunięcie odbytu od tyłu ku przodowi. Skutki tego cierpienia są rozmaite, stosownie do obszerności rozszczepania. Odrażliwa woń rozkładającego się moczu zwykle nie odstępować takich chorych, w około zaś ujść moczowodów istnieją ustawicznie obnażenia błony śluzowej z naskórka. Rozszczepaniu prącia lub niedokładnemu rozwojowi pochwy towarzyszy zwykle niezdolność płodzenia po dojściu do dojrzałości, zresztą dzieci takie są zupełnie do życia zdolne, a znane są w nauce wypadki że przeżywały 40 lat wieku. Huxham opisuje bardzo interesujący wypadek wypadnięcia

pęcherza i utworzenia się kloaki u niewiasty, która wstąpiwszy w związki małżeńskie w 25 roku życia, zaszła w ciążę i odbyła poród. Co się tyczy sposobu powstawania wywinięcia pęcherza rozliczne istnieją przypuszczenia, najprawdopodobniejszym zdaje się być podane przez J. Müllera. Zdaniem tegoż autora, pęcherz moczowy powstaje nie przez zawrócenie się jednego listka, lecz przez stopniowe rozszerzanie się worka oddzielającego się razem z pomoczownikiem (*urachus*) od zatoki moczopłciowej (*sinus urogenitalis*). Pomoczownik również nie powstaje przez zawrócenie się listka, ale stanowi tylko szyjkę owodną, która pierwotnie jako pęcherzyk wyrasta z kanału kiszkiowego. Na tej zasadzie wnosi, że w braku przedniej ściany pęcherza nie mamy do czynienia z powstrzymaniem w rozwoju czyli nie z pozostaniem pęcherza moczowego na ówczesnym stopniu rozwoju, lecz z przerwaniem pęcherza wydarzającym się podczas życia płodowego, w chwili kiedy powłoki brzuszne nie są jeszcze zupełnie utworzone. Przerwanie to prawdopodobnie musi być wywołane trwałą lub czasową nieprzewodnością cewki; zbierający się wówczas mocz w pęcherzu rozszerza go do tego stopnia, że wreszcie pęcherz pęka w okolicy między pępkiem i zewnętrznymi częściami płciowymi. Najłżejszy stopień tego z niepodobnienia jest epispadia, odpływ moczu na górnej powierzchni prącia albo powyżej sromu, zwykłym jednakże następstwem jest większy otwór między pępkiem i spojeniem łonowym.

Leczenie jedynie drogą operacyjną jest możliwe przez okrwawienie brzegów, nałożenie szwu i to w razach gdy kanał moczowy jest przewodni, wszakże nawet i w tym rzadkim zresztą wypadku, operacja bywa zwykle udaremnioną, z powodu ustawicznego stykania się moczu z powierzchnią rany. Zwykle pozostaje przeto ograniczyć się na zapobieganiu powstawania obnażeń skóry przez utrzymywanie największej czystości, smarowanie okolicznych części obojętnym tłuszczem np. oliwą i gojenia zdarzających się owrzodzeń; u dzieci starszych udaje się zapobiegać rozkładowi moczu za pomocą przyrządu Earc'a. Składa się on z próżnego naczynia srebrnego do którego prowadzi rurka katczukowa kranem zamykana. Przyrząd ten podwójną opaską przepuklinową podtrzymywany, nakłada się na wypukłony pęcherz.

C. Wytworzenie się kloaki. Ponieważ o łączności odbytnicy z pęcherzem moczowym była już mowa przy wadach rozwojowych odbytnicy, dla tego zostaje tu pominięta.

## 2) Nieżyt pęcherza. Zapalenie pęcherza.

(*Cystitis*).

Jest to choroba rzadka u dzieci. Zdarza się ona wskutek zewnętrznych obrażeń lub ostrych kamieni pęcherzowych, po nadużyciu much hiszpańskich, a wreszcie w końcu ciężkich chorób, durzycy, cholery, ospy.

**Zmiany anatomiczne.** Wspomniane przyczyny wywołują prawie zawsze zapalenie samej błony śluzowej czyli nieżyt pęcherza, a tylko zewnętrzne obrażenia mogą wywołać w rzadkich wypadkach zapalenie surowiczej blaszki pęcherza (*cystitis serosa*) lub zapalenie około pęcherzowe (*pericystis*) wiotkiej tkanki łącznej otaczającej pęcherz.

Naczynia błony śluzowej uległej zapaleniu są mocno nastrzyknięte, przy dłuższym trwaniu choroby brunatno-szaro zabarwione, sama zaś błona jest zgrubiała, na dnie pokryta grubą warstwą śluzu; zdarzają się także obnażenia, wrzody i wypuklenia, największe zmiany powstają zawsze przy obecności kamienia z ostremi ścianami.

Objawy ze strony pęcherza w niektórych wypadkach mogą rozwijać się bardzo szybko, jakto daje się spostrzegać u dzieci wrażliwych na przetwory z much hiszpańskich, np. już po upływie 12 godzin po przyłożeniu plastru; natomiast w obec kamieni pęcherzowych choroba rozwija się bardzo nieznacznie, objawy jej to uśmierzają się, to znów z czasem wzmagają się. Objawami stale towarzyszącymi są: nadczołość i ból w okolicy pęcherza, krocza i cewki, ustawiczne napięcie na mocz, bolesne oddawanie kroplami ciemnego, mętnego, nawet krwawo zabarwionego moczu. W wypadkach bardzo natężonej choroby, która jednakże prawie nigdy u dzieci się nie zdarza, następuje zupełne wstrzymanie moczu, rozszerzenie pęcherza, gorączka, objawy jakby durzycowe i zapalenie otrzewnej, śpiączka, wymioty massami zielonemi, upadek sił, obfite poty etc.

W moczu znajduje się zawsze znaczna ilość nabłonka z pęcherza, śluz i ropa; przedstawia się on serwatkowato mętnym, nie wyjaśnia się całkowicie nawet przy dłuższym staniu i wydaje gruby płynny ciągnący się osad. Mocz rozkłada się bardzo szybko, wydziela gazy ammoniakalne a srebrne narzędzia brunatno barwi. Przy błonicowym zapaleniu pęcherza spostrzeganém tylko w szpitalach źle przewietrzanych i powikłaném z błonicą błon śluzowych innych narządów, przy

gwałtownych napieraniach odchodzą także z moczem większe płatki, które pod drobnowidzem wykazują się być błonicowym wypludem.

Przebieg zapalenia pęcherza bywa bardzo rozmaity, stosownie do wywołujących go przyczyn. Najszybciej i najpewniej ustępuje zapalenie wywołane plastrzem much hiszpańskich; po kilku dniach mocz staje się w takich wypadkach przezroczystym, oddawanym bywa bez bólu, a cała sprawa znika bez śladu. Dłużej trwa zapalenie pęcherza pojawiające się przy końcu ciężkich chorób, wszakże i tu po kilku tygodniach ustępuje, jeżeli ustrój jest w stanie przenieść chorobę i wzmocni się.

Rokowanie w zapaleniu pęcherza wynikiem wskutek zewnętrznych przyczyn zależnym jest od ciężkości obrażenia, przyczém zawsze pamiętać należy, że odpowiednio wysokiej sile odnowy materii u dzieci, nawet silne obrażenia nadszpodziewanie prędko leczą się mogą. Najcięższém będzie rokowanie w zapaleniu podtrzymywaném przez kamienie tkwiące w pęcherzu; wszakże niekiedy zdarza się, że pomimo obecności kamieni nieżyt pęcherza ustępuje, a to jest możebnym w razach gdy kamień posiada zupełnie gładkie ściany. Zwykle jednak objawy zapalne trwają tak długo, dopóki kamień tkwi w pęcherzu i ustępują dopiero z chwilą gdy się uda tenże usunąć.

Rozwój umysłowy i cielesny dzieci uległych nieżyłowi pęcherza skutkiem obecności w tymże kamienia, zostaje upośledzonym, dla tego w razach niewątpliwego rozpoznania, nie należy zwlekać z usunięciem kamienia drogą operacyjną, tém więcej, że u dzieci operacja ta daleko jest łatwiejszą i lepsze daje rokowanie a niżeli u osób dorosłych.

**Leczenie.** Najważniejszym wskazaniem jest usunięcie przyczyny. I tak, skoro objawy nieżyłu pęcherza wybuchły po przyłożeniu plastru z much hiszpańskich, należy go bezwzględnie odjąć: Wszakże nie rzadko się zdarza, że przyszczydło powoli działające pozostaje na ciele przez kilka dni, bez pobudzenia znacznych zmian miejscowych, odróżnie jednak występują bóle w pęcherzu, a osoby otaczające nieświadome rzeczy, niedomyślają się wcale ścisłego związku między plastrzem i gwałtownymi niepokojącymi objawami. Celem zmniejszenia drażnienia dróg moczowych należy podać choremu dziecku mleczankę migdałową lub napar nasienia lnu, albowiem za pomocą tychże mocz zostaje rozcieńczony i uboższy w sole, do czego dopomaga ograniczenie w dyecie do łatwo strawnego pokarmu.

Dla przekonania się czy mocz nie nagromadza się zbyt znacznie w pęcherzu należy ściśle kontrolować oddawaną ilość tegoż i często

opukiwać okolicę pęcherza. Jeżeli odgłos nad kośćmi łonowymi w dolnej części brzucha będzie słyszany na znaczniejszej przestrzeni, to bezwzględnie przystąpić wypada do wypuszczenia moczu za pomocą cewnika, który nie powinien nigdy przez dłuższy przeciąg czasu zostać w kanale, z powodu że przystęp powietrza wnikającego do pęcherza po odpłynięciu moczu, może przyczynić się do wzmożenia zapalnych objawów.

Leczenie wewnętrzne ma na celu pobudzenie wydzielni kiszkiowych i wydalanie kału. Najwłaściwszym zdaje się tu być chlorek 2-rtęci w ilości kilku 1 granowych dawek, środków solnych należy unikać. Dla usunięcia przykrego objawu jakim jest napieranie na mocz, skutecznymi się okazują wilgotne ciepłe okłady na okolicę pęcherza, przy bezsenności zalecamy przetwory makowca i wodę z gorzkich migdałów. Forma przewlekła niezytu uśmierza się częstokroć przy użyciu leków ściągających np. kilku gran taniny dziennie lub ściągających wstrzykiwań do pęcherza. Obecność kamieni wymaga w każdym razie ich usunięcia na drodze operacyjnej.

### 3) **Mimowolne nocne oddawanie moczu.**

(*Enuresis, Incontinentia urinae, Mictio involuntaria*).

Ustawiczne wydalanie moczu kroplami i zupełne mimowolne oddawanie tegoż, zdarza się u starszych dzieci tylko wtedy, gdy istnieją znaczne zmiany w mózgu przy idiotyzmie i przewlekłej wodnej puchlinie mózgu. Stan ten polega wówczas na istotnym porażeniu pęcherza, zarówno błony mięsnej jak i szyjki tegoż, przez co pomimo obfitej ilości moczu w pęcherzu, uryna zawsze tylko kroplami odcieka tak we dnie jak i nocną porą i ma zupełnie inne znaczenie od nocnego oddawania moczu do łóżka u dzieci zresztą dobrze rozwiniętych. To ostatnie zdarza się daleko częściej u chłopców niż u dziewczynek i trwa powiększej części aż do 12 roku życia, w wyjątkowych razach nawet do lat dojrzałości. Stan ten nie zależy wcale od znacznych miejscowych, ani też mózgowych zmian, gdyż inaczej nie ustępowałby zawsze i nie przestawałby wśród dnia. Zdaje się że w tej odmianie istnieje albo osłabiona wrażliwość pęcherza na pobudzenie jak zwykle mocz wywołuje, w skutek czego drażnienie to podczas snu nie udziela się dokładnie wiedzy, albo też sen musi być tak głęboki, że zwykłe pobudzenie pęcherza wypełnionego moczem nie wystarcza do obudzenia dziecka ze snu. Zatem ostatniem pojnowaniem w mowie

będącego stanu przemawia ta okoliczność, że małe dzieci dokładnie opowiadają jak śniło im się, że siedziały na nocniku i oddawały mocz w zwykły sposób. Zwykle dzieci raz oddają mocz w łóżko i w pierwszych godzinach po zaśnięciu. Vogel różni się w przypuszczeniu jakoby przyczyną bezwiednego oddawania moczu w łóżko nocną porą było lenistwo, przyzwyczajenie lub nieuwaga; w wielu wypadkach spostrzeganych przez niego, dzieci starały się same własnym poczuciem lub skutkiem zagrożonych kar uniknąć tego nieprzyjemnego objawu, a jednak bez odpowiedniego leczenia udaje im się to dopiero po wielu miesiącach lub nawet latach osiągnąć. Również nie potwierdza się mniemanie niektórych autorów, że chemiczne zmiany moczu są przyczyną stanu w mowie będącego. Vogel w 3-ch wypadkach badał chemicznie mocz, jednakże nie znalazł żadnych nieprawidłowości.

Natomiast większa część tych dzieci nie cieszy się pożądanem zdrowiem i podlega zwykle rozmaitym formom zolzów, podpadają krzywicy, lub cierpią na wnetrzaki. Bretonneau i Troussau, uważają za przyczynę nerwicę szyj pęcherza, inni zaś osłabienie i atonię zwieracza, niemniej zauważyć się daje wpływ dziedziczności. Następstwa tego stanu jakkolwiek nie są niebezpieczne jednakże są dość niepomyślne, gdyż cierpi przytém głównie rozwój umysłowy. Poczucie godności dzieci osłabia się znacznie przez liczne kary jakim podlegają, stają się bojaźliwe, skłonne do kłamstwa i nie nabierają osobistej odwagi. Jeżeli nie będzie utrzymywana wielka a przez to kosztowna dosyć czystość, to łóżko a wkrótce i cały pokój nabiera nieprzyjemnej woni rozkładającego się moczu, trudnej do usunięcia, powietrze zanieczyszcza się gazami, które wcale niewpływają korzystnie na przemianę materyi. Wreszcie wskutek drażnienia moczem rowijają się u dzieci głębokie, trudno leczące się owrzodzenia na pośladkach i na dolnych kończynach. Z postępowaniem czasu stan ten ustępuje zwykle po zmianie zębów a tém więcej z wiekiem dojrzałości płciowej, niekiedy jednak trwa do późnych lat Durzyca, wysypki ostre etc. wstrzymują wprawdzie na czas ich trwania oddawanie mimowolne nocne moczu, ale nie usuwają go w zupełności.

Leczenie przyczynowe może być koniecznem w razie wyraźnych objawów czerwów w kiszkiach, zolzów lub nerwowej nadczułości. Stosownie zatém do przyczyny dajemy środki przeciw czerwiowe, tran, jodek żelaza, przy niedokrewności żelazo, chinę. Leczenie to wspomagają zimne lub aromatyczne kąpiele, za temi ostatniemi przemawia głównie Lallemand; poleca on 4—5 pełnych garści aromatycznych ziółek wymacerować na gorąco w nakrytém naczyniu, wlać ten odwar

do kąpeli, dodać szklanek wódki i przykryć waniekę, tak aby tylko głowa dziecka na zewnątrz pozostała. Dzieci zostają przez kwadrans do pół godziny w kąpeli, a po kilku takich można podwoić ilość ziółek i wódki. Kąpiele powinny być powtarzane codziennie lub co drugi dzień przez kilka tygodni, do uleczenia częstokroć wystarczających. Wleczeniu dyetetycznym powinno się zwrócić uwagę na to, aby dzieci na kilka godzin przed pójściem spać nie przyjmowały nic płynnego, przez co wydzielenie moczu zmniejsza się, a gdy nawet moczu oddany będzie w nocy do łóżka, zawsze ilość jego nie będzie obfitą. Ponieważ przekonano się że dzieci zawsze urynują pod siebie gdy leżą na grzbiecie, a nie robią tego leżąc na boku, przeto należy się starać aby zasypiały w tém ostatniem położeniu. Celem zapobieżenia zmiany pozycji w położeniu na grzbiet podczas snu, dobrze jest zawiązać na ciele chustkę z twardym węzłem, który przypada na kolumnę kręgową; skoro we śnie obróci się na grzbiet, budzą się zaraz, doznając bólu od nacisku węzła.

Jakkolwiek zastosowanie tego zdaje się być bardzo proste, wykonanie zwykle nie udaje się, z powodu że dzieci nie znoszą tak mocnego opasania ciała, aby węzeł przez całą noc nie zsunął się. Pomimo zatém téj ostrożności oddają moczu w łóżko, a podniosłszy ich przekonywamy się że węzeł zsunął się na bok.

Nigdy lekarz nie powinien radzić aby dzieci psychicznym i cielesnym karom poddawano. Przekonano się że chociaż środki te były stosowane poprzednio, to jednakże bezskutecznie, zanim wezwano pomocy lekarza. Tém mniej zalecać można środki zatrważające, zagrażające użyciem żelaza rozpalonego według Boerhave'go i Casper'a, gdyż wywiera to bardzo szkodliwy wpływ na układ nerwowy.

Ze środków wewnętrznych dwóm szczególniej przypisywano zbawienne działanie, mianowicie: wyciągowi z belladony i nasion kuleczyby. *Extr. belladonae* podaje się 2 razy dziennie po  $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{6}$  grana powiększając dawkę aż do rozszerzenia źrenicy. Przytém leczeniu wprawdzie oddawanie mimowolne moczu w łóżko ustępuje na kilka dni, jednak powroty są zwykłe, a nie można zalecać zbyt długo używać większych dawek tego przetworu. Skuteczniejsze o wiele działanie widział Vogel od azotanu strychniny (*Strichn. nitric.*); a nawet oddaje mu pierwszeństwo przed wyciągiem spirytusowym kuleczyby (*Extr. nuc. vom. spirit.*) albowiem ilość strychniny w tym ostatniem nie jest stałą i stopniowe powiększenie dawki, daje mniej pewności co do uniknięcia objawów zatrucia. Najlepiej zadawać azotan strychniny pod formą proszku roztarty z cukrem. Dzieciom starszym nad 3 lata,



zadaje V. najprzód  $\frac{1}{32}$  grana, potem  $\frac{1}{24}$  i t. d. aż do  $\frac{1}{8}$  gr.; w zapasie należy mieć mocną kawę, która najpewniej usuwa możliwe drgawki, jako pierwsze objawy zatrucia. Przytém leczeniu w 8—14 dni częstokroć osiągamy cel pożądaný, jakkolwiek nie zawsze trwały.

Próba związania tasiemką prącia, a przez to uniknięcia odpływu moczu sposobem czysto mechanicznym jest niewykonalna, z powodu że powstaje przeto obrzęk i naprężenie członka. Vogel cytuje wypadek dotyczący chłopca który z obawy kary jakiej ulegał z powodu oddawania moczu do łóżka, związał sobie prącie tak silnie, że nazajutrz nie mógł rozwiązać węzła, rozwinęła się miejscowa zgorzel i przetoka cewki moczowej.

#### 4) Zatrzymanie moczu.

(*Ischuria*).

Zatrzymanie moczu stanowi u dorosłych i u dzieci tylko objaw rozmaitych stanów chorobowych, nie zaś samodzielną chorobę. Ztąd odróżniają zatrzymanie moczu bezwładowe, kurezowe, zapalne, organiczne i mechaniczne (*Ischuria paralytica, spastica, inflammatoria, organica et mechanica*). Drażliwe dzieci cierpiące na wzdęcia i kolki, niekiedy dłużej jak przez 12 godzin wcale nie oddają moczu, przez co osoby otaczające podlegają obawom. Dzieci są przytém bardzo niespokojne, wydają krzyki urywane, ściągają nóżki do brzucha i ssą pierś przez krótki tylko czas; przyjmując małą ilość napoju, tém dłużej nie oddają moczu. Cierpienie jest przytém nieznaczne i zwykle nie zachodzi potrzeba pokonywania rzeczywistych mechanicznych przeszkód. U dzieci kilkotygodniowych należałoby uwzględnić odchodzenie zawału moczowego w postaci małych czerwonych po części ostrograniastych ziarenek.

**Leczenie** jest bardzo proste, gdyż za pomocą skrzywionego i naolejonego zgłębnika do pęcherza wprowadzonego, jesteśmy w możności w każdym wypadku wydalić mocz. Dla uniknięcia następnego kurczu pęcherza, poleca się położyć na okolicę tegoż woreczek z rumiankiem, który w praktyce u dzieci posiada daleko wybitniejsze działanie aniżeli u dorosłych.

### 5) Kamienie w pęcherzu moczowym.

(*Calculi vesicae urinae, Lithiasis*).

Choroba ta jest u chłopców stosunkowo bardzo częstą. Prawie 40% wszystkich chorych ulegających operacji kamienia, są to dzieci poniżej 10 lat, jak się to pokazuje ze statystyki Prou't'a, który podał sprawozdanie z 1256 operacji dokonanych w wielkich szpitalach w Bristol, Leeds i Norwich. Powody téj częstosci leżą: 1) w fizjologicznym zawale moczowym, z którego pojedyncze ziarnka mogą łatwo pozostać w pęcherzu, stanowiąc jądro dla późniejszego kamienia, 2) w znacznej ilości fosforanów znajdujących się w moczu dzieci krzywicowych. Mocz u tych ostatnich staje się tak obfitym w fosforany i węglan wapna, że zmoczona tymże podłoga, po ulotnieniu się płynnych części, pozostawia wydatną warstwę białego proszku.

U dzieci zdarzają się wszystkie rodzaje kamieni pęcherzowych, złożone z moczanów, szczawianów i fosforanów, zawierające kwas moczowy i jego sole, są dość twarde, gładkie, zwykle brunatno-żółto zabarwione, z powodu że barwik moczu strąca się prawie zawsze razem z osadami kwasu moczowego, stanowiąc zwykle jądro kamienia, podczas gdy zewnętrzne warstwy przedstawiają inny skład chemiczny. Kamienie złożone z fosforanu wapna i potrójnych fosforanów, są zwykle miękkie, jaśniejsze, lżejsze lecz szorstkie na powierzchni. Szczawiany bardzo rzadko zdarzają się u dzieci, są najtwardsze, brunatne i gruzelkowate, na powierzchni brodawkowate, ztąd téż nazywają się kamieniami morwowatemi. Kamienie z cystyny oraz z węglanu wapna nader rzadko bywają u dzieci spotykane. Wspomniane dopiero co odmiany niekiedy mieszają się z sobą, jądro zwykle składa się z kwasu moczowego, zewnętrzne zaś warstwy z fosforanów. Najczęściej znajduje się jeden tylko kamień w pęcherzu, a jeżeli mieści się w nim kilka, to na podobieństwo kamieni żółciowych ściany ich zeszlifowują się wzajemnie. Gładkie kamienie są bardzo ruchome, szorstkie a tém bardziej spiczaste umieszczają się trwale w jakim bądź miejscu pęcherza na błonie śluzowej.

Następstwa obecności kamieni w pęcherzu moczowym są rozmaite stosownie do wspomnianych warunków. Zdarzają się chorzy, którzy nie cierpią na niżyt pęcherza i są prawie wolni od wszelkich dolegliwości, u innych natomiast, oddawanie mętnego białkowego moczu połączone jest z silnymi bólami, a począwszy od szyjki pęcherza niży-

tém zajętej, rozpromieniają się odśrodkowe bóle ku odbytnicy, prąciu i udom.

**Objawy.** Dla dokładnego oznaczenia obecności kamienia w pęcherzu, niekiedy potrzeba wielkiej wprawy i baczności, zwłaszcza że rozpoznanie musi być pewne, aby można było przedsięwziąć ważną i życiu zagrażającą operację. Według Pithy najpewniejsze znaki są następujące:

1° Przedmiotowe uczucie ciężkiego, ruchomego ciała w pęcherzu, które to ciało w miarę zmiany położenia, także zmienia swoje miejsce, co jednakże rzadko się spotyka u dzieci-

2° Bóle w szyjce pęcherza przy staniu, chodzeniu, siedzeniu, napieraniu na stolec, znikające przez dłuższe spokojne leżenie, wzmagające się zaś niezmicznie przez forsowne ruchy, bieganie, jeżdżenie w pojeździe lub wierzchem, skutkiem czego istniejący niezbyt pęcherza także znacznie się pogorsza, a przez znaczniejsze obrażenia błony śluzowej i naczyń krwionośnych mocz może być krwawo zabarwionym.

3° Bóle te często równie silnie dają się uczuwać na wierzchołku prącia i w przebiegu cewki moczowej, co bywa powodem, że chłopcy ciągle trzymają prącie w rękach, wreszcie dopuszczają się samogwałtu, który ze swjej strony bywa przyczyną nadmiernj wielkości prącia i wydłużenia napletka, o czém wyżej wspomniano.

4° Ból i utrudnianianie przy wypuszczaniu moczu. Ból staje się najsilniejszym ku końcowi i trwa jeszcze później dość długo. Niekiedy strumień odrażnie się przerywa, a powraca dopiero wtedy, gdy dziecko położyło się lub zmieniło pozycję. Dzieci opisują wówczas wyraźnie uczucie obcego ciała zatykającego ujście z pęcherza, które to ciało przez zmianę położenia ustroju zsuwa się w inne miejsce.

5° Najważniejszych danych dostarcza zawsze badanie za pomocą zgłębnika. Odgłos dający się słyszeć jaki wydaje zgłębnik wprowadzony do pęcherza, nie może zależeć od niczego innego, jak tylko od kamienia. Po dźwięku mniej lub więcej jasnym oraz z dotknięcia kamienia, można do pewnego stopnia wnosić o twardości, gładkości i ruchomości tegoż. Im kamień jest mniejszy, tém oczywiście trudniejsze jest jego wyszukanie; niekiedy trzeba badać chorych w różnych położeniach: stojącym, siedzącym, w położeniu na brzuchu lub na boku, przy wypełnieniu zupełnym lub do połowy pęcherza, dopóki nie zdołamy namacać kamienia zgłębnikiem. Niekiedy udaje się wyśledzić go palcem wprowadzonym do odbytnicy. Badanie za pomocą zgłębnika rzadko dokonać się daje u dzieci bez znieczulenia chloroformem.

Przebieg choroby jest prawie zawsze ten sam. W bardzo rzadkich tylko wypadkach kamienie większe nieco od ziarna bobu, wysuwają się przez cewkę na zewnątrz, jeszcze rzadziej wydalają się one po owrzodzeniu i przedziurawieniu pęcherza przez odbytnicę, pochwę lub międzykrocie.

Jeżeli sztuka nie przyjdzie w pomoc, to chorzy zatrzymują kamień pęcherzowy do końca swego życia, mogącego do wielu lat przeciągnąć się wśród ustawicznych dolegliwości. Wreszcie dzieci wyniszczają się gorączką trawiącą, brakiem apetytu, bezsennością i w końcu zmierają, albo też zjawiają się przypadłości mocznicowe (*uraemia*) i zapalenia nerek, które szybko śmierć sprowadzają.

**Leczenie.** Jedyném wskazaniem jest oddalenie kamieni z pęcherza. Probowano tego już najrozmaitszemi środkami wewnętrznemi, tak zwanemi *lithotriptica* i bezpośrednio nastrzykiwaniem do pęcherza; jednakże wypada nadmienić, że działanie środków kamienie rozpuszczających jest bardzo zawsze wątpliwe. Zalecają również rozmaite kąpiele, głównie w Vichy, Kreuznach, Eger etc.; z pomiędzy leków węglany alkaliczne, fosforan amonowy, liście mącznicy lekarskiej (*Fol. uvae ursi*), wreszcie także elektromagnetyzm i wstrzykiwanie płynów solnych, które w stanie stężonym mogłyby jeszcze rozpuścić kamień, wszakże nie możnaby ich w ten sposób wprowadzać do pęcherza. Mechaniczne wydobywanie kamienia przez cewkę, udaje się tylko w razie, gdy kamień jest mały i to u płci żeńskiej. Cewka męzka nie jest do tego właściwa z powodu swjej wąkości i długości. Dla gruntownego zatem uleczenia pozostaje jedynie pomoc chirurgiczna, mianowicie: kruszenie kamienia a gdy to niemożliwe, przecięcie pęcherza. Opisanie tych operacji i wybór należy do chirurgii, czytelnika odsyłamy w tym względzie do wyborowego opisu Pithy w dziele o chorobach narządu płciowego męzkiego oraz do szczegółowej patologii i terapii Vircho w a.

## C. Choroby narządu płciowego męzkiego.

### I. P r ą c i e.

#### 1) Wady rozwojowe.

α) Wrodzona stulejka (*phimosi congenita*). Jestto wrodzone tak znaczne przedłużenie a zarazem wąkość napletka, że się nieda przesunąć przez żołądz prącia. Pewien stopień tego stanu jest fizyologicznym u małych chłopców, tak że rzadko tylko napletek

da się tak odprowadzić, aby odkrył żołądz zupełnie, zwykle zaś napletek o tyle daje się z prącia zsunąć, że ujście cewki i zaledwie najbliższe części ujścia uwydatniają się. Wrodzona stulejka wtedy ma miejsce, gdy napletek nie daje się odprowadzić do ujścia cewki. Następstwa tego stanu są zwykle bardzo nieznaczne; otwór w napletku jest dość obszerny, aby mocz mógł odpływać strumieniem, z postępem czasu, ten zbyt długi napletek przestaje rosnać, wierzchołek żołądzi staje się widocznym i wszystko tak się wyrównywa, że w okresie dojrzałości nie ma śludu cierpienia. Niekiedy wskutek nieczystości, obrażenia żewnętrznego lub w skutek zapalenia pozostaje znaczne obrzmienie napletka; wówczas mocz nie może przepłynąć przez otwór zwężony skutkiem obrzmienia. Napletek wypukła się w postaci pęcherza, zmienia swoją barwę prawidłową, dzieci są bardzo niespokojne i wydalają przy gwałtownych bólach zaledwie kilka kropel moczu z otworu prawie zupełnie zamkniętego. Widziano nawet zgorzel napletka. Zdarzające się niekiedy mocne zrosty wewnętrznój jego blaszki z żołądźią zwykle nie są wrodzone, lecz są następstwem poprzednich spraw owrzadzających na tych częściach.

**Leczenie.** Lżejsze stopnie obrzmienia napletka zbyt długiego ustępują przy traktowaniu oliwą i utrzymaniu czystości, przy większych zawaadach najlepiej uciąć nożyczkami część zbyteczną, poczem zewnętrzna blaszka tegoż znacznie dalej się odciąga niż wewnętrzna mocno napięta, z tego powodu należy jeszcze naciąć tę ostatnią podłużnie. Oba brzegi rany schodzą się wtedy z sobą dosyć dokładnie, lub dadzą się utrzymać kilkoma cienkimi szwami. Krwawienie i następne obrzmienie jest nieznaczne a w kilka dni wszystko się zagaja.

β) Wrodzony załupek (*paraphimosis congenita*). Zdarza się on sam lub razem z hypospadią i polega na istotném powstrzymaniu w rozwoju. Mianowicie żołądz w pierwszych czasach życia zarodkowego nie posiada wcale napletka, jest nieprzedziurawiona, a przyszłe ujście cewki, wskazuje tylko białawy punkt. Powoli dopiero wytwarza się z tyłu korony żołądzi mała składka skóry, przyszły napletek, który szybko rośnie ku przodowi i wkrótce pokrywa całą żołądz, w której podczas tego wytworzyła się cewka. Powstrzymanie wzrostu przyczém zwykle także napletek istniejący jako ślad zrasta się z żołądźią, stanowi załupek wrodzony albo właściwiej powiedzawszy wrodzony brak napletka. Często łączy się z tém hypospadią, szczególnie wędzidełko jest tak skrócone, że przy późniejszych naprężeniach członka ujście cewki zostaje pociąganém ku dołowi. A m m o n zauważył, że u chłopców żydów wcale nie rzadko zdarza się wrodzony

brak napletka, a więc powstaje odziedziczenie braku sztucznie wywołanego przez obrzezanie. Analogia tego faktu zdarza się widzieć także u zwierząt, i tak w rasach u psów którym zwykle obcinają ogony, daleko częściej rodzą się szczenięta bez ogonów, aniżeli w innych rasach gdzie ogonów nie obcinają. Wobec tej wady rozwoju zupełnie zbyteczne są wdania się lecznicze, jedynie w razie zbyt krótkiego wędzidełka wyładałoby chyba w późniejszym wieku przeciąć takowe, jeżeli przy naprężeniach członka żołądź zostaje boleśnie pociągana.

γ) Wrodzone zarośnięcie cewki (*Athresia urethrae*). W jednych razach samo tylko ujście cewki jest błoną zarosłe, w drugich większa część cewki jest nieprzewodnią; w pierwszym przypadku przy oddawaniu moczu cała cewka aż do miejsca zarośniętego rozszerza się, a całą nieprawidłowość, da się usunąć przez nakłócie trójgranicem próbnym, w drugim wypadku, który jednak rzadko się zdarza i występuje tylko powikłany z hypospadią lub epispadią, operacja jest bardzo trudna, a jeżeli w żaden sposób nie możemy odszukać cewki, wypada zrobić przekłucie pęcherza.

δ) Nieprawidłowe ujście cewki (*Hypospadia i Epispadia*). Przy hypospadii cewka na dolnej powierzchni nie jest zrośniętą aż do wierzchołka prącia lecz w kierunku jego stanowi otwartą rynienkę, tak że ujście cewki nie znajduje się na końcu prącia, ale na dolnej jego powierzchni. W lżejszych stopniach hypospadii, gdzie otwór znajduje się jeszcze w przebiegu prącia, zachodzi ta niedogodność, że strumień dowolnie oddawanego moczu nie idzie prosto naprzód, lecz ku dołowi; starsze dzieci poprawiają sobie kierunek strumienia przez trzymanie członka do góry. W najwyższych jednak stopniach, nie tylko cewka ale także i worek jądrowy są rozszczepane, a pęcherz otwiera się wprost do tej szpary. Ta ostatnia nieprawidłowość może być powodem błędnego pojęcia ją za hermafrodytyzm, zwłaszcza gdy jądra pozostały jeszcze w jamie brzusznej, co też zwykle ma miejsce. Płeć daje się w tym wypadku oznaczyć z pewnością dopiero w późniejszych latach, gdy popęd płciowy się rozwinie, gdy wystąpi głos i ciałość męzki i porost włosów na twarzy. Co do genetycznego charakteru hypospadii jest istotnym powstrzymaniem rozwoju, gdyż pierwotkowo niema wcale cewki prąciowej a tylko istnieje jej ślad jako rynienka, ujście zaś znajduje się na mosznach również rozdzielonych. Niekiedy tylko udaje się drogą operacyjną wytworzyć sztuczną cewkę i zamknąć nieprawidłowy otwór, z powodu że drażniącego działania moczu na ranę uniknąć nie podobna.

Epispadia jest to rozszczepianie cewki ku górze, tak że właściwej jej ujście znajduje się na stronie grzbietowej prącia. Rozdzielenie ogranicza się albo tylko do żołądki, albo całe prącie zajmuje; jako najwyższy stopień tej wady rozwojowej należy uważać wywinięcie pęcherza moczowego (*ectopia vesicae*), o czym była już mowa wyżej (str. 496). Epispadia zdarza się daleko rzadziej niż hypospadii. Skoro ujście cewki znajduje się blisko żołądki, dzieci mogą oddawać dowolnie mocz, później zaś uczą się tak trzymać prącie, że podczas oddawania tegoż nie polewają się. Jeżeli jednak ujście cewki znajduje się zupełnie przy nasadzie prącia, to zwykle istnieje niemożność wstrzymania moczu, z całym szeregiem wynikających ztąd przykrych następstw. Osoby takie pozbawione są także zdolności zapładniania, ale tylko wtedy, gdy ujście cewki znajduje się zbyt daleko ku tyłowi, tak że przy spółkowaniu nie wnika do pochwy.

## 2) Zapalenie napletka.

(*Balanitis*).

Niekiedy u starszych chłopców nagromadza się wznacznej ilości wydzielna tłuszczowa napletka, twardnieje i ulega chemicznemu rozkładowi, wywołując zapalenie żołądki i napletka. Toż samo może być wywołane przez zewnętrzne obrażenia i ustawiczne poruszanie prącia rękami, co zwykli robić dzieci oddające się samogwałtowi i cierpiące na robaki. Napletek jest wtedy obrzmiały, sklejony w ujściu, a zsunięcie go z żołądki połączone jest z dolegliwym bólem. Żołądek jest zaczerwieniony, masą ropiastą pokryty, a po zupełnym odsłonięciu jej znajdujemy w rowku zażołądkowym większe masy serowate i nieprzyjemnie cuchnące. Przez oddalenie tychże, zwykle znosimy zarazem i przyczynę choroby, która wtedy sama przez się ustępuje po kilku dniach. Leczenie zostaje w spomagane przez kąpiele ciepłe i okłady z roztworu octanu ołowiu.

Jeżeli napletek z powodu silnego nabrzmienia puchlinowego nie daje się odprowadzić, a przez to nie można usunąć głównej przyczyny t. j. wydzieliny tłuszczowej stwardniałej, to zapalenie trwa znacznie nie dłużej, przyłącza się nawet ropienie, a niekiedy przedziurawienie napletka.

**Leczenie** prostego zapalenia napletka ogranicza się na oddalaniu wydzieliny tłuszczowej, utrzymaniu czystości, na kąpielach ściągających

prącia i na okładach. Obawa zrostu napletka z żołądźią częstokroć jest przesadzoną.

### 3) **Nabyty załupek.**

(*Paraphimosis acquisita*).

U dzieci zdarza się załupek daleko częściej niż u dorosłych, a to z powodu długiego i wąskiego napletka. Chłopcy chętnie ruszają i odciągają napletek, póki nie odkryją żołądźi. Wąskie ujście napletka rozciągane stopniowo przez stożkowatą żołądź, odciąga się po za koronę tejże, tak że potrzeba większej zręczności dla zsunienia go, aniżeli wymagało jego odciągnięcie. Chłopcy zestraszeni starają się wtedy ukryć swawolę, zesnurowanie powoduje znaczne obrzmienie i zbękształtnienie prącia, a rodzice spostrzegłszy to wreszcie, zatrważają się tą niezwykłą postacią członka. Obrzmienie żołądźi samo sobie pozostawione coraz więcej wzmaga się, żołądź w ciągu kilku dni zmienia się na niekształtny siny guz, oddawanie moczu utrudnione i bolesne, potem jednak stopniowo i dobrowolnie obrzmienie zmniejsza się, zaciśnięcie zostaje zwolnione, tak że wreszcie napletek bez pomocy sztuki ześlizguje się na żołądź. Proste zesnurowanie napletka wywołuje niekiedy owrzodzenia, natomiast po zaciśnięciu nitką lub drutem nastąpić może zgorzel, o czém wspomniono wyżej. Mniej szkodliwy wpływ dobrowolnego zaciśnięcia brzegu napletka, aniżeli ściągnięcia drutem lub nitką zależy od rozszerzalności ściskającego pierścienia.

**Leczenie** jest bardzo łatwe i skutecznie a polega na odprwadzeniu. W tym celu obrzmiały napletek i zepchnięty po za żołądź, ujmuje się obydwoma wskazicielami i średnimi palcami, a jednocześnie obydwoma wielkimi palcami naciska żołądź od przodu i przez to napletek pociąga się naprzód, żołądź wpycha w tył; wówczas napletek powraca w prawidłowe swoje miejsce, a żołądź oswobodzona przybiera zwykłą postać i barwę. W zadawnionych kilkodniowych wypadkach można zmniejszyć objętość żołądźi za pomocą strumienia ciągłego zimnej wody na członek skierowanego i zmniejszyć ból nieunikniony przy odprowadzaniu napletka. Przy niemożności zastosowania strumienia, należy robić zimne lub ściągające okłady na członek. Vogel'owi zawsze udawało się odprowadzenie napletka, sądzi więc że autorowie chcący znieść załupek okładami z wody ołowianej lub za pomocą innych środków ściągających, nie są dostatecznie obeznani



z tym sposobem postępowania. Leczenie następcze jest zbyt częste bo części przywrócone we właściwe swoje stosunki anatomiczne, wkrótce nabierają prawidłowej postaci. Recydyw nie ma powodu obawiać się, gdyż zetrwożeni raz chłopcy nie pomyślą już więcej o obnażaniu całej żołądki swego prącia.

#### 4) Samogwałt.

(*Onanismus, masturbatio*).

Samogwałt zdarza się i u dziewcząt, o wiele jednak rzadziej niż u chłopców i bez tak ważnych i ciężkich następstw. Chłopcy wykonują rozmaite poruszenia członka, ciągnięcie, dłubanie a głównie ujmowanie w dłoni lub ugniatanie, pobudzające członek do naprężenia a wreszcie przedwczesny odpływ nasienia z przyjemnym wrażeniem. Dziewczynki lęchcą się same lub wzajemnie palcami lub innymi przedmiotami w pochwę, a przez to wywołują sobie zaczerwienienie, powiększenie wydzieliny błony śluzowej pochwy i ból, który od tej swawoli na przyszłość dziewczęta wstrzymuje. Inaczej rzecz się ma z chłopcami, doznają oni przytém tak miłego wrażenia, że pomimo najsurowszych kar i przekładań całemi latami nie mogą odwyknąć od tego złego. Często kródko chudną widocznie, nie rozwijają się należycie cieleśnie a zwłaszcza umysłowo, stają się bledzi, dolne powieki nabierają brunatnego lub sinawego zabarwienia, mięśnie wiotczeją, wyraz twarzy jest zubożony, zabawy uprzednio lubione stają się dla nich obojętne, chowają się przed ludźmi i najchętniej przebywają sami, aby swobodnie oddawać się mogli swemu nałogowi. Chód staje niepewnym powłóczącym się, z kolanami na wewnątrz wygiętymi. Wychudnienie jest najwidoczniejsze na dolnych kończynach i okolicy łądźwiowej, podczas gdy prącie znacznie grubieje i wydłuża się, napletek staje się krótszym i odciąga się za żołądkę tak łatwo jak u dorosłych, dotknięcie członka wystarcza do jego naprężenia.

Rzeczywisty wiąd mlecza kręgowego (*tubes dorsalis*) jakim straszają zwykle w popularnych pismach, nader rzadko się zdarza, jednakże przedstawione w nich następstwa zatrważające, każą się dzieciom upamiętać, tak że one same starają się pozbyć złego nałogu. Bardzo wiele zależy od wieku w jakim chłopcy dowiadują się o samogwałcie. Im się to zdarza później, im bliżej wieku dojrzałości, tém mniej ważne są następstwa. Chłopiec więcej niż 10-cio letni przez dłuższe oddawanie się samogwałtowi, dobiega wreszcie do wytryski-

wania śluzowatego płynu; niewiadomo jednakże czy w płynie tym znajdują się już ciała nasienne, lub czy takowy jest wydzieliną samego gruczołu krokowego. Najmłodszym dzieckiem u którego obserwowano samogwałt była to dziewczynka 11-miesięczna. Według opisu Krafft'a, wkładała ona sobie naprzemian obie ręczki do szpary sromnej, coraz silniej i szybciej, ściągała nogi do brzucha, krzywiła twarzą i wydawała głośny okrzyk. Jest to jedyny opis w tym rodzaju, zachodzi jednak pytanie, czy dziecko to nie miało jakiej wysypki lub obcego ciała w pochwie, przez co ruchy te możnaby prawdopodobnie objaśnić swędzeniem. Chłopcy oddający się samogwałtowi nie wszyscy cierpią na wspomniane wyżej przypadłości, wielu zachowuje kwitnący wygląd i rozwija się cieleśnie i umysłowo taksamo jak dawniej. Lekarze domowi w większych zakładach wychowawczych dla chłopców zapewniają, że większość oddających się samogwałtowi nie na tém cieleśnie nie cierpi, a wielu silnych ludzi i płodnych radząc się lekarza z powodu jakiegokolwiek bądź choroby, przyznaje się że w dzieciństwie przez wiele lat oddawali się samogwałtowi, jednakże bez żadnych złąd następstw.

**Przyczyny.** Zwykłą przyczyną jest naśladownictwo, jeden onanista pokazuje swoją sztukę drugiemu, lub nawet robi to samo z praciem jego, a od téj chwili nowo nauczony zaczyna dopuszczać się tego samego występku. Z tego powodu samogwałt zdarza się daleko częściej u chłopców wychowujących się w zakładach; wychowywani w domu pod ciągłą opieką osób starszych lub rodziców, mniej do tego mają sposobności. Wszystko co powoduje naprężenie członka, pobudza pociąg do samogwałtu, tu należą: ciężkie pierzyny, zbyt pożywne mięsne pokarmy, napoje wyskokowe, nieprzyzwoite obrazki i opowiadania; prócz tego samogwałt może wyniknąć przez swędzące wysypki na prąciu, nagromadzenie wydzieliny tłuszczowej napletka, oraz przez glistnicę robaczkową (*oxyuris vermicularis*), który z otworu stolcowego dostaje się do pochwy lub pod napletek.

**Leczenie.** Zdaniem doświadczonych lekarzy ordynujących w zakładach dla chłopców, wszelkie środki lekarskie skierowane przeciw rozwijającemu się samogwałtowi pozostają bez skutku; wypada tylko przez ścisły dozór dzieci utrudniać o ile możności zadość uczynienie temu nałogowi. W tym celu należy ustanowić nadzór w sypialniach dla kontrolowania ruchów pod koldrą, w razie zaś przekonania się

o samogwałcie, natychmiast ukarać występnych. Materace powinny być twardo wysłane, kołdry wełniane, aby można było odróżnić kontury ciała. Kary należy wymierzać bardzo surowe lecz w tajemnicy utrzymywać przed towarzyszami, aby jak najmniej chłopców dowiadywało się o tym występku. Z tego względu najlepszym środkiem przeszkodzenia szerzeniu się złego, jest jaknajrychlejsze wydalenie onanisty z zakładu. Wypada też pilnie starać się o usunięcie przyczyn wspomnianych wyżej. Nie należy oglądać często członka chłopców tylko podejrzanych o samogwałt, bez przeświadczenia się o takowém, albowiem niewinni jeszcze mogą na to zwrócić uwagę i naśladować zły przykład. Przeciw skutkom samogwałtu: wychudnieniu, wstrzymaniu rozwoju i t. p. zalecane bywają zimne oblewania i kąpiele jako najlepszy środek; przeciw otyłości rozwijającej się niekiedy u takich chłopców i nadającej im dziwny komiczny wygląd, nie należy pód żadnym pozorem występować z jodem lub z wodami mineralnemi jod zawierającemi, albowiem zwykle potem następuje wychudnienie i gruźlica. Postrach sprawiany przez nauczycieli i przełożonych, jakoby samogwałt w każdym wypadku rujnował zdrowie i sprowadzał wczesną śmierć, pociąga niekiedy zgubne następstwa. Wprawdzie chłopcy częstokroć przestają oddawać się samogwałtowi po takich pogrózkach, popadają jednak w głęboką zadumę, która ich nie dopuszcza już aż do wieku dojrzałego. Zarówno dobrze działa kara cielesna, a unikniemy zupełnie tego smutnego nastroju ducha. Jeżeli wszelkie inne środki nie pomagają, Steiner radzi obok ścisłego dozoru dniem i nocą, wykonać małe bolesne operacye, któreby przeskadzały do powtarzania nałogu.

## II. J ą d r a.

### 1) Niezsunięcie się jąder do moszen.

*(Cryptorchidia).*

W dziewiątym miesiącu życia płodowego jądra zstępują z jamy brzusznej do moszen, a donoszony chłopiec rodzi się z obydwojma jądrami znajdującemi się w worku mosznowym. Dzieci 7-miesięczne rodzą się zwykle z próżnym workiem mosznowym, a często także i u donoszonych jedno lub drugie jądro, rzadko oba, zatrzymują się przez dłuższy czas, tak że prawie 10% wszystkich noworodków płci męskiej przedstawia w tym względzie nieprawidłowość. We więk-

szęj znacznie liczbie wypadków jądro zstępuje dopiero w pierwszych tygodniach życia, bez żadnych objawów; niekiedy zaś spotykamy starszych chłopców z jednym tylko jądrem, jeszcze rzadziej worka mosznowy bywa zupełnie próżny. Nazywają te dzieci: *Monorchides*, *Testicondi*, *Cryptorchides*. Ostatnia nazwa jest najodpowiedniejsza, gdyż dzieci te posiadają nie jedno lecz dwa jądra, które tylko nie znajdują się we właściwem miejscu. Jeżeli zdarzy się badanie zwłok chłopca z takim zboczeniem, to pozostałe jądro nie znajduje się w pierwotnym swém fizyologicznem miejscu obok nerek, lecz zwykle tkwi u wejścia do kanału pachwinowego, albo w nim samym, albo też przed nim w okolicy pachwinowej, gdzie go można też wyczuć za życia jako twardy, eliptyczny guz, bolesny za silniejszém uciskiem.

Niekiedy przy poczynającej się dojrzałości jądro dobrowolnie zstępuje (*descensus testiculi scrotinus*), co może nastąpić niepostrzeżenie, a nawet bez wydatnych objawów. Jądro jednak u takich osób nigdy nie zstępuje na dno worka mosznowego, z powodu krótkości powrózka nasiennego. W innych wypadkach następować ma przy zstępowaniu jądra gwałtowny cisnący ból; powiadają nawet, że ludzie umierali wśród tego. Jeżeli rzeczywiście widziano takie wypadki, to trudno uwierzyć aby śmierć nastąpiła z téj mechanicznej przyczyny, to jest z suwania się jądra i towarzyszącego bólu, polega ona raczej na zgorzeli zaciśniętego jądra lub na inném powikłaniu. Według Ammon'a jądro może także torować sobie fałszywą drogę i wydostać się pod łuk udowy (wiąz Poupart'a) gdzie poczytane bywa za przepuklinę udową, w innych razach uwydatnia się na międzykroczu. Zboczenie to nie pociąga za sobą żadnych złych następstw a tém więcej i niemocy płciowej.

Opisana wada rozwojowa nie da się usunąć za pomocą sztuki. Nie ma środka któryby zdołał sprowadzić jądro pozostałe w jamie brzusznej, a tylko zaszkodzić można chcąc za pomocą naciskających opasek przyspieszyć zstąpienie jądra znajdującego się w kanale pochwowym (*canalis vaginalis testiculi*). Nawet gdy razem z jądrem wydostanie się pętla kiszkiowa z kanału pochwowego, nie należy próbować opaski. Najlepiej w tym razie poczekać dopóki jądro nie zsunie się do moszen, poczem odprowadzić przepuklinę i za pomocą opaski zapobiedz dalszemu opuszczaniu się jój.

## 2) Wodna puchlina jądra.

(*Hydrocele*).

Surowiczy podwójny worek (*tunica vaginalis propria*) obleka jądro i przy jądrze i w stanie fizyologicznym zawiera tylko kilka kropel surowicy dla utrzymania śliskości surowicznych powierzchni. Przy powiększeniu się ilości tego płynu worek się rozszerza, zewnętrzna jego blaszka wtedy już nie dotyka się wewnętrznej, a worek mosznowy zwiększa się z jednej strony. Stan ten nazywamy *hydrocele*.

U małych chłopców *hydrocele* zdarza się dość często; zwykle cierpi jedno tylko jądro, niekiedy zaś oba. Powstawanie zależy w większej liczbie wypadków od niedostatecznego zamknięcia się kanału pachwinowego, skoro jądro przeszło przezeń. Wtedy wydziecina całego worka otrzewnej dostaje się do moszen, stanowiąc t. z. puchlinę jądra.

Odróżniają cztery rodzaje teje:

- a) *Hydrocele canalis vaginalis testiculi aperta*. Odmiana ta jest rzadką w stopniu wydatnym, przedstawia się zaś jako podługowaty guz, sięgający od dna kanału pachwinowego aż poniżej jądra, którego wcale nie można wyczuć, lub tylko w części wymacać się daje powrózek nasienny, zgrubiały do objętości ołówka z powodu otoczenia płynem. Cechą dla tej odmiany jest to, że przy działaniu tłoczni brzusznej guz znacznie staje się większym i naprężonym, przy zwolnieniu tłoczni zmniejsza się i mięknie. Toż samo dzieje się gdy mosznę uniesiemy do góry, wówczas zawartość odpływa do jamy brzusznej, co w razie wąskości łączącego otworu udaje się tylko za naciskiem. Nie zawsze łatwo jest ustrzedz się pomyłki przyjęcia tego stanu za zewnętrzną przepuklinę pachwinową. Postać jest ta sama, a zawartość również daje się odprowadzić. Puchlina jądra jest jednak zupełnie przeświecającą pod światło dzienne lub lampy, odgłos przy opukiwaniu jest tępy podczas gdy przepuklina daje odgłos jasny wreszcie jądro przy *hydrocele* nie da się odosobnić, co się łatwo udaje przy przepuklinie. Dla upewnienia się w rozpoznaniu wystarcza sposób zachowania się guza, i tak, gdy zawiera kiszkę, to za naciskiem ustępuje prawie odrazu i nie wśród szmeru i burkotania, podczas gdy guz *hydrocele* powoli się zmniejsza i nie od jednego razu.

- b) *Hydrocele fundi canalis vaginalis testiculi clausa* stanowi odmianę najczęściej zdarzającą się i powstaje dopiero w kilka tygodni po urodzeniu. Guz jest okrągły, przeświecający i nie zmniejsza się za naciskiem. Jądro leży w górze nieznacznie od tyłu i daje się tylko wyczuć, powrózek nasienny jest prawidłowy. Ta odmiana jest często obustronna, tak że osoby otaczające nie tak łatwo dostrzegają ten stan, z powodu jednostajnego powiększania moszen obustronnie, aniżeli gdy to ma miejsce z jednéj strony.
- c) *Hydrocele colli canalis vaginalis aperta* bardzo rzadko bywa spostrzegana. Powrózek nasienny jest rozszerzony od ujścia jamy brzusznej ku dołowi do połowy moszen i wypełniony cieczą, podczas gdy w głębi wreczka wyczuwamy dokładnie jądro prawidłowej wielkości. Takowe jest otoczone błoną pochwową ze wszech stron, która dopiero powyżej jądra jest rozszerzona płynem. Guz zmniejsza się za naciskiem, płyn może być wepchnięty do jamy brzusznej, powrózek nasienny jednak z powodu zgrubienia błony pochwowej nigdy nie okazuje się tak cienki jak po stronie zdrowej. Do téj odmiany wodnej puchliny jądra, oraz do opisanéj ad 1), mogą się łatwo przyłączyć przepukliny, z powodu że kanał pochwoy jest otwarty. Często trudno jest odróżnić tę odmianę puchliny od przepukliny i najlepszą wskazówką jest tu sposób znikania guza powoli czy odraznie, bez burgotania lub z témże.
- d) *Hydrocele colli canalis vaginalis clausa*. Powrózek nasienny w miejscu wyjścia z obrączki pachwinowej jest prawidłowej grubości i podobnie się zachowuje na pewnej przestrzeni, dopiero w dalszym ciągu rozszerza się w podługowatą torbiel, która ku dołowi równie nagle zwęża się; jądro jak i w poprzedniej odmianie posiada prawidłową wielkość i odporność. Najlepiej wyszukać najprzód oba jądra, porównać je między sobą, a potem jądro ze strony podejrzanéj pociągnąć nieco, przez co zbadanie powrózka nasiennego znacznie zostaje ułatwioném. Odmiana ta jest dosyć częsta ale zwykle jednostronna. Guz daje się na boki odsuwać, za uciskiem jednak nie zmniejsza się, albowiem kanał pochwoy jest zamknięty. Najczęstszą z opisanych odmian puchliny jądra jest druga, równie częstą jest czwarta, podczas gdy pierwsza rzadko tylko, a trzecia najrzadziej się zdarza.

Zawartość opisanych postaci *hydrocele* gdy nie postępowałyśmy z nią zbyt energicznie, przedstawia się pod formą cieczy przezroczy-

stój, jasno-żółtój, surowiczéj, składu chemicznego podobnego do surowicy krwi wodą nieco rozcieńczonéj. Jeżeli często wypuszczano płyn przez przekłucie, była przeciąganą zawłoka lub wcierano drażniące maści, to płyn przy przekłuciu wypływający bywa mleczno-mętny i obfituje w komórki.

Przebieg dobrowolny wszystkich odmian *hydrocele*, chociaż powolny, prawie zawsze jest pomyślny. Najniepomyślniejszém powikłaniem w razie nie zamknięcia kanału pachwinowego jest przepuklina, przez co znacznie opóźnia się zamknięcie tego kanału i wessanie się płynu. Prawie we wszystkich pozostałych wypadkach, wprawdzie dopiero po upływie całych miesięcy, zaczyna się dobrowolne wsysanie płynu, a pozostaje samo tylko zgrubienie błony pochwowéj właściwéj. Również w rzadkich wypadkach wodnéj puchliny jądra łączącój się z jamą brzusznią, następuje wessanie płynu, gdyż w miarę coraz większego używania kończyn dolnych, obrączka pachwinowa zwykła się zamykać.

**Leczenie.** Ponieważ prawie zawsze u dzieci które nie przebyły pierwszego roku życia choroba ta ustępuje dobrowolnie, przeto dostateczném będzie wspomagać leczenie za pomocą środków, jakimi są: suche ciepło-aromatyczne nakadzania, ściągające okłady z salmiaku i octu, wina, rozcieńczonéj nalewki jodowéj etc. a wreszcie ucisk guza plastrem lipkim lub kleiną (*collodium*). Wrodzona otwarta puchlina leczy się najszybciej przez wciśnięcie zawartości płynnéj do jamy brzusznej i założenie opaski przepuklinowéj. Najprostszym i najpewniejszym środkiem pozostaje zawsze przekłucie,—dokonać go można jakakolwiek igłą. Po naprężeniu guza ujętego dwoma palcami wkłówiamy kilka razy igłę w napiętą skórę, przyczém tyle kropel surowicy wypływa ile nakłóć dokonanych będzie. Ukłócia skórne zaraz się zamykają, natomiast w błonie pochwowéj pozostają otworem przez dłuższy czas, tak że z powodu wyjścia płynu z *hydrocele* pozostaje obrzęk moszen, ulegający po kilku dniach dobrowolnemu wessaniu. Po wypłynięciu cieczy zewnętrzny i wewnętrzny listek kanału pochwowego zbliżają się do siebie, sklejąją a tym sposobem zapobiegają od nowego zbierania się płynu. Jeżeli po jednorazowych nakłóciach choroba nie uleczca się całkowicie, można operacyę tę powtórzyć kilka razy bez żadnych złych następstw.

Wodna puchlina jądra u starszych dzieci oraz puchlina powrózka nasiennego ustępują także bez pomocy chirurgicznój; do uleczenia częstokroć wystarczają powtarzane przez dłuższy przeciąg

czasu pędzlowania nalewką jodową. Guersant przy puchlinie powrózka zaleca małą zawłokę. Przy odmianie komunikującej z jamą brzuszna, po przekłuciu celem wypuszczenia płynu należy zaniechać drażniących wstrzykiwań, aby nie wywołać zapalenia otrzewnej.

## D. Części płciowe żeńskie.

### 1) Wady rozwojowe.

Wady rozwojowe części płciowych żeńskich są w ogóle rzadsze niż męskich i dostrzegane zostają zwykle dopiero w czasie dojrzałości, a to z powodu, że objawy wywołane wadą, uwydatniają się dopiero z dojrzałością płciową.

Dla dokładnego zrozumienia tych wad rozwojowych wypadła przypomnieć z historii rozwoju, że macica z jajowodami i pochwą wytwarza się z przewodów Müller'a w ten sposób, że dolna ich część zlewa się w kanał płciowy (*canalis genitalis*), kanał ten dostaje później poprzeczne wcięcie, które dzieli go na 2 części: macicę i pochwę. Z tego powodu zdaniem Veit'a, wszystkie zniepodobnienia dają się rozdzielić na dwa rzędy: pierwszy powstaje przez wadliwy rozwój jednego lub obu przewodów Müller'a, drugi przez wadliwe zrośnięcie się przewodów tych zresztą zupełnie rozwiniętych.

I Rzęd. a) Przewody Müller'a nie rozwinęły się wcale, a więc brak macicy i pochwy, części zaś płciowe zewnętrzne otwierają się do ślepego worka; b) pochwa jest prawidłowo długa a macicy zupełnie brakuje lub istnieje jęj ślad; c) pochwa i część pochwowa macicy są wielkości prawidłowej, macica zaś z powodu wrażliwego zrośnięcia części początkowej przewodów Müller'a jest rozdzielona, dwurożkowa (*uterus bicornis*), zanikła i kończy się dwoma zanikłymi jajowodami. d) Jeden tylko przewód Müller'a jest zniepodobniony lub brak go zupełnie, przez co powstaje macica jednoróżkowa (*uterus unicornis*); odpowiedni jajnik bywa w tym razie zwykle prawidłowy, wszakże przy zboczeniach rozwoju macicy zwykle i jajniki nie są prawidłowe. Te wszystkie zniepodobnienia powstają u dzieci bez wszelkich objawów, a ponieważ nie powodują żadnych zewnętrznych zmian postaci, bywają przeto pomijane. Dopiero w czasie dojrzałości Płciowej występują zaburzenia, gdy w takich wypadkach gdziekolwiek zjawia się miesiączkowanie zastępcze.



2 Rzęd. a) Macica jest dobrze rozwinięta, ale rogi jęj są rozdzielone (*uterus bicornis*). Rozdzielenie przechodzi przez całą macicę, wystają dwie części pochwy do pojedynczej lub rozdzielonej pochwy, przycém nawet dwie błony dziewicze mogą istnieć. b) Zewnątrz nie są widoczne na macicy żadne zmiany postaci lub tylko płytka bruzdka dostrzedz się daje, jama jednak za pomocą poórodkowej ściany przegradzającęj, rozdzielona jest na dwie części pionowo obok siebie leżące (*uterus bilocularis*). I te zniepodobnienia również nie przeszkadzają wcale rozwijaniu się dziecka i spotykane bywają prawie zawsze wypadkiem tylko przy badaniu na zwłokach. Jedynie przedzielona pochwa i dwie błony dziewicze bywają dostrzeżone przy zewnętrzném badaniu. Stany przyjmowane za wady rozwojowe części płciowych zewnętrznych, zwykle nie są rzeczywiście wrodzone; wytwarzają się z biegiem lat w częściach płciowych pierwotnie prawidłowych, tyczy się to głównie powiększenia łechtaczki i przedłużenia warg sromnych większych, tak zwanego fartuszka Hottentotek. Częściowe zamknięcie warg sromnych zewnętrznych, zdarza się prócz tego u małych dziewczynek, które cierpiały na głębokie błonicowe owrządzenia tych części i nie były odpowiednio leczone.

## 2) Nieżyt błony śluzowej części płciowych.

(*Fluor albus. Leucorrhoea, Vulvo-vaginitis catarrhalis*).

Tak zwane upławy białe wynikają skutkiem powiększenia wydzieliny pochwy i sremu, do tego stopnia, że ta pokazuje się kroplami na wargach większych, po części spływa na uda, krocze i wala bielizne, po części wysycha na wargach sromnych pod postacią strupów. Ciągłe zetknięcie się skóry z rozkładającą się zwykle wydzieliną, sprawia obrzmienie i zaczerwienienie a przy nieczystości szczególnie w czasie upałów letnich, powstają obnażenia części płciowych zewnętrznych. Wydzielina jest z początku gęsta, jasno-żółta, jednostajna, później ku końcowi sprawy lub u dziewczynek żółzowatych, zaraz w początkach jest śluzowata, ciągliwa, uboga w komórki, podobna do nieżyłowego śluzu z nosa. Skoro powstały obnażenia błony śluzowej, to krew z nich pochodząca domieszywa się do śluzu i barwi go brunatno-czerwono. U małych dziewczynek zwykle niepodobnem jest rozstrzygnąć, z kąd pochodzi śluz, czy z macicy, pochwy lub też z jednej i drugiej; błona dziewicza jest zawsze u nich obrzmiała, a nie należy pochopnie uciekać się do rozszerzenia jęj za pomocą ma-

łych wzierników. Szybszy przebieg upławów u dzieci przemawia za t $\acute{e}$ m, że one pochodzą z błony śluzowej pochwy nie zaś macicy, podczas gdy jak wiadomo upławy maciczne u dorosłych, trwać zwykły przynajmniej lat kilka pomimo leczenia, co zresztą zależy od osobnikowych warunków i rodzaju wywołującej choroby. Badanie sromu u takich dziewczynek po należyt $\acute{e}$ m oczyszczeniu małych warg, wejścia do pochwy i błony dziewiczej wykazuje obrzmienie, zaczerwienienie i bolesność za dotknięciem. Niekiedy jednocześnie towarzyszy niez $\acute{y}$ t cewki moczowej (*urethritis*), cechujący się wyciekaniem biało-żółtawej kropli z cewki i żywym bólem przy oddawaniu moczu. Większe dziewczynki skarżą się t $\acute{e}$ ż na ból w sromie, w razie zaś owrzdzeń chodzą z nogami rozkraczonemi dla uniknięcia tarcia.

Przebieg białych upławów *resp.* niez $\acute{y}$ tu jest wprawdzie zawsze przewlekły, tak że prawie nigdy nie ustępuje przed sześcioma tygodniami, wszakże daleko prędzej spodziewać się tu możemy uleczenia, ni $\acute{z}$  u dorosłych, gdyż choroba ustępuje po kilku co najwięcej miesiącach. Tylko u dzieci z rozwiniętą gruźlicą i gorączką trawiącą powolnie trwają te upławy niekiedy do śmierci; w takich razach przy badaniu zwłok powierzchwnia błony śluzowej wyściełającej pochwę przedstawia się ziarnistą i brodawkowatą, na podobieństwo jak to często przy zadawnionych upławach u dorosłych znajdujemy.

**Przyczyny.** Nie ulega wątpliwości, że ju $\acute{z}$  u dzieci kilkoletnich zdarza się zarażenie jadem tryprowym. Do tego przyczynia się przesąd u ludu istniejący, że tryper m $\acute{e}$ żczyzn znika gdy pr $\acute{a}$ cie zetknie się z błoną dziewiczą i na zasadzie tego mniemania dopuszczają się zgwałceń. Kto badał nieraz te nieszczęśliwe dzieci, ten dostrzegł dziwne ich zakłopotanie. Zadając wtedy pytanie, zkąd się wzięła ta choroba, ginie ostateczny ślad szczerości, w jednych razach dzieci kłamliwie zapewniają z szczególną żywością że są niewinne, u innych pytanie to widocznie sprawia trwogę, wymawiają z obawą i cicho, że nic o t $\acute{e}$ m nie wiedzą. Jeżeli nie dostrzeżemy żadnej zmiany w zachowaniu się dziecka, to poniekąd można przyjąć, że nie było żadnego zarażenia, a więc że powstanie choroby było dobrowolne lub mechaniczne. Skoro zaś na wargach wielkich i w okolicy odbytu powstają łepieże, to nie ulega wątpliwości, że zarażenie miało miejsce i to nie jadem tryprowym ale przymiotnym, chyba że wyniosłości brodawkowate są suche (*condylomata acuminata*).

Upławy tak $\acute{z}$ e dobrowolnie powstawać mogą, szczególnie $\acute{z}$  często zdarzają się u zołzowatych i gruźliczych dzieci w wilgotnych mie-

szkaniach, mechanicznie przez wypadkowe wprowadzenie obcych ciał lub przez dostanie się *oxyuris vermicularis* do pochwy, w innych wreszcie wypadkach skutkiem samogwałtu. Objaw następnego zgwałcenia tak ceniony w medycynie sądowej, mianowicie lejkwaty kształt i znaczne obrzmienie sromu, może być użytkowy w tych celach tylko w wypadkach donośnych i częstém powtórzeniu się. Samo tylko dotknięcie błony dziewiczej żołądźnią prącia, nie może sprawić nigdy trwałej zmiany kształtu, ani nawet znaczniejszego ugniecenia i obrzmienia następczego.

**Leczenie.** Dla leczenia obojętną jest rzeczą, czy upławy powstały przez zarażenie jadem trypowym lub dobrowolnie. W obu wypadkach wielką sprawiają poprawę czystość i codzienne ogólne kąpiele. Najprędzej ustaje odpływ powstały skutkiem przyczyn mechanicznych po wydobyciu kawałka drzewa, ziarnka bobu, perełki szklanej etc. z po za błony dziewiczej, gdzie się zatrzymały, ustępuje zaczerwienienie i odpływ śluzo-ropnej wydzieliny w przeciagu kilku dni.

Prawie równie prędko znikają upławy wywołane przez *oxyuris*, jeżeli codziennie kilka razy zalecimy przestrzykiwać odbytnicę zimną wodą; pochwę zaś ciepłą z powodu większej drażliwości téj części ciała. Gorszem jest rokowanie w razach gdy przyczyną niezytu jest samogwałt. Wprawdzie dziewczynki z powodu bólu przestają się onanizować, wszakże po kilku dniach skoro ból ustąpił, wracają do praktykowania pociągliwego nałogu a tym sposobem powstają pogorszenia, których ustrzedz można jedynie przez ścisłe dozоровanie dniem i nocą i wytrwałe przestrzeganie. Upławy powstałe skutkiem zetknięcia się z jadem trypowym, najkrócej trwają 6 tygodni, mogą jednak wlec się kilka miesięcy; objawy zapalne jako to: ból, czerwonosć i obrzmienie są z początku tak znaczne, że dzieci nie mogą chodzić, a wydzielina wywołuje szybko obnażenia na wargach i udach. Cierpienie to jest najuporczywsze nawet i bez zarażenia u dzieci żółzowatych lub gruźliczych. Upławy trwają u nich latami częstokroć aż do śmierci, w razach gdy trawiąca gorączka dołączy się do gruźlicy.

Silnym, uprzednio zdrowym dzieciom zarażonym tryprem, radzą podawać i to ma być z korzyścią środki przeczyszczające: jalape, senes, aloes i sole średnie przez czas dłuższy, zakaźne zaś dzieci należy natomiast od początku choroby wzmacniać żelazem, chiną i dyetą mięsną. Leczenie miejscowe wśród niesprzyjających warunków, małości sromu dziecięcego, ogranicza się na pilnych wstrzykiwaniach zimnej lub ciepłej wody, na noc zaś należy wkładać do sromu pęczki

skubanki suchej a tém właściwiej będzie maczać szarpie w roztworze ałunu (3j—3j) lub w roztworze taniny (3j—3j). Siarczan żelaza i azotan srebra wprawdzie działają również bardzo pomyślnie na błonę śluzową zajęta niezżytem, niszczą jednak zupełnie bieliznę i dlatego oszczędne matki niechętnie ich używają.

U dzieci zołzowatych największą pomoc przynoszą kąpiele morskie lub kąpiele i wody mineralne: (Ciechocinek, Iwonicz, Heilbrunn, Kreuznach etc.) oraz tran. Wysypki skórne mianowicie tryszczycę (*eczema, impetigo*) i swędzik (*prurigo*), istniejące na częściach płciowych zewnętrznych, należy się starać usunąć o ile można najprędzej przez czystość i osuszające maści, gdyż wydzielina z pochwy ciągle je zwilża i oba te cierpienia niekorzystnie na siebie wpływają.

### 3) Błonica i zgorzel części płciowych żeńskich.

(*Vulvo-vaginitis diphtheritica et gangrenosa*).

Błonica zdarza się tylko niekiedy sporadycznie w domach przywatnych, wypadki tej choroby spostrzegane bywają w źle przewietrzanych szpitalach, domach podrzutek lub sierot. W Niemczech i u nas jest ona w ogóle rzadką i rozwija się jeszcze najczęściej podczas i po złośliwej epidemii odry, i to w przepelnionych wilgotnych mieszkaniach u ludzi uboższych. Błonica nie jest chorobą wyłącznie miejscową, jest ona raczej ogólną, o czém była mowa przy dławcu i co się okazuje z ogólnego odczynu, gorączki, szybkiego upadku sił i zwykle śmiertelnego zejścia.

Błonica zaczyna się jak zwyczajne białe upławy *resp.* niezży zacerwienieniem i obrzieniem sromu, wszakże wkrótce występuje silna gorączka, rozpalenie skóry, częste tętno i powiększenie chęci do napoju. Po rozwarciu warg sromnych większych przedstawia się błona śluzowa pokryta wysypkowato białymi błonkami, których postać jest raz okrągła, drugi raz nieregularna, z powodu zlewania się kilku wysepek. Z początku dają się one trudno zdjąć szczypeczykami, wkrótce jednak rozpadają się na strzępki i pozostawiają szaro-żółte dno, które wkrótce po odpadnięciu dawniejszych strzępków pokrywa się nowym błoniastym pokładem. Błona śluzowa wolna od błon jest obrznięta i brudno-czerwona. Woń posokowato cuchnącej cieczy jest nadzwyczaj silna, tak że zwalane nią ręce cuchną całemi dniami, nie mogą się tej woni pozbyć pomimo obmywań. Ogólny stan pogarsza się prytém widocznie, gorączka przybiera charakter durzyco-

wy, występuje wyniszczająca biegunka, błony i dno ulegają wreszcie zgorzeli i w kilka dni od rozpoczęcia się choroby następuje śmierć.

Zgorzel sromu powstaje albo jako następstwo opisaney błonicy, albo wprost na podobieństwo zgorzeli policzka (*noma*) u dzieci które przebyły właśnie gorączkowe choroby, (durzycę, ospę, błonicę, odrę). Zgorzel ta występuje niekiedy tak szybko i bez objawów podmiotowych, że dopiero rozszerzająca się właściwa nader przykra woń skłania osoby otaczające do szczegółowego i ścisłego zbadania dziecka. Wtedy zwykle na wewnętrznych powierzchniach warg sromnych większych znajdujemy kilka pęcherzy zgorzelinowych, które wkrótce pękają i wydają zgorzelinową posokę. W innych wypadkach gdzie zgorzel rozwija się w głębszych warstwach tkanek warg sromnych, te ostatnie obrzmiewają, po kilkodniowych bólach stają się miejscami sine i nareszcie pękają, dając obszerną powierzchnię zgorzelinową. Zgorzel jest po większej części wilgotna (*gangraena humida*), szybko wzmaga i rozszerza się powodując niepomyślne zejście. W trupie oprócz zniszczeń miejscowych, znajdujemy jeszcze nieżyte błony śluzowej, a często także ogniska ropnicowe (zatory) w płucach, śledzionie, etc.

**Leczenie** błonicy i zgorzeli części płciowych żeńskich, równie jak innych części ustroju, polega przedewszystkiem na utrzymywaniu nadzwyczajnej czystości, a to za pomocą obmywań i wstrzykiwań łagodnemi płynami, naparem wonnych ziół, lub z przymieszką środków dezynfekcyjnych przy częstém odświeżaniu powietrza.

W początku pojawienia się błonicy zalecają miejscowo stężony roztwór chloranu potażu, później przyżeganie za pomocą kwasu solnego lub azotanu srebra, a skoro ta przyjmuje skłonność do przejścia w zgorzel, Stejner stosuje spirytus kamforowy lub maść z chlorku wapna i kamfory. Niemniej zwrócić należy uwagę na stan ogólny dziecka i w razie potrzeby podać chloran potażu, węglan potażu uważany za specyfik, kwasy mineralne, przetwory chinu, wino i t. p.

Zgorzel wymaga natychmiastowego zastosowania wzmacniającego leczenia, obok pożywny i łatwo strawny dyety. Miejscowo zalecają: pędzlowanie stężonemi kwasami mineralnemi, stężonym roztworem chlorku rtęci, azotanu srebra, przyżeganie rozpalonem do białosci żelazem, kamfore, chloran potażu, nadmanganian potażu, półtorochlorek żelaza. Celem zapobiegania zarośnięciu otworu, służą starannie zakładane płatki płócienne.

#### 4) **Krwotok z pochwy.** (*Haemorrhagia vaginae*).

U dziewczynek nowonarodzonych lub kilka dni mających zdarza się w rzadkich wypadkach lekkie krwawienie z pochwy. Jest ono zwykle nieznaczne, tak że tylko kilka kropli krwi na dzień wycieka z pomiędzy warg. Częstość jednocześnie i gruczoły sutkowe obrzmiewają nieco i za naciskiem wydziela się z nich kilka kropel mlecznego płynu. Krwawienia z pochwy nigdy nie bywają obfite i niebezpieczne jako takie. W dwóch wypadkach które Vogel obserwował, wystąpił w kilka dni obszerny niezbyt kiszek i wyniszczenie, co zresztą daleko słuszniej będzie odnieść do braku piersi matki, aniżeli do uprzednich krwawień.

Billard i Ollivier d'Angers spostrzegali częściej te małe krwotoki, jednakże bez żadnych niepomyślnych następstw.

**Leczenie.** W obec nieznacznego krwawienia, zbyt późnym by było wczesne tamowanie zimnemi wstrzykiwaniami lub zastosowaniem środków krew tamujących. Najlepiej poczekać póki samo nie ustanie, zachowując tę ostrożność aby w czasie trwania krwawienia zaniechać ciepłych kąpielii.

#### 5) **Obrzmienie i zapalenie gruczołów sutkowych.** (*Intumescencia mammarum et mastitis*).

Do zaburzeń w narządziach płciowych żeńskich zaliczamy obrzmienie i zapalenie sutków, a jakkolwiek pojawiają się one także u chłopców, tu najwłaściwiej będzie o nich wspomnieć.

Choroba ta występuje u noworodków dobrze rozwiniętych jak równie u charłacznych i wątłych, z jednej lub obu stron. Dla dokładnego pojęcia téj sprawy sobie właściwej i tylko w pierwszym tygodniu życia dającéj się spostrzeżać, wypada nadmienić, że u noworodków gruczoły sutkowe za naciśnięciem częstość wydadzą nieco płynu mlecznawego, który po upływie 8—14 dni u chłopców znika na zawsze, u dziewcząt zaś do pierwszej ciąży. Płyn ten według Guillaot'a oddziaływa obojętnie lub alkalicznie, kwaśniej po dłuższym staniu i rozdziela się na dwie warstwy. Drobnowidz wykazuje w nim kulki siary, smak posiada mdławy lub słonawy.

To przemijające wydzielanie mleka u noworodków, usposabia sutki do łatwego podrażnienia i zapaleń nierazko także spostrzeganych u mamek. Ugniecenie lub nacisk nieuknknione podczas porodu mogą być dostatecznym powodem do pobudzenia obrzmienia a nawet i zapalnej sprawy. Niekiedy wynika to z błędu akuszerki, które niedoświadczonym matkom zalecają staranne wyciskanie płynu z sutków noworodka, przyczyniając się tym sposobem do następczego podrażnienia i obrzmienia. Wówczas dzieci przy dotykaniu żałośnie kwilą, obrzmienie wzmagą się coraz więcej a miejscami może nawet dojść do ropienia i chełbotania, nareszcie ognisko pęka i wylewa się gęsta ropa w nieznacznej zwykle ilości. Po upływie kilku dni otwór zarasta, gruczoł zaś zostaje jeszcze przez pewien przeciąg czasu twardym i dopiero po kilku tygodniach odzyskuje pierwotny stan skupienia. U dzieci charłacznych jednocześnie cierpiących na zaburzenia w przewodzie pokarmowym (*stomatitis phytoparasitica*, *diarrhoea*) często przyłącza się zapalenie różowe na przedniej części klatki piersiowej, a po dobrowolnym lub sztucznym otworzeniu ogniska ropnego w sutku, oddzielają się większe płyty obumarłej tkanki łącznej podskórnej; w takich wypadkach przez dłuższy przeciąg czasu utrzymują się przetoki i owrzodzenia.

**Przebieg** jest zwykle pomyślnym a jedynym złem następstwem tego cierpienia, bywa u dziewcząt niemożebność karmienia piersią w przyszłości, skutkiem ściągnięcia się gruczołu i zapadnięcia brodawki.

W późniejszych latach mianowicie w okresie dojrzewania pęciowego u dziewcząt, zdarzają się bolesne obrzmiewania sutków zostające w związku z fizyologicznym rozwojem gruczołów, co jednakże wkrótce i bez następstw przemija.

**Leczenie** odnosi się głównie do zapobiegania. Obrzmiałe ale jeszcze nie bolesne i niezacerwienione sutki uchronić się często dają od zropienia przez unikanie wszelkiego tarcia, ucisku i okrycie wata po nasmarowaniu oliwą. Z chwilą rozwijania się zapalenia ropnego, oprócz smarowania obojętnym tłuszczem zastosować należy kataplamy klejkie, za pomocą których udaje się niekiedy przeszkodzić uformowaniu się ropni. U małych dzieci dogodniej będzie przyłożyć na zajęte miejsca plaster (*Empl. meliloti et diachyl. comp. aa.*). Skoro po upływie 2—4 dni, chełbotanie daje się wymacać, lepiej jest ropień otworzyć, z powodu że dobrowolnie powstały otwór zwykle jest za

mały i nie wystarcza do swobodnego odpływu ropy. Przy przecinaniu ropnia chronić należy brodawkę sutkową a cięcie prowadzić w kierunku promienia od brodawki. Opatrunek mokremi kawałkami płótna po przecięciu, zapobiega zbyt wczesnemu zasklepieniu się otworu. Rana zarasta zwykle po upływie kilku dni, lecz u dzieci wyniszczonych, gdzie ropienie przyczynia się jeszcze do upadku ogólnego sił, ropa staje się rzadka, płatkowata, a rana nie zamyka się aż do śmierci. Celem usunięcia pozostać mogących stwardnień gruczołów przez długi przeciąg czasu przewlekających się, zalecają przetwory jodowe (*Tra jodii, ungt. kalii jodati*).

---



## ROZDZIAŁ VII.

### Choroby skóry.

U dzieci zdarzają się wszystkie choroby skórne, a większa część o wiele częściej niż u dorosłych. W przekonaniu że czytelnikom nie jest obcą szczegółowa patologia zatem i choroby skórne, ograniczymy się tu na podaniu opisu tych głównie zmian w skórze, które prawie wyłącznie zdarzają się u dzieci, albo gdy one także występują i u dorosłych, to jednak z powodu większej delikatności skóry u dzieci, wymagają tu innego leczenia. Mówiliśmy już w poprzednich rozdziałach o niektórych chorobach skórnych, jak: *seborrhaea capillitii* (str. 7), stwardnienie tkanki łącznej podskórnej (str. 99), rak wodny (str. 129), wysypka podczas pierwszego ząbkowania (str. 140), przy durzycy (str. 28), znamię naczyńniowe czyli guz rozprężny (str. 376); inne właściwe zakaźne, będą opisane przy zakażeniach (przymiocie); w niniejszym rozdziale pomieścimy tylko ostre wysypki, w niektórych podręcznikach zaliczone do rzędu chorób zakaźnych i niektóre z wysypek przewlekłych oraz towarzyszących zołzom (*scrophulosis*).

#### 1) Szkarlatyna, płonica.

(*Scarlatina*).

Szkarlatyna równie jak wszystkie ostre zaraźliwe wysypki, nie powinna być pojmowana jako wyłącznie choroba skórna, ale raczej jako ogólne cierpienie, którego wybitniejszy objaw stanowią w istocie i zmiany na skórze. Oddawna choroba ta zwróciła na siebie uwagę autorów, tak że u Canstatt'a do roku 1846 znajdujemy literaturę mieszczącą w sobie 191 prac, która do naszych czasów niemałą liczbą nowych pomnożone została. Powodem tej mnogości prac jest częścią łatwość spostrzegania i częste występowanie choroby, częścią

ta szczególna okoliczność, że prawie w każdej epidemii dostrzegamy pewne właściwości, które w poprzednich epidemiach były obserwowane mało lub niedokładnie. Dla uproszczenia podamy tu opis prawidłowo przebiegającej płonicy, później zaś oddzielnie opiszemy wszystkie odmiany i powikłania.

## A. Prawidłowa płonica.

(*Scarlatina legitima*).

**Objawy.** W przebiegu płonicy prawidłowej spostrzegamy trzy dosyć ostro dające się odznaczyć okresy: 1) wylegania i zwiastunów, 2) występowania wysypki i jej kwitnienia i 3) okres znikania wysypki i łuszczenia się naskórka.

### 1) Okres wylegania i zwiastunów.

(*Stadium incubationis et prodromorum*).

Okres wylegania trwa od dnia zarażenia aż do wystąpienia dreszczu, od którego datujemy okres zwiastunów. Przeciączasu nie jest tu wcale jednakowy u wszystkich dzieci, w większej jednak liczbie wypadków trwa 6—8 dni. Zdania wiele różniące się w tym względzie muszą być przyjmowane z wielką ostrożnością, albowiem podczas epidemii bardzo rzadko udaje się oznaczyć z zupełną pewnością dzień zarażenia. Sposobność zarażenia się przez obcowanie z choremi zwłaszcza rekonwalescentami w okresie łuszczenia, a także przez przeniesienie zarazka przez trzecie osoby, jest tak różnorodną i do oznaczenia trudną, że w wypadkach gdzie trwanie okresu wylegania przekracza 6—8 dni, mamy pewną słuszość wątpić o ścisłości w postrzeganiu i prawdziwości w oznaczeniu czasu trwania tegoż okresu.

Jeżeli nie przypuszczamy że dzieci zarażyły się, to w okresie wylegania zwykle nie zdradzają tego żadne chorobne objawy. W przeciwnym razie, jeżeli rodzice podejrzewają, że ich dziecko wystawione było na zarażenie, to od tej chwili dostrzegają w niem mnóstwo objawów, które będąc zwykle podmiotowemi dostarczają więcej dowodu rodzicielskiej troskliwości niż lekarskiego sprytu. Zdarzają się wszakże nieliczne wypadki, gdzie do chwili zarażenia się dzieci zaczynają czuć się niedobrze, niedomagają, śpią niespokojnie i mają

zmniejszony apetyt, aż wreszcie wyraźne objawy gorączkowe wskazują początek okresu zwiastunów.

Rzeczywisty okres zwiastunów obejmuje przeciąg czasu 1—4 dni. Objawy występujące tu są zawsze tak wybitne, że osoby otaczające dostrzegają takowe, jednak nie zawsze są też same i zwykle nie bardzo cechujące. Najstalszemi są: lekkie dreszczyki, uczucie gorąca i zimna naprzemian, lub też wstrząsający dreszcz, podniesiona ciepłota skóry do 41,5 C., bardzo przyspieszone tętno do 160 uderzeń, silne pragnienie, brak apetytu, nudności a także wymioty przy nagłym wystąpieniu gorączki, ból głowy, osłabienie ogólne, niekiedy krwawienie z nosa. Jeden objaw, zwłaszcza podczas grasującej epidemii, czyni więcej niż prawdopodobnym wybuch płonicy, a tym jest lekkie zapalenie gardła (*angina*), jako ogólne zaczerwienienie i obrzmienie całej tylnej części jamy ustnej, podniebienia miękkiego, migdałków i tylnej ściany gardziela. Ważnemi wskazówkami wybuchu płonicy są dalej: oddech szczególnie gorący, wielka częstość tętna, palenie skóry, silne wieczorne pogorszenia, mogące się wznieść do majaczeń i drgawek. Skoro objawy trwały przez jeden, co najwyżej przez trzy dni, pojawia się wysypka, a z nią drugi okres. Stosownie do natężenia choroby, okres ten bywa lżejszy lub cięższy.

## 2) Okres występowania wysypki i kwitnienia.

(*Stad. eruptionis et floritionis*).

Wysypka pokazuje się najprzód na szyi i na twarzy, a ztąd szybko szerzy się na całe ciało; w ciągu dwunastu godzin zwykle występowanie wysypki kończy się. Takowa zaczyna się najprzód pojawieniem się na szyi małych, zaledwie dostrzegalnych nie-namacalnych punkcików, poczem szybko występuje wyraźne zaczerwienienie. Jeżeli czerwonosć nie pokrywa całego ciała jednostajnie, ale w postaci rozleglejszych czerwonych plam na białem prawidłowym tle, to formę tę nazywają rozproszoną (*Scarlatina variegata*), gdy całe ciało jest zaczerwienione, to odmiana ta nazywa się płonicząlaną (*Scarlatina levigata*). Obie te formy nie dadzą się ściśle od siebie odzielić, albowiem często na pewnych częściach ciała widzimy jedną, na innych drugą odmianę, a jeszcze częściej *Scarlatina variegata* na wysokości występowania wysypki, wzmagą się do odmiany zlanej *Scarlatina levigata*.

Dzieci zdrowe, dotąd dobrze odżywione, stają się rakowato czerwone; natężenie téj barwy czerwonej zależy od bogactwa krwi, ogólnego stanu sił i rozwoju ciała przed wybuchem choroby. Czerwonosc ta dosięga najwyższego natężenia przy wieczornych pogorszeniach i przy wysileniach cielesnych, naprzykład podczas krzyku, — najslabszą, gdy dzieci się odkryją i ochłodną. Prawidłowa zwyczajna płonica utrzymuje się wyraźnie przez cztery dni; w pierwszych dwóch dniach czerwonosc skóry i ogólne objawy dosięgają swego szczytu, w dwóch ostatnich jedne i drugie słabą znowu. Jednocześnie z występowaniem wysypki, wzmagają się znacznie objawy zapalenia gardła, wszakże to ostatnie przy płonicy nigdy nie jest tak gwałtowne i bolesne jak proste zapalenie migdałków, ze znaczném obrzmieniem, gdy zapalenie przechodzi w ropienie.

Tak zwany „język płonicowy” jest także najwięcej cechującym po wystąpieniu wysypki. Jest on w nasadzie i pośrodku bardzo obłożony, na brzegach zaś i na wierzchołku ciemno-czerwony, brodawki grzybkowate są nieco obrzmiałe i nadają językowi ziarnisty wygląd, co dało powód, że w obec czerwonej barwy nadano mu nazwę „języka malinowego”. Niekiedy obrzmienie brodawek jest tak znaczne, że nawet więcej ku tyłowi gdzie znajduje się już białe obłożenie na języku, wystają one w postaci czerwonych kropek, w takich razach biały język okazuje się czerwono-nakrapianym. Ciepłota skóry w pierwszych dwóch dniach jest bardzo wysoka, a oceniając przez dotykanie, wyższa w miejscach mocno zaczerwienionych. W jednym wypadku Vogel znalazł ciepłotę w pierwszym dniu wysypki, w jamie pachowej podwyższoną do  $41,5^{\circ}$  C. Stejner zaś w swoich spostrzeżeniach widział ciepłotę sięgającą do  $42^{\circ}$  C.; tętno jest wówczas mocno przyspieszone, a pragnienie bardzo silne. Głębokie ogólne pogniębienie (*depressio*) bywa niekiedy tak znaczne przed wystąpieniem wysypki, że dzieci okazują się bezsilnymi jakby umierającymi, co jednakże przemija po wystąpieniu wysypki.

Heim pierwszy zauważył, że chorzy na płonicę wydają właściwą woń, która za bardzo silną podają i porównują z wonią sosu od śledzi, starego séra, lub z wonią jaka się daje czuć w menażeryi. Inni autorowie nie wspominają nic o tém lub w zupełności zaprzeczają, i tak naprzykład Vogel nie mógł się przekonać o jój istnieniu u chorych na płonicę. Bardzo wiele dzieci co prawda wydaje woń bardzo nieprzyjemną, lecz takowa pochodzi ztąd, że osoby otaczające nie pozwalają zmieniać bielizny, ani pościeli, sadzają dzieci w łóżko na nocnik, a częstokroć dłużej niż przez ośm dni nawet nie

dotykają ich wilgotną gąbką. Powstaje ztąd mieszanina woni, których składników dostarczają: kał, mocz i pot. Jeżeli jednak odbył się części płciowe będą czysto utrzymywane, bielizna zmieniana, i dziecię zostanie przeniesione na czyste łóżko, to we wszystkich wypadkach znika ta woń, przez niektórych za właściwą płonicy uznawana. Może być że za czasów Heim'a, objawiała się ona przy płonicy, wszakże w naszych czasach nie zdarza się coś podobnego spotykać. W wielu wypadkach dzieci doznają przykrego swierzbień skóry, zwłaszcza letnią porą. Około czwartego niekiedy dopiero ósmego dnia, objawy tak miejscowe jak i ogólne znacznie słabną, zapalenie gardła ustępuje bez śladu, wysypka blednie, gorączka ogranicza się do wieczornych pogorszeń coraz to słabszych, tętno traci na częstotliwości, dzieci siadają na łóżku, zaczynają się bawić i domagają się jedzenia.

### 3) Okres łuszczenia.

(*Stadium desquamationis*).

Czerwoność skóry blednie w takim porządku w jakim się pojawiała, a więc na szyi i na piersiach, w końcu z okolicy łędźwiowej i z wewnętrznych powierzchni ud, gdzie dostrzedz możemy ostatnie ślady wysypki nawet już szóstego i siódmego dnia od występowania takowej. Przed łuszczeniem zwykle pojawia się obfity pot i ciągle dosyć silne swędzenie skóry, poczem naskórek kruszy się i oddziela w postaci większych łusek, miejscami całymi płatami. Młody naskórek w pierwszych dniach jest słabo różowo zabarwiony i szczególnie gładki, wkrótce jednak przyjmuje wejrzenie naskórka dopiero złuszczonego. Najwydatniejsze łuszczenie bywa na palcach nóg i rąk, z kąd niekiedy można ściągnąć cały naskórek z większych przestrzeni, na przykład z całego palca w postaci palca od rękawiczki. Podobne łuszczenie odbywa się także na błonach śluzowych. Dzieci odchrykają i wykszuszają bez trudności mętny śluz; z języka również złuszcza się nabłonek, mocz staje się mętym i zawiera mnóstwo komórek nabłonkowych z rozmaitych części przyrzędu moczopłciowego, wreszcie występuje kilka obfitych stolców przenikliwej zgnięj woni.

Łuszczenie zaczyna się zwykle zaraz po zblednięciu wysypki, może jednak opóźnić się o 14 dni, co szczególnie zdarza się wtedy, gdy wyzdrowienie opóźnia się z powodu jakiegokolwiek wśród płonicy występującej sprawy chorobnej, na przykład w czasie ząbkowania,

przez niezbyt oskrzeli, kiszek etc. Im silniejsza będzie czerwonosc, tém łuszczenie jest szybsze i obfitsze.

Takim jest obraz prawidłowej płonicy. Odmiany są nadzwyczaj różnorodne i nie można ich nigdy podać w sposób wyczerpujący. Możemy najlepiej odróżnić w nich: 1) niezupełność lub odmiany postaci wysypki; 2) rozmaiłość w udziale błon śluzowych; 3) natężenie udziału stanu ogólnego; i 4) nieprawidłowe umiejscowienie.

## B. Odmiany płonicy.

### 1) Niezupełność lub odmiany postaci wysypki.

Do zupełnego obrazu płonicy potrzeba z głównych objawów: zaczerwienienia skóry i zapalenia gardła; jeżeli brak jednego z nich, to mamy odmianę niezupełnej płonicy, a mianowicie stosownie czy brak jednego czy drugiego będzie: 1) *scarlatina sine angina* i 2) *scarlatina sine exanthemate*.

*ad 1<sup>o</sup>*. Postać ta zdarza się dość często. Wysypka może wystąpić zupełnie, przebiegać prawidłowo, również i łuszczenie może się zjawić w czasie właściwym i należyście, a jednak dzieci wcale nie skarżą się na trudność przy polykaniu, migdałki odpowiednio temu nie są nabrzmiałe i zaledwie słabo zaczerwienione. Objawy ogólne nigdy przytém nie są silnego natężenia, a zajęcia błon śluzowych nieznaczne.

*ad 2<sup>o</sup>* O ile łatwą i pewną dla rozpoznania jest pierwsza odmiana, o tyle trudną druga, z powodu nadzwyczajnej trudności w rozpoznaniu od zwykłego zapalenia gardła, któremu dzieci mogą również ulec w czasie trwania epidemii płonicy. Przy zapaleniu gardła zależnym od płonicy, za cechy charakterystyczne służą: obszerność zaczerwienienia skóry, tak zwany „język malinowy”, rzadkość zropienia migdałków i gwałtowność gorączki, które to jednak objawy wszystkie mogą wystąpić przy prostém zapaleniu gardła u drażliwego dziecka. Płonicowe zapalenie gardła może być z pewnością rozpoznane tylko wtedy, gdy to samo dziecko leczone było już poprzednio na proste zapalenie gardła, a teraz zachodzi znaczna różnica w postaci i w natężeniu gorączki.

Wielu autorów przytacza, że nawet po płonicy bez wysypki, występuje zupełne łuszczenie się naskórka; Vogel nie mógł się o tém przekonać i radzi w obec istotnego łuszczenia się, przyjąć ra-

czéj przebycie wysypki skórnej choéby tylko przez kilka godzin istniejącej. Między obu temi odmianami znajduje się oczywiście cały szereg pośrednich przejść. Zdarzają się epidemie gdzie wysypka jest stosunkowo znaczna, a zapalenie gardła słabe, i odwrotnie epidemie, gdzie zapalenie gardła wywołuje gwałtowne przypadłości, podczas gdy wysypka daje się spostrzegać często przez krótki przeciąg czasu i tylko w kilku miejscach na ciele. Pod względem postaci wysypki odróżniamy głównie: 1) płonicę rozsypaną (*scarl. variegata*) i 2) płonicę zlaną (*scarl. levigata*). W pierwszej powstają najprzód plamy wielkości talara lub dłoni, oddzielone od siebie skórą prawidłową; w drugiej, cała powierzchnia ciała przybiera barwę rakowato-czerwoną, w którym to razie zawsze łuszczenie bywa najznaczniejsze. Pierwsza postać na szczycie wysypki przechodzi także w drugą.

Jeżeli wysięk w skórze właściwej jest obfity, to na powierzchni jej powstaje mnóstwo drobnych guziczków, przyczém skóra wydaje się w dotykaniu szorstką, na podobieństwo gęsiéj skóry. Guziczki te powstają przez powiększenie się brodawek skóry (*scarlatina papulosa*). Wreszcie przy znaczniejszym jeszcze zebraniu się wysięku, ten ostatni gromadzi się w postaci pęcherzyków wielkości ziarna maku, usiewających gęsto całą skórę; mieszczą one w sobie płyn mętny, alkalicznie oddziaływający, wreszcie pękają i wywołują kilkakrotne łuszczenie. Postać tę nazywają prosówkową (*scarlatina miliaris*).

W niektórych epidemiach pęcherzyki te znajdują się tak ściśle obok siebie, że zlewają się w większe pęcherze (*scarlatina vesiculosa, pustulosa, pemphigoidea*). Prosówka powstaje zwykle tylko w wybitnych ciężkich wypadkach. Niekiedy nareszcie wyrzut skórny pojawia się w pewnych godzinach z widocznym przestankowym typem (*scarlatina intermittens*); w innych obok czerwoności skóry, występują małe plamki z wynaczynieniem (*scarlatina haemorrhagica s. petechialis*), lub téż pokrzywka.

## 2) Modyfikacje udziału błon śluzowych.

Liczne zajęcia błon śluzowych przy płonicy świadczą, że choroba ta nie jest miejscową skórą, lecz ogólném cierpieniem. W miejscu zwykłym w jamie ustnej, zmiany bywają nader rozmaitego natężenia. Raz zasłona podniebieniowa i migdałki są tylko zaczerwienione, drugi raz oprócz zaczerwienienia są znacznie obrzmiałe, w innych nareszcie podczas złośliwych epidemii, przy niepomysłnych zewnętrz-

nych okolicznościach migdałki pokrywają się szaro-białymi błonami,— zapalenie gardła błonicowe (*angina diphtheritica*). Błony dyfterytyczne znajdujemy najczęściej na migdałkach; mogą one przy płukaniu gardła oddzielać się częściowo i pozostawić naruszenie całości i zaczerwienienie błony śluzowej, lecz ta już po kilku godzinach pokrywa się na zajętej przestrzeni nowym pokładem błonicowym. Woń z ust jest tu odrażliwa, połykanie utrudnione, a jeżeli błonica rozszerzyła się ku górze do tylniej części jam nosowych, to z nosa odpływa śluz bardzo cuchnący. Sąsiednie gruczoły podszczękowe i szyjowe zawsze przytém obrzmiewają a nawet podlegają niekiedy ropieniu. Stan ogólny zawsze znaczny udział przyjmuje, a skoro przyłączy się zgorzel błony śluzowej, wówczas szybko występuje upadek sił, znaczne utrudnienie połykania i oddychania, przyłącza się biegunka, majaczenia lub śpiączka, woń z nosa jest nie do zniesienia i w takim stanie dziecko zwykle kończy życie.

Co do obszerności zapalenie gardła również przedstawia różnice. W łagodnych epidemiach takowe ogranicza się do zastony podniebiennej i migdałków, skoro zaś wystąpi sprawa błonicowa, wówczas zniszczenie szerzyć się może i na trąbkę Eustachiusza, jamę nosową, jamę Highmora, gardziel i krtań, przez co stosownie do części zajętych, może nastąpić głuchota, odpływ z nosa, silne utrudnienie połykania lub objawy dławcowe. Epidemie z zapaleniem gardła błonicowem a jeszcze więcej zgorzelinowem, należą zawsze do najzłośliwszych. Niezbyt rzadko widzianem bywa u dziewcząt zapalenie błonicowe i zgorzel częściowa pochwy i sromu.

### 3) Natężenie zajęcia stanu ogólnego.

Poprzednicy nasi przyjmowali płonicę: 1) eretyczną, 2) synochalną, 3) otrętwiałą (*torpida*) i 4) ze skłonnością do rozkładu krwi (*septica*). Jakkolwiek wyróżnienia te nie zawsze dadzą się ściśle przeprowadzić, gdyż często w tym samym wypadku kilka tych odmian jedna po drugiej występują, to jednak przyznać należy, że charakter ogólnego odczynu ustroju w pojedynczych epidemiach może być bardzo rozmaity.

Do tego dodać należy jeszcze odmiany zależne od warunków indywidualnych (osobnikowych). W ogólności przyjąć należy, że im silniejszym, zdrowszym było dziecko przed zarażeniem się jadem płonicowym, tém więcej synochalnym, zapalnym jest odczyn jego ustroju



i odwrotnie im dziecko było słabsze, skażeniami dotknięte, tém sprawa będzie przebiegać więcej ze skłonnością do rozkładu krwi (septycznie).

Płonica z charakterem eretycznym dostarcza obrazu choroby jaki podano wyżej dla odmiany prawidłowo przebiegającej. Zwiastuny, wybuch, miejscowe i ogólne objawy występują z umiarkowaniem, bez gwałtowności i niebezpieczeństwa, a z tego powodu przebieg jest zawsze pomyślny. Jednakże z okresu zwiastunów prawidłowo przebiegającego i takiegoż wybuchu, nie należy jeszcze z pewnością wnosić o podobnie prawidłowym nadal przebiegu, z powodu że w każdym czasie charakter gorączki może się zmienić. Odmiana synochalna, zapalna cechuje się szybkim wybuchem choroby, gwałtowną gorączką, silną wysypką z wytworzenia pęcherzyków, znacznem zapaleniem gardła i objawami mózgowymi, bezsennością, majaczeniami, bólem głowy i światłowstrętem. W niektórych epidemiach przeważnie występuje postać otrętwiała czyli nerwowa. Choroba zaczyna się tu zaraz silnym upadkiem sił, zawrotem głowy, cichymi majaczeniami, omdleniami i śpiączką. Tętno jest wprawdzie nadzwyczaj przyspieszone, lecz małe i łatwo uciśnąć się dając. Zapalenie gardła skłonne jest do przejścia w formę błonicową. Wysypka występuje nie zupełnie, tylko w niektórych miejscach na ciele, kończyny są częściej chłodne niż gorące. Język staje się suchym jak w durzycy, występuje także obfita biegunka, a chorzy umierają zwykle bardzo prędko, drugiego lub czwartego dnia choroby. Przy badaniu zwłok zwykle nie znajdujemy miejscowej przyczyny dostatecznie objaśniającej nam zejście śmiertelne, tak że zmuszeni jesteśmy przyjąć wpływ jadu płonicowego na krew i układ nerwowy. Jeżeli dzieci takie zdrowieją, to narażone są na niebezpieczne choroby następce i przychodzą do siebie zawsze bardzo powolnie.

Najwyższym stopniem odmiany otrętwiałej (torpidnej) może być forma septyczna, gdzie zwykle wysypka wcale nie występuje, błona śluzowa gardła szybko ulega sprawie błonicowej przechodzącej w zgorzel, wśród powstania petoci, obfitych krwotoków z nosa, kiszek i nerek, poczem wkrótce następuje śmierć. Do ciężkich form zbaczających od prawidłowego przebiegu zaliczyć wypada tę, w której dzieci bez widocznego wylegania się choroby i zwiastunów podlegają nagle objawom durzycy lub zapalenia opon mózgowych, womitują, mająca, dostają drgawek lub drżenia mięśni i wpadają w śpiączkę przy nader wysokiej gorączce i obszernym ciemno-czerwonym zabarwieniu skóry. W takich razach dzieci umierają niekiedy w 36 do 48 godzin, nawet przed pojawieniem się wysypki na skórze. Zdarza się ona

u dzieci poprzednio silnie rozwiniętych, przyczyną zaś zdaje się być wysoka ciepłota i rozkład krwi.

#### 4) Nieprawidłowe umiejscowienia.

Miejscowe objawy nie zawsze ograniczają się do skóry i jamy ustnej, w niektórych epidemiach obok tych części, ulegają także w znacznym stopniu i inne narządy. I tak opisują epidemie wktórych dzieci umierały nagle wśród tężcowych kurczów, a wtedy przy badaniu zwłok znajdowano silny obrzęk a nawet ropiaste złogi na oponach mózgowych. Niekiedy zwłaszcza przy początku łuszczenia, błona śluzowa kiszek przyjmuje znaczny udział, powstają obszerne nieżyty kiszek lub czerwonkowe biegunki z bardzo bolesnemi wydymaniami. Najczęstszóm jednak ze wszystkich nieprawidłowych umiejscowień stanowią nerki, mianowicie przyłącza się ostre zapalenie mięższowe czyli ostra choroba Bright'a z puchliną, która to choroba powyżej szczegółowo została opisana. Zdarza się ona w niektórych epidemiach bardzo często, w innych zaś prawie wcale nie pojawia się. W ostatnich epidemiach w Monachium, zapalenie ostre nerek należało do wielkich rzadkości i nie występowało nawet tam, gdzie go się spodziewano, u dzieci ubogich przy braku pieczy i dozoru. W innych epidemiach połowa i nawet więcej chorych ulega puchlinie, pomimo zachowania wszelkich ostrożności, wszakże nie można zaprzeczać że właściwe zachowanie się zwłaszcza unikanie zaziębienia, może do pewnego stopnia zapobiedz złemu, ale i to przyznać trzeba, że główniej przyczyny występowania cierpienia nerek szukać należy w charakterze epidemii, dla tego stosunek zapadających waha się między 5 — 70%. Stejner podaje za pewne, że do przyłączenia się zapalenia mięższowego nerek niewątpliwie wpływa mechaniczna nieprzepuszczalność kanalików moczowych, wywołana obfitóm oddzielaniem się nabłonka. Puchlina (*anasarca*) bez choroby nerek pojawiająca się niekiedy, zdaniem Frerichs'a polega na bezwładzie nerwów skórnych, skutkiem zaziębienia podczas łuszczenia się naskórka.

Gdzie zapalenie gardła jest silne, zwykle téż występuje obrzmienie gruczołów chłoniczych na szyi, a niekiedy zapalenie ślinianki przyusznej. Z teje przyczyny może rozwinąć się zapalenie jam nosowych lub ucha w razach, gdy zapalenie błony śluzowej zwłaszcza błonicowe przenosi się na jamę nosową albo na trąbkę Eustachiusza, i w tym ostatnim razie może wywołać zapalenie ucha zewnętrznego,

początek błona bębenkowa pęka, a ropa wpływa na zewnątrz. Spodstrzeżaniem bywa także zapalenie błonicowe w oskrzelach (*bronchitis crouposa*), zapalenie płuc, opłucnej, zgorzel płuc, zapalenie ropne osierdzia, wsierdzia i opon mózgowych. Rzadko zdarzające się powikłanie i to w niektórych tylko epidemiach stanowi tak zwana *arthritis scarlatinosa* w stawie kolanowym, łokciowym, rzadziej udowym, skokowym lub barkowym, jest ono bardzo bolesne i prawie zawsze pociąga za sobą ropnicę; w mniej niepomysłnych wypadkach skurczenia mięśni i próchnienia kości.

Wreszcie zdarzają się także przerzuty do tkanki łącznej podskórnej, z wytworzeniem obszernych ropni, a w otrętwiąłej i septycznej odmianie płonicy niekiedy powstają szybko zgorzelińowe odleżyny.

Choroby następcze po silnej błonicy są bardzo różnorodne. Najczęściej zdarzają się: przewlekłe surowicze wylewy w jamach opłucnej, otrzewnej, albo zajęcie stawów po chorobie Bright'a, stępienie umysłu, płasawica, porażenia, głuchota, utrata mowy, ślepotą po gwałtownych objawach mózgowych, a u dzieci charłacznych i przy niestarannej pieczy widziano także zgorzel policzka (*noma*) i części płciowych. Stejner, Monti i Thomas spostrzegali jednocześnie istnienie płonicy obok odry lub ospy wietrznej.

Poniżej przy opisie odry podanym będzie rozpoznanie różniczkowe między płonicą i odrą.

Co do jadu płonicowego, to o jego istocie ani zmiany anatomiczne, ani chemiczne badania krwi i wydaliny żadnych nie dostarczają nam wskazówek. Z wyjątkiem obrzmienia i błonicy migdałków, nie znajdujemy wcale stałych zmian przy pośmiertnym badaniu.

**Przyczyny.** Płonica powstaje pod wpływem zarazki; takowy zdaje się najwięcej tkwić w blaszkach naskórki oddzielającego się przy łuszczeniu skóry, z którego to powodu zarażenie i przeniesienie go następuje najłatwiej w czasie łuszczenia nie zaś w okresie kwitnienia wysypki. Zresztą nie dowiedziono jeszcze na pewno, w jakim okresie zaczyna się zdolność zarażania się i w jakim takowe ustaje. Przytaczają wypadki gdzie dzieci chore na płonicę już w okresie zwiastunów miały zarazić inne dzieci, a z drugiej strony wypadki gdzie zarażenie miało nastąpić po ukończeniu się oddawna łuszczenia. Zaraźliwość nie we wszystkich epidemiach jest zarówno wydatną, w niektórych jest tak silną, że wszystkie dzieci jednej rodziny podlegają tej chorobie gdy u jednego dziecka płonica wybuchła, w innych

zaraźliwość jest tak mała, że większa część dzieci pozostaje zdrowych pomimo częstego stykania się z choremi. Stoll, Harwood i Miquel dokonali licznych doświadczeń ze szczepieniem krwi lub surowicy z pęcherzyków przy płonicy pojawiających się i często zdołali wywołać sztucznie tę chorobę, która była równie gwałtowną a nawet silniejszą niż u tych dzieci z których zaszczepienia były dokonywane. Jeżeli zaszczepienie wywołuje zarażenie tylko, a nie osłabienie i ściślejsze umiejscowienie jadu, to oczywiście nie odpowiada ono swemu celowi. Nie potrzeba do tego wcale żadnych złożonych rękoczynów, ale wystarcza samo zetknięcie z choremi na płonice. Najwrażliwsze na zarażenie są dzieci między 2 a 12 rokiem życia. Młodsze rzadko tylko zapadają i to w bardzo gwałtownych epidemiach. Śmiertelność waha się między 2 i 20%. Niektórzy wiarogodni autorowie zapewniają, że jedna osoba może powtórnie zapaść na płonice, jednak zdaje się to być nadzwyczajnie rzadkiem; Vogel zaś przypisuje to przypuszczenie raczej błędnemu spostrzeganiu, które w obec trudności w rozpoznaniu niektórych wypadków zasługuje na uwzględnienie.

**Leczenie.** Z powodu różnych właściwości cechujących pojedyncze epidemie, leczenie powinno być zależne od charakteru epidemii a także od osobnikowych warunków dzieci chorych na płonice; osłabia to wielce zaufanie nie wiele zachwalanych specyfików. Wyleczanie zalecanych tu licznych środków zapobiegawczych byłoby zbyt ciężkie, gdyż żaden nie okazał się w rzeczywistości skutecznym. Jedynie rozsądne i dowiedzione w swoich skutkach postępowanie zapobiegawcze, polega na zupełnym usunięciu zdrowych dzieci od chorych na płonice i od wszystkich osób stykających się z takimi choremi. Ograniczenie to powinno w każdym razie trwać 5—6 tygodni dla każdego chorego; niepodobna wszakże dociec o ile i jaką drogą płonica może się przenieść przez trzecie osoby. W ciężkich epidemiach przy wysokiej śmiertelności najpewniejszym środkiem będzie opuszczenie miejscowości w której panuje płonica, jednakże nie dla wszystkich jest to możliwe do wykonania.

Leczenie wynikłej już płonicy dokonywa się albo specyficznymi środkami według pewnych metod, albo też sposobem wyczekującym<sup>1</sup> objawowym.

Do specyfików należą węglan amonii (3 j—ij na  $\text{F}$  v. roztworu), woda chlorowa (3 j na  $\text{F}$  viii), kwasy mineralne lub organiczne (3  $\beta$  — 3 j. na dobę). Ze specyficznych metod stosowano dawniej lub jeszcze dotychczas następujące: ogólne upusty krwi, środki wymiotne

i przeczyszczające, zimne oblewania; metodyczne kuracze zimną wodą które wprawdzie nie okazały się o tyle szkodliwe jak starsi lekarze sądzili, jednakże w ciężkich epidemiach nie odznaczały się stanowczą skutecznością. Wcierania tłuszczu często zachwalane i znów zarzucone, obecnie gorliwego znalazły zwolennika Schneemann'a, który zaleca ich jednocześnie ze środkami chłodzącymi. Schneemann robi wcierania świeżą słoniną całego ciała z wyjątkiem głowy od pierwszego dnia choroby przez ciąg trzech tygodni, rano, w południe i wieczorem, po upływie zaś tego czasu, to jest w czwartym tygodniu tylko raz dziennie. Przytém ciepłota w pokoju nie powinna przewyższać 13° R., chorych zaś utrzymywać należy w łóżku koniecznie tylko podczas trwania wysypki, dopóki trwa gorączka, prócz tego zaleca się chłodząca dyeta, bez lekarstwa do wewnątrz. Słusznie kładzie Schneemann nacisk na dobre, często powtarzane przewietrzanie, przesadza jednakże radząc zniżyć ciepłotę w pokoju na 10—12° i codziennie otwierać na 3 godziny okna w mieszkaniu gdzie chory zostaje.

Zbytecznym byłoby dowodzić, że te tak zwane specyfikiki i metody specyficzne wcale nie wytrzymują krytyki i nie odznaczają się skutecznością w ciężkich epidemiach w obec silnego działania zarazka; w łagodnych zaś zalecają się głównie te, które są najmniej dla dzieci przykre i najmniej sprawiają osłabienia. Zresztą wybór środka lub metody jest względny do pojedynczego wypadku i charakteru epidemii.

Przytém nadmieniamy, że przy używaniu kwasów mineralnych wewnątrz i wcieraniu obojętnych tłuszczów wiele wypadków płonicy pomyślnie się kończy.

Leczenie wyczekująco objawowe ogranicza się na usuwaniu wszelkich szkodliwych czynników, któreby mogły niepomyślnie wpłynąć na przebieg choroby, oraz na łagodzeniu pojedynczych objawów a zwłaszcza gwałtownych i zatrważających.

Dokładne przewietrzanie pokoju gdzie chory leży, stanowi zawsze najpewniejszą rękojmię pomyślnego przebiegu. Najlepiej je wykonywać w ten sposób, że przeznaczamy dla chorego dwa sąsiednie pokoje, aby pół dnia przepędził w jednym, drugie pół dnia w drugim. Ciepło w pokoju podczas trwania wysypki powinno wynosić 13—15°, po zblednieniu zaś lub gdy wysypka nie rozwija się należycie, raczej nieco wyższe aniżeli niższe. Odzież i pościel dziecka należy urządzić w ten sposób aby nie sprawiała mu ciągłych potów, ale także i nie oziębiała zbyt. Dyeta podczas trwania gorączki powinna być

przeciwgorączkowa, w obec zaparcia lekko wypróżniająca, mianowicie komputy chętnie przyjmowane przez dzieci, przy skłonności do biegunki zadamy klejkie zupy, klejkowaty napój. Przestrzeganie zbyt szczupłej diety po ustaniu gorączki wpływa na opóźnienie rekonwalescencji, nie należy zatem obawiać się zbyt technicznie podawania łagodnych, lekko strawnych zwyczajnych pokarmów.

Skoro łuszczenie odbywa się należyście już przez kilka dni, to można przyspieszyć ukończenie się tegoż kilkoma bardzo ostrożnie dokonanymi kąpielami, poczem chorym dozwalamy stopniowo coraz dłużej i w dzień pogodne pozostawać na świeżem powietrzu. Dla zapewnienia się w obec wszelkich możliwych zarzutów, właściwem będzie nie wypuszczać dziecka przez 6 tygodni z pokoju, co jednakże nie da się zawsze zastosować zwłaszcza u ludzi uboższych i mniej dbałych, przy braku dozoru. Do wewnątrz przy prawidłowym przebiegu zadajemy leki obojętne lekko kwaskowate, solne lub klejkie przy wysypce nie dobrze rozwiniętej zalecamy węglan amonii (do 5  $\beta$  na dobę).

Przeciw towarzyszącym przykrym dla chorego lub zagrażającym objawom, nie należy działać zbyt pospiesznie ani zbyt energicznie. Silna gorączka przed wystąpieniem wysypki, mogłaby nas skłonić do odejścia krwi, podania chlorku 2 rtęci lub emetyku, przez co jednak raczej opóźnilibyśmy przebieg, aniżeli wpłynęli na zmniejszenie gorączki.

Zbytnie przedłużanie się występowania wysypki staramy się skrócić przez gorczyzniki i drażniące obmywania gorącym octem lub rozcieńczonym ługiem. Przy istniejącej wysypce właściwiej będzie zalecić wcierania słoniny, przez co zarówno łagodzi się przykre swędzenie, jakoteż poniekąd ochrania od działania powietrza na skórę i szybkiego ochłodzenia.

Groźne objawy mózgowe, majaczenia, senność lub śpiączka łagodzą się najwidoczniej za pomocą silnych zimnych oblewań głowy krótko ostrzyżonej, co godzina powtarzanych. Leki odurkowe wywołują niekiedy szybki upadek sił, tak że lepiej zupełnie ich zaniechać w pierwszych dniach. W postaci otrętwiałej, septycznej należy bezzwłocznie uciec się do chininy, kamfory, wina, piżma, stroju bobrowego i starać się o podtrzymanie sił.

Przy złośliwych błonicowych zapaleniach gardła, bardzo użyteczne byłoby energiczne miejscowe leczenie, co godzina wdychania wody wapiennej lub rozcieńzonego kwasu mlecznego (9 ij—3 j), wszakże staje tu na przeszkodzie upadek sił i opieranie się dzieci. Z tychże powodów

rzadko także udaje się zastosować płukanie gardła, tak że trzeba ograniczyć się na zadawaniu dzieciom na wewnątrz środków uważanych za *antidiphtheritica*. Najczęściej używają tu sławy węglan i chloran potażu, pierwszy pomyślnie wpływa na oczyszczenie błon śluzowych, drugi po części znosi niezdolną woń; zadajemy te obie sole oddzielnie, w roztworze wodnym, każdej do 5 j na dzień obok często dokonywanych oczyszczeń gardła a niekiedy i nosa a to za pomocą wstrzykiwań strzykawką.

O leczeniu zapalenia nerek była już mowa wyżej w odpowiednim rozdziale. Zapalenie gruczołu przyusznego wymaga ciepłych kataplazmów a po utworzeniu się ropnia zdradzającego swoją obecność przez wyraźne chęłbotanie, zachodzić może potrzeba wypuszczenia ropy przez nakłócie. Nieżyt kiszek należy o ile możności szybko znosić za pomocą makowca, środków klejkich i ściągających. Porażenia i kurcze pozostające niekiedy po płonicy wymagają odpowiedniego leczenia, o czém również była mowa powyżej; następcze zapalenia stawów i surowicze wylewy polepszają się przy użyciu ciepłych ból kojących okładów, środków rozprędzających i lekko czyszczących.

## 2) O d r a.

(*Morbilli*).

Odra stanowi ostrą zaraźliwą wysypkę skórą, przedstawiającą się pod postacią małych, okrągłych, czerwonych plamek, połączoną z nieżytowymi objawami i kończącą się drobném łuszczeniem. Ponieważ w pojedynczych epidemiach odry, podobnie jak i płonicy dostrzegamy znaczne odmiany w przebiegu, niebezpieczeństwie i w chorobach następczych, przeto właściwem będzie skreślić najprzód obraz prawidłowego przebiegu téj choroby, a potem zastanowić się nad jéj odmianami.

### A. Obraz z prawidłowym przebiegiem.

W téj odmianie można odróżnić dość ściśle cztery okresy: 1) zwiastunów, 2) występowania wysypki, 3) kwitnienia i 4) okres łuszczenia.

### 1) Okres zwiastunów.

(*Stadium invasionis*).

U dzieci silnych podczas lekkich epidemii zwiastuny nie są tak znacznego natężenia aby dzieci pokładały się i przedstawiały obraz groźnej choroby. Zwykłemi przypadłościami są: nieżyt nosa połączony z odpływem zwiększonej wydzieliny, częstém kichaniem i następczém obrzmieniem błony śluzowej nosa, dalej zaczerwienie łącznicy, łzawienie, lekkie zapalenie powiek, światłowstręt, chrypka i suchy krótki kaszel. Ogólne objawy ograniczają się na osłabieniu ogólném, rozłamaniu, braku apetytu, nieco powiększonej ciepłocie skóry, pragnieniu, nieznaczném podniesieniu gorączki, która u drażliwych dzieci może osiągnąć wyższego stopnia i pobudzić majaczenia skutkiem nieżyty żołądka. Język jest obłożony, przytém niesmak w ustach, okolica zaś żołądka dotkliwa za naciskiem. Niekiedy po silném krwawieniu z nosa objawy gorączkowe słabną. Przy zwykłym przebiegu objawy chorobne poczynają się zwykle dopiero w kilka dni po nastąpieniu zarażeniu i wzmaga się z każdym dniem.

Według dokładnych postrzeżeń Kerschensteiner'a, w rodzinach z kilkorga dzieci złożonych po zapadnięciu jednego z dzieci na odrę, zawsze przemija pewien przeciąg czasu, mianowicie 1—12 dni, zanim i inne téj chorobie popadną. Panum który miał sposobność czynić spostrzeżenia podczas epidemii na wyspach Faroer przy nader pomyślnych warunkach, przyjmuje okres wylegania ściśle 14-dniowy, a ponieważ z chwilą pojawienia się wysypki na skórze odra staje się zaraźliwą, to z pewném prawdopodobieństwem można przyjąć, że dzieci później zapadłe na odrę nosiły w sobie jad zarażający przez 10—14 dni. Wspomnione wyżej zwiastuny zjawiają się dopiero na 3—5 dni przed istotném wystąpieniem wysypki, a ztąd okazuje się, że zarażek odrowy pozostaje zupełnie bez wpływu przez pierwsze 6—7 dni po zarażeniu.

### 2 Okres występowania wysypki.

(*Stad. eruptionis*).

Wysypka występuje najprzód na twarzy, na policzkach lub na grzbiecie nosa, a ztąd szerzy się po szyi na tułów do górnych a potem i do dolnych kończyn. U dzieci poprzednio zdrowych, występowanie



wysypki zwykle kończy się w 24 godzin, wszakże wolniej się odbywa niż przy płonicy.

Wysypka zaczyna się od blado różowych, małych, okrągłych plamek wielkości soczewicy. Plamki te czerwieńnią coraz bardziej, a jeżeli usadawiają się ściśle obok siebie, to przez łączenie się wzajemne tworzą nierregularne figury, pomiędzy którymi zawsze jeszcze pozostaje pewna część skóry niezabarwionej. Ze wzmaganiem się czerwoności wznoszą się te plamki po nad płaszczyznę skóry i stają się u szczytu wyniosłości nieco żółtawe, nigdy jednak nie powstają pęcherzyki. Przy występowaniu wysypki ospy rodnięj (*variola vera*) przez kilka godzin istnieją takie same czerwone wyniosłe miejsca na skórze, które co do postaci miejscowo prawie niczym nie różnią się od wzniesionego wyrzutu przy odrze. Natomiast objawy ogólne w obu tych chorobach są nader różne, a rozpoznanie będzie pewniejsze pamiętając, że w krajach cywilizowanych gdzie szczepienie ospy ochronnej jest obowiązujące, ospa rodnia zdarza się nader rzadko (sporadycznie).

Czerwone wyniosłości wysypki odrowej zdają się być twardszemi od prawidłowej skóry, tak że pociągając ręką po jej powierzchni, doznajemy szczególnego uczucia niejednostajnej twardości. Na błonie śluzowej jamy ustnej pojawiają się również miejscami niejednostajnie zaczerwienione ogniska, wszakże wysypka w ustach o wiele jest mniej wydatną aniżeli przy płonicy.

Objawy ogólne z chwilą wybuchnienia gorączki znacznie się wzmagają, częstokroć dzieci mającą, są niespokojne i sprawiają wrażenie ciężko chorych. Stolec zwykle jest utrudniony, mocz ciemno-czerwony, obfitujący w kwas moczowy i mocznik.

### 3) Okres kwitnienia.

(*Stad. florescentiae*).

Wysypka odry trwa przez 4 dni na skórze. Gorączka i objawy ze strony błon śluzowych utrzymują się ciągle umiarkowanie a ogólne jednak niedomaganie znacznie się zmniejsza. Wysypka blednie w tym samym porządku w jakim występowała, najprzód na twarzy, potem na tułowiu, w końcu zaś z dolnych kończyn ustępuje. Największe obrzmienie i naprężenie istnieje drugiego dnia po wystąpieniu wysypki, trzeciego już zmniejsza się. Zanim skóra odzyska prawidłową barwę staje się niekiedy żółtawa, przy zwykłym przebiegu czwar-

tego dnia istnieją jeszcze zaledwie ślady zbladłej wysypki. W równej mierze zmniejsza się zapalenie łącznicy i nieżyt nosa, podczas gdy nieżyt oskrzeli odpowiednio znacznej obszerności błony śluzowej trwa jeszcze długo i często w wyższym stopniu niż z początku i przy obfitém wydalaniu plwociny.

Po zblednieniu wysypki na całym ciele rozpoczyna się:

#### 4) Okres łuszczenia.

(*Stadium desquamationis*).

Odnacza się złuszczeniem naskórka w postaci drobnych łusek lub białego pyłku z miejsc gdzie istniała wysypka.

Najlepiej można się przekonać o łuszczeniu, pocierając skórę czarnym sukniem, wówczas w miarę natężenia przebytej wysypki sukno będzie mniej lub więcej białe opylone. Błona śluzowa nosa i łącznica są w tym okresie zupełnie swobodne; jednakże z dróg oddechowych (oskrzeli) nawet przy prawidłowym przebiegu odry, dzieci wykrztuszają dość znaczną ilość śluzu przez kilka jeszcze tygodni.

Stan ogólny poprawia się nader szybko, tak że prawie niepodobna utrzymać dzieci dłużej na 3—4 dni po zblednieniu wysypki, i gdyby nie kaszel dość uciążliwy nie przedstawiają one żadnych chorobnych objawów, sen mają dobry, apetyt doskonały, stolce i mocz prawidłowe, a siły gorączką wyniszczone powracają po upływie kilku dni.

Taki jest obraz prawidłowo przebiegającej odry, w czasie umiarkowanej epidemii u dziecka zresztą zdrowego.

## B. Odmiany i choroby następcze.

Tu należy uwzględnić: 1) zboczenia odnoszące się do skóry, 2) błon śluzowych, 3) ogólnego stanu, 4) i szereg częstych, złośliwych chorób następczych.

### 1) Zboczenia dotyczące występowania wysypki.

Wysypka nie zawsze okazuje się w porządku wyżej przytoczonym. U drażliwych dzieci i przy zbyt gorącym przykryciu, wyrzut pojawia się już drugiego dnia po rozpoczęciu się zwiastunów i nie

trzyma się téż zwykłego porządku, mianowicie może ona najprzód pojawić się na kończynach dolnych zamiast na twarzy. Małe czerwone plamki miejscami zlewają się niekiedy, tak że powstaje trudność w rozróżnieniu wysypki odrowej od płonicowej; wszakże te większe czerwone plamy nie są nigdy na całym ciele rozsiane, a zawsze obok nich znajdziemy charakterystyczną wysypkę dla odrzy. Zdarza się również, że i przy odrze spostrzegana bywa wysypka pęcherzykowa, prosówka (*miliaria*), jednakże daleko rzadziej niż przy płonicy, a w takim razie łuszczenie bywa obfitsze i w większych blaszkach. Podczas złośliwszych epidemii wysypka niekiedy sinieje, nie znika bez śladu, ale pozostawia podbiegnięcia krwawe i wikła się ze złośliwymi cierpieniami błony śluzowej.

Czas trwania tego okresu może być rozmaity, w jednych wypadkach trwa 2—3, w innych przeciąga się 5—6 dni, a nawet podają, że po zupełnym jej zniknięciu po upływie kilku dni na nowo się okazuje. Prawie w każdej epidemii zdarzają się wypadki odrzy bez wysypki (*morbilli sine exanthemate*).

## 2) Udział błon śluzowych.

Błony śluzowe cierpią w ogólności więcej i silniej przy odrze niż przy płonicy, tak że tu zagraża częściej większe niebezpieczeństwo aniżeli od zakażenia krwi jadem płonicowym. Zwykle zapalenie łącznicy może się wznieść do złośliwego zapalenia śluzowatego (*conjunct. blenorrhoeica*) z silnym obrzękiem powiek. Nieżyt nosa wywołuje niekiedy tak silne podrażnienie błony śluzowej, że pobudza do ciągłego kichania, powoduje znaczny napływ krwi do głowy a wreszcie upadek sił (*collapsus*).

Zapalenie podniebienia miękkiego i nagłośni sprawia niekiedy bezustanne pobudzenie do kaszlu, który przyjmuje charakter napadów krztuścowych z wymiotami a nawet krwawieniem.

W złośliwych epidemiach chorobna sprawa nie ogranicza się na zwykłym przekrwieniu i nieżycie błon śluzowych. Zapalenie może przyjąć i błonicowy charakter, a skutkiem tego zdarza się przedziurawienie rogówki i zgorzel powiek, błonica migdałków, miękkiego podniebienia, cuchnący odpływ z nosa i ślinopłyn, a skoro błonica rozszerza się na krtań, stanowi wówczas bardzo groźne powikłanie. Wszakże zdarza się znów lubo w nader rzadkich wypadkach i to

w czasie łagodnych epidemii że objawy nieżyty wcale nie pojawiają się.

Zapalenie płuc zrazikowe stanowi częste powikłanie odry a dla dzieci poniżej roku jest ono bardzo niebezpieczne. Zgorzel płuc, zapalenie opłucnej, obrzęk głośni bywają także spostrzegane, krztusiec w razie jednoczesnego panowania epidemii tej chor. by.

Kanał pokarmowy daleko rzadziej przyjmuje udział w tej chorobie aniżeli narządy oddechowe, jednakże zdarzają się niekiedy biegunki bardzo złośliwe, zapalenie przełyku (*oesophagitis*) i zapalenie błonicowe żołądka (*gastr. crouposo-diphtheritica*), czerwonka (*dysenteria*). Natomiast wyjątkowo tylko cierpi układ moczopłciowy, wprost przeciwnie niż w płonicy, przy której zapalenie nerek i białkomocz należą do najczęstszych powikłań. U dziewczynek zdarza się zgorzel pochwy i warg sromnych zwykle kończąca się śmiercią.

### 3) Charakter gorączki.

Podobnie jak w płonicy tak i w odrze, przyjmują charakter gorączki: 1) eretyczny, 2) synochalny, 3) otrętwiały (*thorpid*) i 4) septyczny.

Zwykłym jest charakter eretyczny, obraz podaliśmy wyżej w opisie prawidłowo przebiegającej odry. Tu żaden objaw nie dosięga groźnego natężenia, umiarkowana wysypka występuje i znika we właściwym czasie, zajęcie błon śluzowych, gorączka i objawy mózgowie trzymają się w ścisłych granicach i nie przyłączają się żadne choroby następce.

Jeżeli odczyn naczyniowy dosięga wysokiego stopnia, to taką odmianę nazywają synochalną, zapalną. Zwykle objawia się ona gwałtownym już okresem zwiastunów, zapalenia błon śluzowych są bardzo silne, skóra pała, ciepłota jej przewyższa 40° C., a całe ciało usiewa się wkrótce ciemno-czerwonemi wystającymi plamkami. Objawy mózgowie są tu bardzo groźne, majaczenia występują naprzemian z głęboką śpiączką. Wysypka mocno rozwinięta trwa zwykle dłużej nad 4 dni i wyraźnie daje się dostrzegać jeszcze 5 i 6 dnia. Łuszczenie jest dość znaczne, odpowiednio silnemu przekrwieniu skóry, a choroby następce są częste.

W złośliwych epidemiach i u zakażonych zwłaszcza zoiżowatych dzieci przeważa otrętwiały charakter gorączki. Już okres zwiastunowy przewleka się tu wśród wątpliwych objawów, a zwłaszcza od samego początku zwraca naszą uwagę nadzwyczaj szybki upadek sił.

Dzieci skarżą się na zawrót głowy i bóle w członkach, są niespokojne, bojaźliwe i bezsenne, tętno jest bardzo przyspieszone, małe i łatwo ucisnąć się dające; wymioty, obfita biegunka, napady kaszlu podobne do dławcowych, upoważniają do niepomysłnego rokowania nawet przed wystąpieniem wysypki, która w tej odmianie odry rzadko tylko występuje w czasie właściwym i należycie wykształcona, zjawia się ona tylko w pewnych miejscach na ciele, nie nabiera zwykłej czerwonej barwy i znika w krótkim przeciągu czasu. Błony śluzowe mają wielką skłonność do dyfteryycznego zapalenia. Obfite biegunki, złośliwe zapalenie oskrzeli, dławiec, lub samo wyniszczenie sił bez widocznych miejscowych zmian, przerywają często pasmo życia.

Najwyższym stopniem tej postaci odry, jest odmiana septyczna lub gnilna. Wysypka na skórze występuje również nieregularnie i wikła się wkrótce z podbiegnięciami krwi. Z pomiędzy objawów mózgowych przeważa śpiączka i omdlenia. Błony śluzowe ulegają sprawie dyfterytycznej i zgorzeli, które u dziewczynek zwykle zajmują także część pochwy i srom. Obfite krwotoki z nosa i kiszek, mogą w bardzo krótkim czasie spowodować wysoką małokrwiłość; zdarza się także stan gnilny (skorbutyczny).

Otrętwiwały lub gnilny charakter nie zawsze istnieje od samego początku choroby. Zdarza się iż odra która z początku posiadała charakter zapalny, po kilku dniach przebiegu zupełnie się zmienia na odmianę otrętwiwałą, gnilną; rozróżnienie zatem rozmaitych postaci odry raczej ma wartość praktyczną dla leczenia, aniżeli ściśle naukową.

#### 4) Choroby następce.

Najczęstsze a zarazem najzłośliwsze choroby następce dotyczą narządu oddychania. Niekiedy rozwijają się one bardzo szybko i gwałtownie jako gruźlica prosówkowa, nieżyt kapilarnych oskrzeli, zapalenie zrazikowe płuc etc., tak że dzieci wcale nie opuszczają łóżka ale bezpośrednio po zniknięciu wysypki ustawicznie gorączkują, kaszlą i chudną;—zwykle jednak zdarza się dłuższa przerwa między zniknięciem wysypki, a wystąpieniem zatrważających objawów ze strony płuc. W takich wypadkach dzieci wstają z łóżka, nie gorączkują, mają apetyt, choroba przebyta zapomniana już zostaje; jednakże lekki nieżyt oskrzeli i nie dający się usunąć przy zachowaniu najściślejśm higieniczno-dyetytycznych przepisów ani żadnemi środkami, zwracać nakazuje baczną uwagę. Ścisłém badaniem przekonywamy

się, że powoli zjawiają się wieczorne pogorszenia, potem ogólne nie-  
domaganie; dzieci są smutne i słabną, przyczem kaszel staje się coraz  
silniejszym i częstszym. Wychudnienie staje się z każdym dniem  
wyraźniejsze, objawy miejscowe dają się wysledzić nawet przez ba-  
danie fizyczne i wzmagają się zwykle aż do śmierci. Wyjątkowo  
tylko przypadłości dają się w ich postępowaniu zatrzymać i zmniej-  
szyć, poczem dzieci przez całe lata jeszcze zatrzymują usposobienie  
do nieżyty oskrzeli i dosyć często ulegają ponownym pogorszeniom.  
Szczegółowe opisy tychże chorób a które doprowadzić mogą do suchot  
płucnych, podano w rozdziale o chorobach płuc.

Drugą chorobą następczą wikłającą się szczególnie z gruźlicą,  
jest zapalenie ucha połączone z odpływem, który często całemi miesią-  
cami opiera się działaniu środków lekarskich. Często także spotyka-  
na bywa pryszczycza (*eczema*) i liszajec (*impetigo*) na twarzy. U dzieci  
zoltowatych na całe lata pozostaje przewlekłe zapalenie oczów,  
zwłaszcza powiek.

Błonica (*diphtheritis*) wywołuje niekiedy bardzo późno jeszcze  
przewlekłą chrypkę, jednakże takie wypadki dają rokowanie cokol-  
wiek pomyślniejsze niż samodzielny krup czysto włóknikowy. Zda-  
rzają się również nieżyty kiszek, rzadko jednak dają wyniszczającą  
biegunkę i ustępują szybko przy dyecie i odpowiednich środkach  
ściąających. Jeżeli jednocześnie panuje krztusiec, to dzieci na  
odrę cierpiące łatwo temuż podpadają.

U dzieci zaniedbanych, zakaźną chorobą dotkniętych zdarza się  
niekiedy zgorzel policzka (*noma*). Inne zmiany przytoczone jako choro-  
by następcze: przesięk płynu do jamy worka sercowego, otrzewnej,  
zapalenie osierdzia, błon mózgowych etc., zdarzają się tak rzadko,  
że bezpośredni związek tychże z odrą jest bardzo wątpliwy.

**Zmiany anatomiczne.** Skóra dzieci zmarłych na odrę oprócz  
sinawego marmurkowania pokryta jest drobnymi łuskami naskórka,  
a niekiedy tu i owdzie plamkami z wynaczynienia krwi. Błona śluzowa  
jamy ust, krtani, oskrzeli, bywa niekiedy czerwonemi plamkami pokryta,  
jeżeli dziecie zmarło w okresie kwitnienia wysypki. Stosownie do po-  
wikłań i następstw, przy badaniu pośmiertném znajdujemy zapalenie  
płuc zrazikowe lub płatowe, błonicę w jamie ustnej wraz z jęj na-  
stępstwem, nieżyt kiszek, zgorzel sromu etc., jednak ani we krwi, ani  
w żadnym narządzie nie spotykamy takich zmian, któreby dostarczały  
pewnych wskazówek co do istoty odry; to jedynie zanotować wy-  
pada, że krew jest dość rzadką, ciemną i ubogą we włóknik, gru-

czoły oskrzelowe często są powiększone i zserowaciałe. Ostra przemiana tłuszczowa niektórych narządów z wytworzeniem się w nich limfomatów daje się i tu spostrzegać, ale nierównie rzadziej niż przy płonicy i w słabszym stopniu.

**Rozpoznanie odry.** Odra może być zamienioną z durzycą wysypkową, rumieniem (*erythema*) i płonicy. Durzyca wysypkowa panująca przeważnie w rossyjskich prowincjach morza Zachodniego, w Polsce i Prusach Zachodnich, w wielu wypadkach pod względem wysypki trudną jest do odróżnienia od odry. Przebieg jednak różyczki durzycowej i czas jej występowania są bardzo zmienne. W jednej i tej samej epidemii durzycy wysypka w jednych wypadkach trwa 9 dni, w innych 2 dni zaledwie i występuje 3—8 dni. Umiejscowia się zwykle na tułowiu i kończynach a od zamiany z inną chorobą (*rubeola*, *roseola syphilitica*), chroni wyraźnie typowy przebieg, cechujące objawy nieżytów, sposób rozwijania się gorączki i t. p.

U bardzo wielu noworodków i u starszych ssawców występuje rumień (*erythema*) na całym ciele, w postaci drobnych kropek lub większych nieco wzniesionych czerwonych plamek, które co do postaci wysypki z początku niczym nie różnią się od wysypki odrowej, przytym zwykle towarzyszy gorączka. Prawdopodobnie wysypka ta zależy od mechanicznych przyczyn, albowiem młoda i delikatna skóra nie jest jeszcze dostatecznie wytrzymała na działanie powietrza, kąpieli i odzieży, tak że brodawki skórne ulegają zapaleniu i powiększają się. Wysypka tego rodzaju trwa zwykle kilka dni, znika, niekiedy wraca, zwykle jednak nie wikła się z objawami nieżytowymi. Jeżeli takowa wypadkowo pojawia się, to jednak cała choroba nie przebiega tak typowo i nie zaczyna się tak silną gorączką jak odra, prócz tego rumień u noworodków występuje bez żadnego zarażenia; zresztą noworodki bardzo mało są wrażliwe na wpływ zarazka odry i zwykle zostają przez takowy oszczędzane, chociaż starsze dzieci w tym samym domu zapadają na odrę. Co do ospy (*variola*) nastęrczać się może wątpliwość tylko z początku choroby, jednakże wkrótce rzecz zostaje wyjaśnioną po uwydatnieniu się rodzaju wysypki. Odróżnienie odry od płonicy przedstawia niekiedy dosyć znaczne trudności, zwłaszcza gdy obie te choroby wysypkowe jednocześnie w danej miejscowości panują. Z tego powodu zestawimy tu obok siebie główne objawy i cechy rozeznawcze obu tych chorób.

## Rozpoznanie różniczkowe.

## O d r a.

Okres zwiastunów trwa 3—4 dni.

Zobjawów zwiastunowych najstarsze są: zapalenie łącnicy, światłowstręt, nieżyt nosa (kichanie, płynienie z nosa) i oskrzeli (chrypka, kaszel). Częstość tętna i ciepłota nieznacznie podniesione.

Wysypka stanowi małe, czerwone, okrągławe plamy, mało wzniesione nad powierzchnię skóry i tylko w niektórych miejscach zlewające się w większe, nierówno wyniesione plamy. Wysypka występuje najprzód na twarzy.

Wraz z wystąpieniem wysypki, ustępują groźne ogólne objawy.

Wysypka w odrze trwa w ogólności nieco dłużej od płonicowej, 4 dnia jest wyraźna, 5 i 6-go bardzo mało widoczna.

Łuszczenie w postaci miałkiego proszku.

Choroby następce: gruźlica płuc, nieżyt oskrzeli, zapalenie w narządzie wzrokowym, pryszczycza, dławiec i zapalenie płuc.

## P ł o n i c a.

Już 2 lub 3-go dnia występuje wysypka.

Objawów nieżytowych braku prawie zupełnie. Natomiast jest wyraźne utrudnienie połykania przy zaczerwienieniu i obrzmieniu migdałków. Gorączka już przed wystąpieniem wysypki jest bardzo silna.

Wysypka pokrywa prawie całe ciało, albo co najmniej stanowi wielkie płaskie nieregularne plamy. Najsilniejsza jest na częściach ciała pokrytych odzieżą. Zaczyna się na szyi i zwykle oszczędza twarz.

Gorączka i zapalenie gardła trwają bez zmiany podczas kwitnienia wysypki.

Wysypka w płonicy zwykle znika zupełnie czwartego dnia.

Łuszczenie w postaci dużych płatków.

Choroby następce: zapalenie nerek, puchlina, zapalenie ślinianki przyusznej, wypływ z ucha.

Pomimo tych rezeznawczych danych w niektórych wypadkach rozpoznanie pozostaje wątpliwé i to dało powód do nazwania takich wypadków: *scarlatina morbillosa* i *morbilli scarlatinosi*.



**Rokowanie.** Jak w płońicy zwykle stawianém bywa zbyt wątpliwe, tak przeciwnie w odrze nadto pomyślne, a to z powodu że chorych pozornie uleczonych z odrzy uważają często za zupełnie wyzdrowiałych. Wszakże choroby płuc prowadzące do suchot, bardzo często rozwijające się po odrze, zwłaszcza u dzieci żółzowatych i to nie dające się powstrzymać, są przyczyną znacznej śmiertelności, tak że przy dłuższém i ściśłem spostrzeganiu stosunek śmiertelności wcale nie wypadnie pomyślniejszy. Rokowanie zresztą zależy zwykle od charakteru epidemii, powikłań i od osobnikowych warunków. Wprawdzie bardzo mało tylko dzieci zamiera podczas kwitnienia wysypki lub bezpośrednio po łuszczeniu, zwłaszcza gdy dzieci są starsze od roku, jednak powikłania i następcze choroby zwłaszcza płuc, przyczyniają się do powiększania cyfry śmiertelności. W jednych epidemiach prawie wszystkie dzieci zdrowieją, gdy zaś w innych liczba zmierzających dochodzi do znacznej wysokości.

**Przyczyny.** Odra należy do rodzaju chorób niewątpliwie zaraźliwych, tak że w miastach nawiedzonych epidemią odrzy zapada wiele osób którzy nie przebyli téj choroby. Zarazek zdaje się być bardzo lotny, a do zarażenia nie potrzeba wcale bezpośredniego zetknięcia z chorem na odrę. Niekiedy daje się niewątpliwie wykazać przeniesienie choroby przez trzecie osoby.

Próby szczepienia krwią chorych na odrę w okresie kwitnienia wysypki mają się udawać; 7-go—12 go dnia powstaje prawidłowa dosyć łagodna odra. Ponieważ sprawa chorobowa nie zostaje przez to umiejscowioną, a przebieg jest prawie ten sam jak w razie przypadkowego zarażenia, przeto szczepienie podobnie jak i płońicy nie ma żadnego praktycznego znaczenia.

Zarazek odrzy nie wyłącza innych tego rodzaju chorób. Notowane są w nauce wypadki, że odrze podpadali chorzy na ospę, ospicę i zimnicę. Świerzba u dzieci zapadłych na odrę zwykle ustępuje dobrowolnie i w bardzo krótkim czasie, a to świadczy, że pasożyt świerzby (*acarus scabiei*), ginie od zarazka zdrowego lub w skutek materyalnych zmian w skórze.

Vogel przyjmuje szczególny związek odrzy z krztuścem, utrzymuje twierdząc że jeden zarazek zwykle ustępuje miejsca drugiemu, mianowicie koklusz występuje często po odrze, tak że skłania się do przyjęcia pewnej łączności pomiędzy temi dwiema chorobnemi sprawami.

**Leczenie odry.** Nie posiadamy żadnego zapobiegawczego leku przeciw odrze; wszystkie dotąd zalecane nie budzą zaufania. Szczepienie jak wspomniano nie prowadzi do celu, gdyż osiągamy tu zwykle to samo, co dzieci same przez się dostają, mianowicie zupełną sprawę odry. Jedynym pewnym środkiem ustrzeżenia się od zarazy jest odgraniczenie chorych na odrę i osób mających z nimi styczność. Podczas panowania prawdziwej epidemii osiągnąć się to daje niewątpliwie, jedynie przez zmianę miejsca pobytu i jest konieczne szczególnie u dzieci żołdowatych i wyraźnie usposobionych do chorób płuc, u których odra stale powoduje znaczne wzmoczenie się natężenia odziedziczonych chorób.

Odra prawidłowo przebiegająca wymaga jedynie leczenia wyczekującego, higieniczno-dyetycznego. Silne środki jak odciągnięcia krwi, emetyk lub przeczyszczające podane bez koniecznych wskazań, częstokroć zakłócają prawidłowy przebieg, nie uśmierając groźnych objawów przeciwko którym zostały zalecone. Najlepszą ochroną od nieprawidłowego przebiegu i od chorób następnych jest jednostajna dosyć wysoka ciepłota pokoju, 15° R. gdy dzieci pozostają w łóżku, 16° gdy się podnoszą. Dopóki spostrzedz się daje choćby ślad wysypki nie powinny one opuszczać łóżka. Po zupełnym znikięciu takowej należy zatrzymywać dziecię w pokoju przynajmniej jeszcze przez 14 dni, a w złyj porze roku nawet dłużej. Ciężkie pierzyny któremi według dawnego zwyczaju w chorobach obwijają dzieci aż po szyję, wywołują zbyt znaczny przeziw skórny (pot), po którym tém łatwiej o zaziębienie, dlatego właściwszy będzie materac włosianny i zwyczajna wełniana kołdra. Bardzo ważnym jest dostateczne przewietrzanie pokoju gdzie chory umieszczony, najlepiej w ten sposób, by mógł leżeć naprzemian w dwóch pokojach przyległych i oddzielnie przewietrzanych.

Wielu starszych lekarzy przestrzega aby dziecko na odrę cierpiące nie zostało myte przez kilka dni, nawet ręce i twarz, co przyzwyczajonym do czystości sprawia nie małą przykrość. Wszysey chorzy których Vogel leczył, mieli obmywane ręce i twarz dwa razy dziennie letnią wodą, bez jakichbądź niepomyślnych następstw. Dyeta powinna być ściśle przeciwgorączkowa, dopóki istnieje choćby ślad gorączki. Nieuzasadnione głodzenie dzieci przy rozbudzającym się apetycie nietylko sprawia im przykrość, lecz co ważniejsze opóźnia powrót do zdrowia. Podanie małej ilości odpowiednich, łatwo strawnych pokarmów: mleka, zupy i suchej bułki we właściwym czasie zaszkodzić nie może. Przy skłonności do biegunki po-

dawać należy pokarmy takową wstrzymujące, przy zaparciu zaś lekko wypróżniające pokarmy i napoje.

Leczenie odry z przebiegiem nieprawidłowym, powikłań i chorób następnych jest wątpliwe, z powodu że pomiędzy wszystkimi tu zalecanymi środkami trudno dopatrzeć skutecznego działania

W odmianie odry z wyraźnym zapalnym synochalnym charakterem znosi się dobrze saletra (Dj—Djj); u dzieci starszych i dobrze rozwiniętych ważne ze strony mózgowia objawy wskazują na przystawienie kilku pijawek. W formie otrętwiałej, nerwowej, wskazane są kwasy mineralne, china i wino. Silne pobudki do kaszlu łagodzimy przez odurki, jako to: belladonę, wodę gorzkich migdałów lub makowiec; przy trudnym wykrztuszaniu napar z korzenia ipeki. Ciężkie objawy mózgowie wymagają zimnych zlewań ostrzyżonej głowy. Gdy wysypka zbyt szybko znika lub spóźnia się z wystąpieniem stosujemy środki drażniące na skórę, najlepiej kilkakrotnie gorczyczniki, zalecano także w tym celu lewatywy z rozcieńzonego octu. Silne biegunki należy uśmierzać zapomocą makowca i środków ściągających, wolne wypróżnienia u dzieci zresztą dobrze rozwiniętych wywierają pomyślny wpływ przeciw objawom mózgowym.

Dyfteryczne sprawy błon śluzowych polepszają się przy używaniu większych dawek chloranu potażu (Djj—3 j na dzień). Wyłączenie miejscowe leczenie za pomocą przyżegania kamieniem piekielnym jest zupełnie bezskuteczne; przy wyraźnym charakterze septycznym, gnilnym, przy obfitych krwotokach z błon śluzowych, przy błonicy przechodzącej w zgorzel, podbiegnięciach krwawych w skórze, należy zastosować leczenie o ile można wzmacniające, jako to: większe ilości starego wina, chinę, piżmo i etery, zewnątrznie zalecano obmywanie wodą chlorową. Vogel jednak przyznaje że w wypadkach rzeczywiście septycznych, ta metoda leczenia nie daje dotąd dobrych wyników. Gruźlica rozwijająca się po odrze lub inne choroby płuc przychodzą stosunkowo częściej aniżeli gdy samodzielnie powstają; pomyślny wpływ w tym razie wywierają duże dawki chininy, 3—4 gran na raz co drugi dzień. Użycie tranu przez całe lata podnosi odżywianie i chronić może ustrój od nowych pogorszeń ze strony narządu oddychania. Najlepszymi środkami zapobiegawczymi przeciw wzmaganiam się tych ciężkich następstw są: powietrze wiejskie, kąpiele morskie i umiętne hartowanie dzieci.

### 3) R u b e o l a.

Niema prawie choroby względem której zdania autorów byłyby tak dalece różne jak co do rubeoli. Jedni uważają ją za zmodyfikowaną płonicę, drudzy za odrę inni nareszcie za formę połączoną płonicy i odry. Prócz tego jako rubeolę opisują bezgorączkowy rumień, pokrzywkę, nawet wysypkę durzycową i zdarzającą się przy cholercze, a w końcu zamieszanie doszło do tego stopnia, że nowsi autorowie zupełnie zaprzeczyli istnieniu téj choroby, wątpliwe zaś wypadki zaliczali do jednej z wymienionych form wysypek. Tego ostatniego zdania był także Vogel dopoki w roku 1865 na wiosnę nie miał sposobności leczyć 11 osób, 8 dzieci od 1/2—8 letnich i 3 dorosłych, którzy bez widocznych zwiastunów dostali jakiejś ostrój wysypki, niczem nie różniąc się od odry. Innych 5 wypadków leczył Lindwurm w tym samym czasie i również inni lekarze w Monachium, zapytywani przez Vogel'a oświadczyli że przypominają sobie szczególną formę gorączkowej pokrzywki z wysypką do odry podobną. Tak przedtém jak i później wysypka w mowie będąca nie zdarzyła się Vogel'owi, również nie poprzedzała, ani nie pojawiła się epidemia odry lub płonicy po jój ustaniu. Tę samą sprawę opisuje Köstlin w Sztutgardzie w następujący sposób: „w zimie 1860/1 roku w całym Sztutgardzie panowała przez 5—6 miesięcy epidemia rubeoli. Wysypka przedstawiała się w postaci guziczków z odcieniem żółtawym, tworzyła ona prążki krótsze lub dłuższe, często faliste, rzadko proste i pokrywała całe ciało. Wysypce téj towarzyszyło swędzenie skóry, znikiała ona po 2—3 dniach, niekiedy nawet wcześniej. Po większej części występowała ona i przebiegała bez udziału błon śluzowych i niezwykłych objawów, również nie było gorączki lub tylko bardzo niezauważalna. Wysypka ta okazywała się być bardzo zaraźliwą, ogarniała całe rodziny, a te same dzieci w jednej epidemii niekiedy nawet dwukrotnie zapadały na nią. Taż sama wysypka występowała równocześnie i w innych okolicach Württembergu.”

W nowszych czasach, ogłoszono 23 wypadków wybitnej rubeoli w Lipskiej rozprawie Oesterreich'a napisanej pod przewodnictwem Thomas'a, niemniej owe 5 wypadków Lindwurm'a i jedno własne spostrzeżenie asystenta jego Arnold'a w czasopiśmie „*Bayr. Intelligenzblatt.*”

Wreszcie Mettenheimer w Szwerynie opisał epidemię rubeoli panującą w lecie 1869, która co do opisu choroby odpowiadała

zupełnie powyższemu obrazowi i nazwaną została przez sprawozdawcę *rubeola*.

Objawy przez Vogel'a spostrzegane były następujące: wyrzut na skórze który niczém nie różnił się od wysypki odry; plamki sinawoczerwone wielkości ziarnka konopnego do wielkości ziarnka soczewicy i większe pokrywają całe ciało i wywołują zwykle przykre swędzenie. Plamki te miejscami skupione są tak gęsto, że się zlewają za pomocą wypustek w nieregularne figury; są one też wyniesione nieco nad powierzchnię skóry prawidłowej i przy pociąganiu ręką dają uczucie niejednakowej twardości. Jednak co do trwania nader różni się ona od odry; mianowicie znika już po jednym, co najwyżej po dwóch dniach w zupełności, a następujące łuszczenie jest bardzo nieznaczne, prawie niewidoczne. Toż samo tyczy się objawów nieżytowych. Chociaż przy silnie rozwiniętej wysypce na twarzy powieki brzmieją i łącznica nieco jest nastrzyknięta, to jednak bez wyjątku brak tu nieżyty oskrzeli, który natomiast w odrze jest objawem charakterystycznym, prawie stałym. W większej liczbie wypadków nie można było dostrzedz okresu zwiastunów, a wyraźne w pierwszym dniu objawy gorączkowe wraz ze zblednieniem wysypki znikają tak całkowicie, że już 3-gnia nie można dzieci zatrzymać w łóżku, powracają one bezwzględnie do zupełnego zdrowia bez żadnych chorób następczych.

**Leczenie.** Wystarcza zachowanie się bierne a raczej higienodyetetyczne postępowanie. Do zewnątrz rozcieńczone kwasy, zewnątrz zimne obmywania przeciw swędzeniu, oto całe leczenie jakie było stosowane przeciw najłagodniejszej ze wszystkich ostrych gorączkowych wysypek.

#### 4) O s p a.

(*Variola*).

Prawdziwa ospa ludzka stanowi najwięcej wykształconą formę chorobną ze wszystkich ostrych wysypek, zdarza się jednak obecnie o wiele rzadziej, z powodu rozpowszechnionego szczepienia ospy ochronnej i zastąpioną bywa łżejszemi odmianami, ospicą (*variolois*, *variola modificata*) i ospą wietrzną (*varicella*). Ospę stanowi gorączkowa, zaraźliwa, typowo przebiegająca wysypka, poczynająca się guziczkami i pęcherzyczkami, zmieniającemi się w krosty i strupy; na tej zasadzie można ją podzielić na kilka okresów, mianowicie: 1) okres wylegania i zwiastunów, 2) występowania i kwitnienia wysypki i 3) zasychania,

### 1) Okres wylęgania i zwiastunów.

Czas między przyjęciem zarazka i wybuchem wysypki waha się między 8 i 14 dniami. Pierwsze dni tego przeziągu czasu przechodzą zwykle bez żadnych objawów, a tylko w ostatnich dniach przed wystąpieniem wysypki, spostrzegamy coraz więcej chorobowych zjawisk. Zestawimy tu objawy zwiastunne u małych dzieci poniżej roku w przekonaniu że czytelnikowi znana jest ospa u starszych. Ponieważ u dzieci szczepionych prawdziwa ospa się rzadko się zdarza, a szczepi się u nas zwykle przed końcem pierwszego roku życia, przeto postać tę widzimy tylko u małych dzieci. Skoro kilka dni przedtém zaraziły się prawdziwym lub zmodyfikowanym jadem ospowym, dostrzegamy u nich częścią objawy ze strony żołądka, brak apetytu, język obłożony, wymioty i zaparcie, częścią objawy pobudzania układu naczyniowego i nerwowego jako to: pałająca skórę, ciepłotę podwyższoną na 39<sup>o</sup>—40<sup>o</sup> C. częste tętno, wielką niespokojność naprzemian z sennością, trwożliwe zrywanie się ze snu z krzykiem, zgrzytanie zębami, drgawki, niekiedy omdlenia i szybki upadek sił. Objawy te wzmagają się przez 3 dni, z wieczornymi pogorszeniami, aż wreszcie występuje wysypka. Objawy te nie są charakterystyczne tém więcej że u niemowląt niedostaje jednego ważnego objawu zeznawanego przez starsze dzieci i osoby dorosłe, a tym jest podmiotowe uczucie bólów w okolicy łędźwiowej i krzyżowej.

### 2) Okres występowania i kwitnienia wysypki.

Pierwsze ślady jój dostrzegamy na twarzy, ztąd szerzy się na tułów i górne kończyny, wreszcie i na dolne. W ciągu 24—48 godzin wysypywanie jest ukończone.

Pryszcz ospowy powstaje w ten sposób, że najprzód tworzy się na skórze czerwona nieco wyniosła plamka, której nie można odróżnić od wysypki odry; w środku téj czerwonej plamki rozwija się mały twardy guziczek, a na nim jeszcze mniejszy pęcherzyk, który jednak szybko się powiększa, w 2-im dniu do wielkości główki szpilki, w 3-im do wielkości ziarnka soczewicy, wreszcie cała pierwotnie czerwona plamka zamienia się na naprężony pęcherzyk wielkości połowy ziarnka grochu z pośrodkowym zagłębieniem. Nie wszystkie pierwotnie czerwone plamki ulegają téj przemianie; wiele z nich nie zamienia się na pęcherzyk, owszem znika bez śladu po upływie kilku dni, co najczę-

ścięj zdarza się na dolnych kończynach które stosunkowo do innych okolic najmniej zostają zajęte.

Przebieg ospy co się tyczy postaci i trwania wysypki jest zupełnie ten sam co u dorosłych. Jeżeli wysypka nie rozwinęła się zbyt obszernie po całym ciele, to po jej wystąpieniu ogólne objawy znacznie słabną. Wielki niespokój i majaczenia znikają, często staje się większe i wolniejsze, oddychanie regularne, odrażliwa zaś woń ospy jest wyraźniejsza po wystąpieniu wyrzutu na skórze niż przedtém. Tylko przy obfitęj wysypce na błonach śluzowych oczów, nosa, ust, etc. nie widzimy żadnego zmniejszenia się pobudzenia, albowiem silne bóle wywołane przez to, nie dadzą dzieciom uspokoić się. Dnia 6-go po wystąpieniu wysypki lub 9-go od początku choroby, niezaliczając w to okresu wylegania się choroby, występuje u dzieci także gorączka następcza wywołana ropieniem. Obwódka zapalna do koła pęcherzyków powiększa się, twarz brzmieje, rysy jej zmieniają się do niepoznania, skóra staje się znów gorącą i zaczyna się tak nieznośne swędzenie, że dzieci pomimo wszelkich ostrożności zdrapują pryszcze. Wreszcie następuje:

### 3) Okres zasychania i odpadania strupów.

*(Stadium exsiccationis et decrustationis).*

Zasychanie rozpoczyna się stopniowo, pryszcze pękają i zasychają w tym samym porządku w jakim powstały, najprzód na twarzy, następnie na szyi, stawach ręki, tułowiu a wreszcie na dolnych kończynach. Każdy pojedynczy pryszcz zasycha dosyć stale 9-go dnia po swém powstaniu, tak że wliczając 2—3 dni okresu zwiastunów, w dniu 11-ym lub 12-ym choroby wszystkie pryszcze zaczynają zasychać. Prawie nigdy nie następuje u dzieci dobrowolne pęknięcie lub wprost zasychanie bez pęknięcia pryszczy, z powodu że niepodobnym jest wstrzymać ich od drapania i tarcia skóry pobudzanego silnym swędzeniem.

Tym sposobem powstają na całym ciele zwłaszcza na twarzy brunatne grube strupy, które przy naturalnym przebiegu odpadają po 3—5 dniach i pozostawiają blizny pokryte naskórkiem, przez dzieci zaś zostają zwykle wcześniej zdrapane i zastąpione nowymi grubszymi strupami. Blizny ospowe mają u dzieci te same własności co u dorosłych, z tą różnicą że skóra dzieci jest znacznie cieńsza, zniszczenie tkanki po krostach jest płytsze, powstałe tym sposobem zagłębienia które były z początku bardzo znaczne coraz więcej wyrównują się.

Wysypka ospowa również i błonę śluzową nie zostawia wolną, i tak: pojawia się na błonie śluzowej jamy ustnej, gardła, przelyku, nosa, krtani, tchawicy, oskrzeli, kiszek, na łącznicy powiekowej i gałki oczne powlekającej. W okresie zasychania krost na skórze pryszcze w jamie ustnej i w innych okolicach zamieniają się w ciągu tego czasu na płaskie wrzodziki i wywołują powiększenie wydzielin. Wraz z zaschnięciem pryszczy znika gorączka następcza, apetyt powraca, a wyzdrowienie szybko postępuje, Niekiedy schodzą paznokcie na palcach rąk i nóg.

Thomas, Monti, Steiner i inni mieli sposobność widzieć u dzieci ospę jednocześnie z odrą lub z płonicą. Wypadki te nie są rzadkie.

**Rokowanie** u dzieci poniżej roku jest bardzo niepomyślne, około 60% umiera. Główne niebezpieczeństwo u małych dzieci zależy: 1) od gwałtownego okresu zwiastunów, gdzie śpiączka lub drgawki zagrażają życiu, 2) od gorączki następczej, która może przybrać durzycowy, septyczny charakter. U dorosłych zależy wiele jak wiadomo od charakteru epidemii: w łagodnych wacha się od 5—6%, w złośliwych zaś śmiertelność wynosi od 50—60%. Odmiany wysypki ospowej są u dzieci te same co u dorosłych; także i tu mamy względnie do kształtu, zawartości i sposobu usadawiania się krost rozmaite jej odmiany. Wspomniemy o takich tylko, które posiadają praktyczną wartość, inne zostały dziś zapomniane. Łagodną odmianę w której prawie nie dochodzi do wytworzenia się krost (*pastulae*) nazywają *Nirhus* (*Blattermasern*). Jeżeli wyrzut stanowią guziczki na podobieństwo brodawek wielkości prosa, bez ropienia i zapalnej otoczki, forma ta zowie się *Variola miliformis*; ta odmiana zdarza się u dzieci wyniszczonych poprzednimi chorobami. *Variola pemphigoidea*, gdy krosty mają kształt dużych pęcherzy. *Variola conflueus*, tu krosty ospowe zlewają się we większe ogniska ropą podminowane. *Variola haemorrhagica s. purpura variolosa*, jest odmianą, w której wysypkę stanowią małe guziczki lub pęcherzyki mało wystające, zawierają one wynaczynioną krew i występują przy bardzo natężonej gorączce i wielkiej niespokojności; prócz tego pomiędzy wyrzutem skóra upstrzona jest petociami. Nareszcie *Rupia variolosa* nazywają takie wypadki w których do koła podeschłej już krosty, tworzy się ropiasta wałowata otoczka i pelżająca się rozszerza.

Najczęstsze powikłania są: zapalenie krtani, opłucnej, opón mózgowych, niezbyt kiszek, ciężkie choroby oczne, wypływy z ucha, zgo-



rzel moszen; rzadziej zdarzają się: zarośnięcie otworów nosowych, błonica gardzieli, nosa, kiszki, krtani, choroby płuc, opon mózgowych, osierdzia, opłucnej, a przy jednoczesnym istnieniu płonicy także i nerki mogą udział przyjąć. Z najczęstszych chorób następczych są: wrzodzianki, ropnie w tkance łącznej podskórnej, ropnica, zapalenie stawów, zgorzel kości, a co najczęściej bywa u małych dzieci to szybko rozwijające się żoły we wszystkich jej postaciach i w rozmaitych okolicach ciała. Śmiertelność z ospy jest bardzo wielka u dzieci poniżej roku, zaledwie 40% zdrowieje.

**Zmiany anatomiczne** zachodzące przy ospie według licznych poszukiwań Auspitz'a i Basch'a, dotyczących rozwoju wysypki, jak podaje Stejner są następujące:

w guziczkach: zwykle 5 go dnia choroby wznosi się naskórek skutkiem obrzmienia warstwy Malpighiego, komórki i jądra powiększają się, naczynia właściwej skóry tak warstwy brodawkowej jak i pod nią leżącej rozszerzają się a do ich ścian przylega znaczna ilość małych okrągłych komórek; w łożysku (*stroma*) brodawek znajdują się podobne komórki, same brodawki nie ulegają zmianie;

w pęcherzykach: pod obrzmiąłem wydatnie komórkami warstwy Malpighiego ukazuje się uplot siatkowaty, budowy włóknistej, obejmujący komórki. Brodawki są szersze i krótsze, naczynia otoczone komórkami.

W krostach: uplot siatkowaty szerzy się ku właściwej skórze, staje się szerszym, a w przestrzeniach siatki znajdują się okrągłe komórki; zawartość krost przeważnie złożona z komórek ropnych, objęte są dwoma warstwami bezjądrowych komórek naskórka, jakby obrączką. Sprawa zapalna ustaje z oddzielaniem się zawartości krost, skutkiem wytworzenia się pod krostą nowego naskórka. Oddzielająca się treść krosty zasycha, powstaje strup pod który warstwa Malpighiego wraca do pierwotnego stanu lub następuje owrzodzenie.

Dołek po ospowcy jest to zagłębienie naskórka pierwotne lub dopiero w okresie odpadania strupów powstające i to jest następcze. Nie jest on wcale cechą wyłączną dla ospy i może także powstawać przy krostach innego rodzaju.

Co się tyczy innych zmian anatomicznych, to takowe zostały opisane po części przy płonicy i odrze, po części zaś zależne są od rodzaju powikłań i następczych chorób.

**Przyczyny.** Ospa jest wybitnie zaraźliwa, mianowicie przez powietrze, przez zetknięcie, przez zaszczepienie, najwięcej w okresie ro-

pienia i zasychania. Najważniejszą rzeczą pod względem praktycznym jest to, że nie tylko prawdziwa ospa u osób nieszczepionych wywołuje takąż ospą ale także niekiedy zetknięcie z ośpicą a nawet zupełnie lekką ospą wietrzną, może wywołać u dzieci nieszczepionych prawdziwą ospę.

**Leczenie.** Zapobieganie jest w możności uchronić od pewnych chorób, w żadnej jednak nie da się ono przeprowadzić z taką pewnością i bardzo prostym sposobem, jak przy ospie. Środkiem ku temu celowi służącym jest:

### S z c z e p i e n i e (*Vaccinatio*).

U naszych zwierząt domowych zdarzają się wysypki pryszczkowe, a zwłaszcza oddawna już znana jest ospa na wymionach krów. Nierozstrzygnięto jeszcze dostatecznie, czy ona powstaje przez działanie zarazka lub też dobrowolnie, przebieg jednak téj ospy jest dokładnie zbadany. *C a n s t a t t* pisze o niej co następuje:

Na kilka dni przed wysypką, krowy jedzą mniej, dają mało mleka i mają podniesioną ciepłotę wymion. Następnie, głównie na zewnętrznej powierzchni brodawek wymionowych, powstają małe czerwone guziczki, które zamieniają się na pryszcze, opatrzone wgłębieniem (*umbo*), zupełnie wykształcające się w ciągu 4—7 dni. Pryszcze te są barwy perłowej, wypełnione limfą z początku przezroczystą, później ropiastą i otoczone czerwoną obwódką; po 12 do 14 dniach pryszcze zasychają. Dotknięcie wymion obsypanych takimi krostami wywołuje u krów wyraźne oznaki bólu. Od wieku przeszło wiadomém jest, że ludzie chodzący około takich krów mogą się zarażać, również zauważano, że ludzie ci byli oszczędzani przez prawdziwą ospę. Fakt ten jednak został dokładnie zbadany i doświadczalnie stwierdzony dopiero przez *J e n n e r*'a, który 14 maja 1796 r. po raz pierwszy zaszczepił 8-letniemu dziecku, materię z rąk osoby dojącej krowy. Po prawidłowym przebiegu ospy krowiej, zaszczepiono temu dziecku na próbę d. 1 lipca ropę prawdziwej ospy; dziecko zostało nietkniętem. Doświadczenie to powtorzono kilka razy, a skoro dawały one pomyślne wyniki, założono 1799 r. w Londynie pierwszy publiczny zakład „szczepienia ospy krowiej“. Ztąd rozszerzył się ten sposób chronienia po całym ucywilizowanym świecie, tak że teraz prawie niema kraju, gdzieby szczepienie krowianki w pierwszym roku życia, nie było prawem nakazane.

Szczepienie to wykonywa się:

- a) limfą ospy krowiej, zebraną z krost dobrowolnie powstałych na wymionach u krów (krowianką);
- b) limfą zebraną u dzieci z krost powstałych po zaszczepieniu limfy ospowój z innego dziecka lub krowianki (limfa humanizowana);
- c) limfą z krost powstałych na wymionach u krów po zaszczepieniu limfy humanizowanej (limfa z retrowakcynacyi).

Najlepsze wyniki okazuje szczepienie wprost z ręki na rękę, igłą maczaną w limfie świeżo wysączającej się; takową dokonywa się w następujący sposób: postarawszy się o zupełnie zdrowe dziecko dobrze rozwinięte, nie posiadające żadnej wysypki i któremu przed ośmioma dniami zaszczepiono krowiankę, a ztąd powstały w miejscach szczepienia piękne pełne krosty, każdą z tych krost igłą do szczepienia kształtu lanceta ukośnie trzymaną, nakłuwamy powierzchownie przycz kilka razy w ten sposób, aby wystąpiła tylko czysta limfa wolna od krwi, w postaci większych kropli (co następuje dopiero po 1—2 minutach, gdyż jak wiadomo budowa krosty ospowój według Alibert'a, Bateman'n'a, Fuchs'a, Rayer'a, Simson'a i innych nie jest zwyczajnie pęcherzykowata, jak twierdzi Bärensprung i Hebra lecz jest krokiewkowata). Następnie maczamy w tej limfie dobrze osuszoną lancetową igłę do szczepienia, aby przednia i tylna jej powierzchnia została zwilżoną, ujmujemy pod pachę ramię dziecka któremu mamy szczepić, tak, aby zewnętrzna powierzchnia ramienia została napiętą; poczem w górnej jego trzeciej części robimy igłą 4—6 nakłuć, sięgających do warstwy brodawkowej w kierunku pionowym. Inne sposoby szczepienia dokonywają się:

przez nakrawanie skóry pionowo i poziomo lancetem zmoczonym poprzednio w limfie ospowój;

przez wtarcie limfy w powierzchnie skóry pozbawioną naskórka za pomocą małych przyszczydeł, nareszcie

przez nałożenie limfy na skórę i zdrapanie w tém miejscu naskórka igłą; metoda ta ma być najlepszą (Neuman'n) jako niebolesna i najmniej obrażająca skórę.

Nakłucia niepowinny zaraz krwawić, a najpewniej szczepienie ma udawać się w razach, gdy po nakłuciu zostaje tylko mały czerwony punkt. Nakłucia powinny być odległe od siebie przynajmniej na 6 linii, ażeby krosty w razach rozszerzania się nie połączyły się z sobą. Najlepiej jest szczepić w miesiącach letnich, w zimie przyszcze rozwijają się powolniej. Najwłaściwszy wiek do szczepienia jest między 3-im a 12-ym miesiącem życia. W razie panowania epidemii ospy, można

i należy dokonać szczepienia, nawet w kilka dni po urodzeniu. Dzieci które mają być szczepione powinny być zupełnie zdrowe i nie znajdować się w chwili wykluwania się zębów.

Dzieci szczepione nie wymagają szczególnego leczenia, mogą być przed i po szczepieniu kąpane, dla uniknięcia zaś tarcia, dobrze jest owinać ramię cienką opaską płócienną od 4—10 dnia, przez co okoliczne krostom zapalenie skóry (*erythema*) najpewniej utrzymana być może w umiarkowanym stopniu.

Przeniesienie chorób zakaźnych przez szczepienie krowianki z jednego dziecka na drugie, zdaje się być dowiedzione jedynie co do przymiotu. Żoły i krzywica nie udzielają się przez szczepienie limfy ospowej, ponieważ jednak u publiczności panują przesady w tym względzie, przeto najlepiej będzie dla uniknięcia zarzutów, wybierać tylko zdrowe dzieci do przeszczepienia, bez żadnych wysypek na ciele.

Limfę ospową należy mieć zawsze w zapasie, aby nie szukać jój lub nie sprowadzać dopiero w razie wybuchu epidemii ospy. Limfę tę zbiera się następującym sposobem: po lekkim nakłuciu kilka razy jednego lub kilku pryszczu dobrze rozwiniętych u dziecka zdrowego w 8 dni po zaszczepieniu i poczekaniu przez kilka minut, aż krople limfy wystapionej powiększą się, przykładamy do kropli zwyczajną szklaną włosowatą rurkę jój końcem. Rurkę tę należy trzymać ukośnie lub płasko, ażeby w razie poruszenia się dziecka nie zranić ramienia końcem rurki. Na prawach włosowatości rurka wypełnia się limfą, a należy utrzymywać ją w położeniu wskazanem dopóki limfa nie wsiąknie na wysokość cala i więcej; poczem lewą ręką uderzamy pionowo trzymaną rurkę kilka razy w grzbietową stronę prawej ręki, a tym sposobem zawartość jój wnika nieco dalej, wreszcie po odłamaniu końców rurki nożyczkami, tak aby z każdej strony szkło sięgało  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$  cala po za limfę, oba końce zalepić należy lakiem. Zebraną i zachowaną w ten sposób limfę utrzymać można całemi latami w stanie płynnym. W niskiej ciepłocie piwnicy (8—10° R.) zachowuje ona swoje własności znacznie dłużej, aniżeli gdy będzie przechowana w pokoju przy 15° R. W razie potrzeby zaszczepienia limfy tak przechowanej, należy odciąć nożyczkami oba końce rurki lakiem zalepione, wprowadzić rurkę włosowatą także w rurkę szklaną lecz obszerniejszą, w dolnym końcu lejkowatą i otwartą, a po wydmuchaniu limfy wprost na igłę, szczepienie dokonywa się zwykłym sposobem jak z ramienia na ramię.

Pryszczu po zaszczepieniu ospy rozwijają się w następujący sposób: lekkie zakłucia lub draśnięcia przedstawiają się jeszcze po kilku godzi-

nach w postaci czerwonych kropek lub kresek. Jeżeli wcale krew się niepokazała po nakłuciu, to znika wszelki ślad ranek: po wysączeniu zaś się krwi pozostają brunatne znaczki. Trzeciego dnia miejsce po zaszczepieniu czerwieni się mocniej i powstaje mały, okrągły, twarde guziczek, na którego wierzchołku rozwija się 5-go dnia perełkowaty pęcherzyk; ten ostatni rozszerza się coraz więcej, powstaje na nim wyraźne wgłębienie (*umbo*) jak w pryszczu ospy i zamienia się 8-go dnia w rozwinięty pryszcz czyli krostę sino-czerwono-przeświecającą i otoczoną przez czerwoną obwódkę. Zawartość pryszczu zaczyna mętnieć 9-go dnia, obwódka czerwona powiększa się coraz więcej i jednocześnie twardnieje, gruczoły pachowe stają się wrażliwe na ucisk a niekiedy przyłączają się objawy ze stanu ogólnego. Dzieci stają się niespokojne, nie śpią w nocy, mają pragnienie, skórę gorącą i są bardzo skłonne do ostrych chorób, zwłaszcza do zapalenia płuc i nieżytu kiszek. Po 2—3 dniach ustępują znowu te ogólne objawy, 11-go dnia czerwona twarda obwódka blednie coraz bardziej, mętna krosta traci wgłębienie (*umbo*) i zaostrza się nieco, a jeżeli była starannie ochraniana, to zwykle pozostaje całą i zasycha w brunatny strup, który odpada po 2—3 tygodniach pozostawiając bliznę białą, zagłębioną, niezupełnie gładką. W razie zdrapania lub starcia krosty wydziela się przez kilka godzin płyn zasychający w większy nieregularny strup.

Nie zawsze jednak przebieg krowianki jest prawidłowy i tak łagodny jak go tu opisano. Gorączka następcza staje się niekiedy tak silną, że zdaje się zagrażać życiu. Dzieci dostają gwałtownych drgawek, opadają z sił, bledną i wymiotują najprzód białym, potem żółcią zabarwionym śluzem żołądkowym. Wszakże nigdy nie zdarza się śmiertelne zejście zależne jedynie od gorączki następczej, a gdy dzieci po zaszczepieniu limfy ospowój umierają, to przy ściśle dokonaném badaniu na zwłokach, znajdziemy jeszcze inną przyczynę śmierci.

Dzieci z cienką i drażliwą skórą, podpadają naówczas także innym wysypkom; występuje na całym ciele rożyca pod postacią *erythema urticatum*, zdarza się także i to nie rzadko pokrzywka (*urticaria*), różyczka (*roseola*) lub wysypka pęcherzykowa *vaccinola* podobna do ospy wietrznej. U dzieci żołzowatych nie rzadko powstaje obszerna wysypka pryszczykowa zwłaszcza na zaszczepionych ramionach; wtedy krosty przez zaszczepienie powstałe nie goją się, ale zamieniają się na owrzodzenia żołzowate; zdarza się również *furunculosis phlegmonosa* a nawet zgorzel. Najgorszem powikłaniem jest różowate zapalenie skóry (*crisipelas*) na ramionach, które może objawić się przy niewłaściwym postępowaniu

niu, szczególnie u dzieci podległych zakażeniom. Dnia 9 lub 12go róża szerzy się na całe ramię, nawet na część tułowia, gorączka jest gwałtowna, krosty zamieniają się w owrzodzenia, wyzdrowienie postępuje powoli.

Z nieprawidłowości przebiegu miejscowego zdarza się zbyt szybkie i opóźnione wytwarzanie się krost. Jeśli limfa była zła, wzięta z nierozwiniętego dobrze przyszcza, to już po 2 do 3ch dniach powstają małe pęcherzyki, które nieznacznie wgłębione zaledwie dochodzą wielkości soczewicy, a po 6—8 dniach znowu zasychają. Rzadziej zdarza się stan przeciwny, t. j. że występowanie przyszczy znacznie się opóźnia, a okres wylegania ma trwać 8—10 dni. Jako prawdziwa choroba następuje po szczepieniu dokonaniem ze wszelką ostrożnością, występuje nagły wybuch cierpienia żółzowego, zdarzającego się u dzieci rodziców gruźliczych z nadzwyczajną szybkością i siłą.

Wielokrotnie już roztrząsano pytanie, na jak długo szczepienie krowianki chroni od ospy, a doświadczenia w tym kierunku dokonane doprowadziły do ogólnego wprowadzenia powtórnego szczepienia ospy w okresie dojrzałości (*revaccinatio*). Zdania są w tym względzie różne; tyle jednak jest pewnym, że dzieci u których rozwinęły się dobre krosty po zaszczepieniu, są zupełnie zabezpieczone od prawdziwej ospy; szczepienie więc jest cennym nabytkiem dla ludzkości i dlatego angielski parlament wystosował dla Jenner'a akt podziękowania i nagrodił go 30,000 funt. szterl.

Jeżeli w rodzinie gdzie znajduje się jeszcze jedno nieszczepione dziecko, wystąpi prawdziwa lub złagodzona ospa, to Vogel radzi temu dziecku o ile można bezwzględnie zaszczepić krowiankę, dla złagodzenia przebiegu zwykłej wysypki. Wtedy przyszcze krowianki i ospy przebiegają obok siebie bez szkody. Spostrzegano jednak że gdy krowianka uprzedzi ogólną wysypkę, ta ostatnia przybiera charakter mniej niebezpieczny. Liczne tego przykłady spostrzegaliśmy w Warszawskim Domu dla podrzutków, gdzie w razie epidemii wszystkim ssawcom, z wyjątkiem wątłych, niedonoszonych i ciężko chorych, zostaje szczepiona limfa ospowa z ręki na rękę lub krowianka; uważaliśmy przytém że środek ten jest najskuteczniejszym dla stłumienia epidemii.

Na tém kończemy opis szczepienia jako środka zapobiegającego a przystępujemy do opisu leczenia wybuchłej już choroby.

Leczenie rozwiniętej ospy jest zarówno higieny-dyetyczne i objawowe, podobnie jak płonicy i odry. Staramy się o dobre przewietrzanie, o jednostajną ciepłotę 14° R. i wstrzymujemy się od wszelkiego leczenia osłabiającego, zwłaszcza odciągnień krwi, chloru dwurtego i środków silniej przeczyszczających. Jeżeli istnieje niezbyt kiszek, co się zdarza zwykle u dzieci poniżej roku, to gdy takowy jest w umiarkowanym stopniu, możemy go pozostawić naturalnemu przebiegowi, z powodu że objawy mózgowe zostają przez to widocznie łagodzone; gdy jednak biegunka jest obfita, wypada ją uśmierzać za pomocą środków łagodzących, klejkich, mieszanki olejnej etc., a jeżeli te nie wystarczają i nie zachodzi przeciwwskazanie, podamy małe dawki makowca (co 3—4 godzin 1 kroplę nalewki).

Przy wystąpieniu ospowych pryszczycy, usiłowano zapobiegać powstawaniu krost na twarzy a przezto szpecących blizn. Środki tu zalecane pozostawiają wiele do życzenia, i częstokroć pomimo wielu starań powstają znaczne blizny. Vogel utrzymuje, że najpewniejszym środkiem mającym zapobiegać od utworzenia się szpecących blizn jest wczesne przyżeganie sposobem Bretonneau'a, maczając złotą ostrą igłę w stężonym roztworze azotanu srebra i nakłuwając nią każdy młody pryszczek o ile można najwcześniej. Dokonanie tego przyżegania 2go dnia po wystąpieniu wysypki, powstrzymać ma wyrzut w jego rozwoju, po kilku dniach naskórek podniesionym zostaje przez cienki strupek, który z czasem odpada bez pozostawiania dołka lub szpecącej blizny. Ponieważ przyżeganie tym sposobem jest bolesne i wymaga dłuższego czasu w razie gdy wysypka jest gęsta, dlatego Vogel ogranicza się do nakłuwania pryszczycy na oczach, powiekach, grzbiecie nosa i skrzydłach tegoż, pozostałe zaś części twarzy, czoła, policzki i brodę zaleca przykrywać plasterem rtęciowym, zmienianym co drugi dzień i oddalonym z miejsc gdzie pomimo przylegania plastru rozwinęły się krosty. Część pryszczycy ma niknąć poronnie w skutek tej metody leczenia, druga część nie rozwija się w zupełności a tylko bardzo mała liczba ma pozostawiać trwałe szpecące blizny. Z pomiędzy innych środków zalecano: obmywania roztworem sublimatu, wodą chlorową, pędzlowanie nalewką jodową, kleiną (*collodium*), wszystkie jednakże dopiero wyłuszczone metody i środki, jak również niszczenie krost saletrzanem srebra albo żadnej, lub co najwięcej tylko małą świadczą usługę. Przy wysokiej gorączce chinina, naparstnica i kwasy mineralne, przy palącej skórze i przykrém uczuciu rozprężania Steiner radzi zimną kąpiel, mokre zimne obwijania, nacierania tłuszczem. Po wystąpieniu wy-

syпки ogólne leczenie ogranicza się na dyecie przeciw zapalnej, regulowaniu wypróżnień stolcowych i na małych dawkach makuwca przy wielkiej niespokojności. *Variola haemorrhagica* oprócz staranego przewietrzania wymaga przetworów chinu i wina.

W okresie ropienia i zasychania trzeba się starać o ochronienie krost od zdrapania i zrywania przedwczesnego strupów, w którym to celu najlepiej nałożyć dzieciom lniane rękawiczki. Przeciw silnemu swędzeniu okazało się pomocnym posypywanie skóry krochmalem lub smarowanie mieszaniną wody wapiennej i oliwy. Przebywanie dzieci w jednostajnej pokojowej ciepłocie powinno być przestrzegane dopóki wszystkie strupy odpadły a młode blizny zaczynają bieleć. Odpadaniu strupów dopomagają ciepłe kąpiele i smarowania tłuszczem. Gdy gorączka przybrała charakter otretwiąły, septyczny, należy uciec się do środków nanerwnych i wzmacniających, o jakich już była mowa przy leczeniu płonicy. Leczenie powikłań ze strony narządu wzroku nie posiadają wielkiej praktycznej wartości, z powodu że silne obrzmienie powiek uniemożliwia wszelkie działanie.

### 5) Ospa złagodzona, ospica, ospianka (*Variolois*) i ospa wietrzna (*Varicella*).

Przed odkryciem własności i szczepienia krowianki, powszechnie znaną już dawno była lekka choroba u dzieci, ospa wietrzna. Od tej najslabszej formy do najwięcej rozwiniętej, zlewającej się ospy, istnieje cały szereg odmian przejściowych, które zostały objęte pod nazwę ospicy czyli zmodyfikowanej ospy (*variolois*). Hebra i wielu innych lekarzy a pomiędzy niemi i Vogel utrzymują, że ospicy nie można uważać za oddzielną wysypkę, zostającą bez bezpośredniego związku z prawdziwą ospą, gdyż zdarza się dość często, że osoby nieszczepione dostawały najcięższych form ospy od chorych na ospę wietrzną, i odwrotnie osoby szczepione w skutek zetknięcia się z choremi na prawdziwą ospę, dostawały tylko ospy wietrznej.

Hebra i zwolennicy jego teorii utrzymują, że jest jedna sprawa ospowa okazująca się w trojakiiej postaci, mianowicie: jako *variola vera*, *variolois* i *varicella*, a to względnie do natężenia chorobnej sprawy. Inni zaś zwłaszcza w ostatnich czasach (Thomas) przypuszczają: że dla ospy wietrznej (*varicella*) istnieje oddzielny



jad, różny od jadu ospy prawdziwej i ospicy. Pomimo ścisłych badań wątpliwość do dziś dnia utrzymuje się w tym względzie i to na zasadzie danych przemawiających za jedną lub za drugą teorią. Jednakże dla dokładniejszego przedstawienia rzeczy właściwem będzie trzymać się dawniejszego porządku i zatrzymać dawniejsze nazwy a z tego powodu wypada oddzielnie opisać ospicę i ospę wietrzną, chociaż one nie są ostro od siebie odgraniczone.

### Objawy ospicy (*variolois*).

Przy ospicy możemy odróżnić te same okresy co przy ospie, wszakże trwają one krócej i są mniej wydatnie określone; trwanie ospy od początku zwiastunów do zasychania krost wynosi razem 16—18 dni, ospicy zaś tylko 7—11 dni.

Zwiastuny są też same co przy ospie, zwykle jednak nie trwają całych 3ch dni, ale tylko 24—36 godzin i są w ogóle mniejszego natężenia. Woni właściwej ospowatym nie daje się tu wyczuć, natomiast, czego zwykle nie spotykamy przy ospie prawdziwej, zjawia się prawie zawsze przy ospicy ciemno czerwona *erythema*, w obszernych plamach („*Rash*“). Wysypka dopiero wspomniana nie może być uważaną za początek pryszczycy; rozwijające się później krosty mogą zarówno występować na miejscach wolnych jak i na miejscach zajętych przez nią.

Wysypka ospicowa występuje szybciej i mniej regularnie. Zaczyna się ona nietylko na twarzy i nie zstępuje również stopniowo po tułowiu do dolnych kończyn, ale zwykle występuje prawie jednocześnie na całym ciele. Podczas gdy przy ospie na tém samym miejscu ciała wszystkie pryszczycy stają na jednym stopniu rozwoju i nie pojawiają się w nowych występach (*Nachschübe*), to przy ospicy znajdujemy zwykle guziczki, pęcherzyki i większe pryszczycy obok siebie, a ilość pryszczycy powiększa się przez kilka dni jeszcze. Przy ospicy znajdują się wprawdzie pojedyncze pryszczycy, nie różniące się od pryszczycy ospowych ani wielkością ani budową, większość jednak nie wykształca się na pryszczycy z wgłębieniem (*umbo*), ale jako pęcherzyki przeświecające wielkości ziarnka prosa, zasychają w odpowiednio cienki strupek.

Ogólne objawy do chwili wyrzutu i tak słabo natężone, z okazaniem się wysypki albo znikają zupełnie, albo przynajmniej bardzo słabną. Prawdziwej gorączki następczej wcale niema, a choroby czu-

ją się zwykle dosyć dobrze, tak że trudno ich utrzymać w łóżku. Nawet najbardziej rozwinięte krosty zaczynają zasychać 5—6 dnia, a niekiedy pomiędzy zasychającymi pryszczami widzimy jeszcze krosty spóźnione, wznoszące się w postaci pęcherzyków, zwykle jednak giną poronnie. Ropienie jest bardzo ograniczone, dlatego i otoczenie nie ulega różowatemu zaczerwienieniu, a krosty łatwemu pękaniu. Zwykle wyrzut szybko przysycha, strupy odpadają po kilku dniach i pozostawiają lekko zaczerwienione, mało zagłębione blizny. Pryszczce na błonie śluzowej jamy ustnej i gardła goją się także prędzej niż przy ospie.

Choroby następcze są tu rzadkie i nie budzą obawy u dzieci poprzednio zdrowych. Niekiedy rozwijają się uporczywe wrzedzionki albo też liszajec (*impetigo*) z obrzmieniem sąsiednich gruczołów chłonniczych. U dzieci zożłowatych różne formy tego zakażenia zwykle robią znaczne postępy.

**Rokowanie** jest o wiele pomyślniejsze niż przy ospie, z dzieci poniżej roku umiera 8—10%, ze starszych zaledwie 5—6%. Niebezpieczeństwo zależy głównie od udziału krtani, jeżeli przyłączają się objawy dławcowe i nagły obrzęk głośni; dalej zależy od gwałtownych zabójczych drgawek, od powikłania z zapaleniem płuc lub opon mózgowych, wreszcie od septycznego charakteru gorączki, który tylko niekiedy daje się spostrześć.

### Leczenie ospicy.

Szczepienie krowianki nie chroni wcale od ospicy; zmienia ono raczej wpływ zarazka ospy prawdziwej o tyle, że jego przeniesienie się na dziecko szczepione, może co najwyżej wywołać ospicę. Ponieważ wielokrotnie przekonano się, że ospica u dzieci szczepionych łagodniej przebiega niż u nieszczepionych; przeto i w tym względzie wypada przyjąć, że szczepienie krowianką dobroczynny wpływ wywiera.

Leczenie ospicy rozwiniętej jest higieniczno-dyetyczne i objawowe. Tyczy się ono tego wszystkiego co powiedziano przy leczeniu ospy, przyżeganie pryszczycy na twarzy w wielu wypadkach jest zbyt niebezpiecznym, z powodu że nie sięgają one głęboko w tkankę skóry i pozostawiają nieznaczne tylko blizny. Dla uchronienia od większych blizn, można stosować pokrycie znaczniejszych krost plastrem rtęciowym. O rzeczywistej wartości tych środków wspomniano przy opisie ospy.

W początku choroby najlepiej zadawać tylko rozcieńczone kwasy mineralne, środki zaś klejkie gdy istnieje biegunka. Przy dławcowych objawach największe usługi oddaje silne przyżeganie gardła i nagłośni stężonym roztworem azotanu srebra ( $3\beta-5j$  wody). W okresie zasychania u małych dzieci należy zapobiedz drapaniu za pomocą nałożenia rękawiczek z płótna na całe ręce; większym dzieciom rozumie się że takie postępowanie jest przykre i dlatego ograniczyć się tu należy na obcięciu krótko paznokci na rękach i nogach. Zdrowienie (*convalescentio*) robi zwykle szybkie postępy, tak że rzadko potrzebnym jest przedsiębrać następcze wzmacniające leczenie.

### Objawy ospy wietrznej (*varicella*).

Ospa wietrzna jest najłagodniejszą ze wszystkich ostrych wysypek, tak że większa część wypadków zwłaszcza podczas obszerniej epidemii, zakończy się pomyślnie bez leczenia. U dzieci starszych zresztą zdrowych nie widzimy prawie wcale zwiastunów. Niekiedy poprzedzają objawy ze strony żołądka 1—2 dni trwające, wymioty, brak apetytu, ból w żołądku, lekka gorączka lub utrudnienie w wydzieleniu moczu.

Bez szczególnego wzmocnienia się tego okresu zwiastunów, wybuchu wreszcie wysypka bez porządku, jednocześnie na rozmaitych częściach ciała: Małe czerwone plamki wznoszą się szybko w ciągu 6—12 godzin, zamieniają się na pęcherzyki wielkości grochu, które jako takie nie dadzą się odróżnić od drobnych pęcherzyków, powstałych w skutek oparzenia. Są one zwykle okrągłe lub owalne, zwykłej budowy, bez beleczkowatego utkania, tak że przy nakłuciu prawie cała zawartość szybko z nich wypływa na zewnątrz. Wgłębienie (*umbro*) wcale nie istnieje lub tylko nieznaczne. Większa część tych pęcherzyków znajduje się na plecach i na piersiach, mniej na kończynach, a najmniejsza ilość na twarzy; tylko na czole pokazuje się jeden lub kilka pryszczyków.

Zwykle więc jedno tylko występowanie ma miejsce, ale w następnych dniach pokazują się nowe pęcherzyki, tak że obok siebie możemy znaleźć świeże pęcherzyki ospy wietrznej i strupki pozostałe po dawniejszych.

Chociaż większa część pęcherzy nie przenosi wielkości małego ziarenka soczewicy, to jednak u wszystkich chorych na ospę wietrzną znajdziemy na grzbiecie lub na czole kilka pryszczyków, które powo-

dują wgłębienie (*umbo*) i przypominają bardzo krosty ospowe. Przebieg pęcherzyków w ospie wietrznej jest bardzo prosty i szybki. Zawartość ich mętnieje po 2—3 dniach, a 4go dnia zasycha w płaski, listkowaty strupek, który po kilku dniach odpada i niepozostawia wcale blizny a tylko czerwoną plamkę. Mała czerwona obwódka powstała w czasie zmętnienia zawartości pęcherzyków, znika znowu skoro strupki zaschły. Czerwona plamka wskazująca jeszcze przez kilka tygodni miejsce gdzie strupy się znajdowały, znika po upływie tego czasu bez śladu.

Jeżeli późniejsze bezgorączkowe pojawianie się wysypki nie przewlekają zbyt długo przebiegu, to cała choroba kończy się po 8—10 dniach, z wyjątkiem czerwonych plamek zostających po pryszczkach. Choroby następne nie zdarzają się tu, tylko u dzieci żółtobiałych rozwijają się niekiedy z pęcherzyków przewlekłe, wilgotne wysypki, które opierają się leczeniu przez długi przeciąg czasu. Zwykłym zejściem ospy wietrznej jest szybkie i zupełne wyzdrowienie.

Pomiędzy odmianami tej zwykłej ospy wietrznej przytaczają: *varicellae lenticulares*, gdzie żaden pęcherzyk nie przenosi wielkości ziarnka soczewicy i nie posiada wgłębienia, oraz *varicellae coniformes s. acuminatae*, gdzie najprzód powstają na skórze twarde guziczki, na których później następnego dnia wznoszą się małe, ostro zakończone pęcherzyki. Takowe szybko zasychają a twarawa jego podstawa ustępuje przy kilkakrotnym łuszczeniu się naskórka.

Zestawiwszy treściwie wszystkie różnice między ospicą i ospą wietrzną wynika: że ospa wietrzna w przeciwstawieniu do ospicy, nie posiada żadnych zwiastunów lub krótkie tylko, że wysypka okazuje się bez porządku, w licznych późniejszych występach, twarz jest prawie zupełnie wolna, pęcherzyki po 2—3 dniach zasychają i nie pozostawiają żadnych blizn. Przytém nadmienić wypada, że szczepienie krowianki i przebycie prawdziwej ospy nie chroni od ospy wietrznej, która zresztą nigdy nie zagraża życiu.

### Leczenie ospy wietrznej.

Skoro przy ospicy już wystarcza bierne zachowanie się lekarza, to tém bardziej tyczy się ospy wietrznej. Nawet mniej ścisłe zachowanie przepisów higieniczno-dyetycznych nie zwykło groźnych następstw prowadzić. Dzieci wolne od gorączki trudno nawet utrzymać w łóżku. Wyższe ciepło w pokoju nie jest też konieczne potrzebne w tej chorobie, tak że nawet przy zaniedbaniu jednostajnej ciepłoty

choroba pomyślnie przebiega. W okresie zwiastunów, przy istnieniu gorączkowych objawów, skoro znajdują się zaległości w przewodzie pokarmowym, należy podać lekkie środki przeczyszczające, tamaryndy lub sole średnie; pryszcze smarować oliwą lub innym tłuszczem obojętnym, utrzymywać dzieci przez kilka dni na ścisłej diecie roślinnej i starać się o jednostajną ciepłotę w pokoju. Po odpadnięciu strupów dobrze jest uregulować działalność skóry przez 3—4 letnich kąpiele.

### 6) **Różyca u noworodków** (*Erythema neonatorum*).

Pominąwszy fizjologiczne czerwone zabarwienie skóry z jakim wszystkie prawidłowo rozwinięte dzieci przychodzą na świat i które dopiero po kilku dniach zamienia się najprzód na żółto-czerwoną a wreszcie różową, zdarza się jeszcze bardzo często u noworodków różyca guziczkowata (*erythema papulosum*).

**Objawy.** Różyca jest zwykle najsilniej rozwinięta na piersiach i grzbiecie, i stanowi małe ciemno czerwone guziczki na dnie również czerwonym umieszczone. Skóra właściwa jest przytém nieznacznie tylko nasiąkła, wszakże swędzenie zdaje się przytém towarzyszyć i to jest przyczyną niespokojności dzieci podczas trwania wysypki. Czerwonosc znika szybko za naciskiem palca i zjawia się znowu silniej po ustaniu ucisku. Po kilku dniach wysypka blednie, a miejsca najciemniejsze łuszczą się nieco.

W przebiegu trudno dopatrzeć stalszego typu, cała sprawa może się ukończyć w przeciągu 2—14 dni. Choroba ta niekiedy powtarza się. Ogólne objawy prawie wcale nie zostają wywołane przez różycę; — dzieci zostają wolne od gorączki, błony śluzowe nie biorą żadnego udziału, apetyt istnieje, czém różyca dostatecznie już odróżnia się od płonicy i odry. Wysypka sama ma wprawdzie wiele podobieństwa głównie do płonicy, tak że należy wziąć na uwagę wszystkie towarzyszące objawy, aby można było wyłączyć płonice i odrę. Zresztą noworodki rzadko zapadają na te ostatnie ostre wysypki.

**Przyczyny.** Przyczyny różycy są najprawdopodobniej zewnętrzne, zatem przemawia występowanie jęj w pierwszych dniach życia,

i częste powroty u tego samego dziecka. Delikatna mianowicie skóra noworodków nie dobrze znosi drażnienie bielizną a nawet kąpielą i ulega silnemu przekrwieniu wzmagającemu się często do wyższego stopnia i powodującemu guziczkową różycę.

**Leczenie.** Ponieważ różycyca znika dobrowolnie i to w krótkim przeciągu czasu, przeto możemy zachować się biernie. Dopóki wysypka trwa należy unikać tarcia skóry, a zwłaszcza po kąpeli, która codziennie powinna być stósowana; po wyjęciu dziecięcia z wody należy go zawijać w suche chusty bez obcierania, celem unikania podrażnienia. Lekkie wcierania tłuszczowe z ol. kokosowego lub innego obojętnego tłuszczu uspakajają nieco dzieci. Pieluszki i koszulki powinny być w tym czasie cienkie i miękkie.

### 7) Wyprzałość (*Intertrigo*).

Wyprzałość stanowi obnażenie, utratę naskórka między fałdami skóry, powstałą w skutek tarcia się dwóch podrażnionych i do siebie przylegających powierzchni skóry. Zdarza się ono najczęściej między pośladkami, w składce pachwinowej, pod pachami i na szyi. Tłuste dzieci pomimo zupełnego zdrowia i troskliwej pieczy mogą dostawać wyprzałości we wszystkich fałdach skóry, u chudych zdarza się to tylko wtedy, gdy ze skórą stykają się przez czas dłuższy stolce biegunkowe i pieluszki moczem przesiąkłe.

Pierwszy stopień wyprzałości stanowi zaczerwienienie i zwilgocenie się odpowiedniej fałdy skórnej. Naskórek rozmięka wtedy nadzwyczaj szybko i daje się zetrzeć w postaci białej masy, poczem dostrzegamy skórę ciemno-czerwoną i bolesną za dotknięciem. Wydzielina téj ranki staje się wówczas dosyć obfita, tak że mogą powstawać strupki. Przy zachowaniu czystości i stosowném postępowaniu, naskórek utracony wkrótce się odtwarza; gdy jednak dzieci są zakażone lub wyniszczone a biegunka jako pierwotna trwa ciągle, to obnażenia zamieniają się na wrzody, mogą powlekać się błonami dyfterytycznymi, a w najgorszych razach nawet ulegać zgorzeli.

Zwykła wyprzałość u tłustych dzieci ustępuje przy stosowném leczeniu po 2—3 dniach, zaś u dzieci wyniszczonych i przy częstych nieprawidłowych wypróżnieniach podtrzymuje się dopóki nie ustanie biegunka.

**Leczenie.** Jako środek zapobiegawczy używają stosownie u tłustych dzieci posypywanie nasieniem widłaka (*semen lycopodii*) który zapobiega stykaniu się i tarcia, a będąc słabo namakającym przez długi czas pozostaje suchym. Zwykle jednak nieświadomi używają tego proszku jako środka leczniczego przy utraconym już naskórku, w takim razie nie jest on wcale odpowiednim, z powodu że wypłód zlepia proszek widłaka w twarde duże skorupy, które przyczyniają się do znacznego powiększenia zapalenia skóry. Gdzie zastosowano to niewłaściwe postępowanie, należy rozmiękczyć strupy oliwą i oddalić je delikatnie. Obnażenia najlepiej pomazać maścią ołowianą lub cynkową, które w praktyce u ubogich można zastąpić lojem. Codziennie nie zbyt ciepłe kąpiele są najlepszym środkiem ochronnym od wyprzałości.

### 8) Róża (*erysipelas*).

U starszych dzieci 5—15 letnich zdarzająca się róża nie różni się niczym od tejże u dorosłych, dlatego opis jęj pomijamy tu. Natomiast róża u noworodków i ssawców, przedstawia zwłaszcza pod względem objawów i rokowania tak znaczne odmiany, że wypada nam o nięj oddzielnie pomówić.

Rodzaj ten róży cechuje się wielką i stałą skłonnością do zmiany miejsca (wędrowania), gdyż nie ogranicza się na jednę większą lub mniejszą część ciała, ale przechodzi po całej powierzchni skóry. Zawsze zajęte zostają najbliższe części, podczas gdy poprzednio chore stopniowo bledną, tak rozszerzająca się róża ustępuje dopiero po przesunięciu się jęj po całym ciele, niekiedy nie ogranicza się na tém lecz powtórnie pojawia się w jakimkolwiek odleglejszym miejscu, znowu szerząc się po mniejszej lub więcj znacznej powierzchni ciała.

Objawy miejscowe nie różnią się od objawów zwykłej róży, tu należą: zaczerwienienie, obrzmienie, podwyższenie ciepłoty zajętej okolicy ciała i ból za naciskiem. W jednem miejscu róża w okresie kwitnienia pozostaje przez 1—3 dni, późnięj blednie nadzwyczaj szybko, skoro zajęła inne części.

Cała sprawa w rzadkich wypadkach kończących się wyzdrowieniem, trwa 4—5 tygodni; noworodki umierają prawie stale po kilku dniach; dzieci kilkomiesięczne również wyjątkowo tylko zdrowieją.

**Przyczyny.** U noworodków róża rozpoczyna się zwykle w okolicy pępka i zdarza się szczególnie często podczas trwania epidemii gorączki połogowej; w takim czasie prawie nigdy nie następuje prawidłowe zabliznienie pępka. U starszych dzieci przyczyną róży mogą być wszelkie możliwe obrażenia skóry. Najczęściej zjawia się przy krostach wynikłych po zaszczepieniu krowianki, może jednak zarówno zacząć się od zwykłego starcia naskórka w fałdzie skóry (wyprzałość, *intertrigo*). W obec częstotści wszystkich wspomnianych dopiero zmian na skórze i w obec rzadkiego występowania róży przyjąć wypada, że w razach pojawiania się jój zawsze musi istnieć pewne usposobienie, bez którego wszystkie te przyczynowe mementa pozostają bez skutku.

**Leczenie.** Wszelkie usiłowania umiejscowienia róży i przeszkodzenia jój szerzeniu się nie doprowadziły do celu. Oprócz wielu innych środków probowano nawet żelaza rozpalonego, lecz i to nie zapobiegało szerzeniu się. Leczenie wewnętrzne powinno być w każdym razie wzmacniające. Anglicy opisują pomyślne skutki po zadawaniu nalewki z chlorniku żelaza (*tinct. ferri muriatici oxydati*), co godzina 2 kropel. Nieliczne wypadki które Vogel miał sposobność leczyć z pomyślném zejściem, traktowano chininą (2—3 gr. na dobę) przez kilka dni a przez kilka tygodni co godzina łyżeczkę wina Bordeaux. Miejscowo używał on tylko oleju kokosowego.

## 9) Pokrzywka (*urticaria*).

Jest wyrzutem skórny pod postacią większych lub mniejszych, okrągłych lub nieregularnych, twardawych wyniosłości (*pomphi*), powstających przez nagłe wytworzenie się surowiczego płynu w powierzchniowych warstwach właściwej skóry (*corium*). Część środkowa jest biaława, obwodowa zaś czerwona. Wysypce tej łatwo znikającej towarzyszy zwykle uczucie przykrego swędzenia i palenia skóry. Występuje odrazu na całym ciele, przeważnie umiejscawia się na twarzy, tułowiu i na kończynach w okolicy stawów, w innych razach powolnie w jednych miejscach występuje, gdy dawniejsze ogniska nikną. Stan ogólny albo żadnego nie przyjmuje udziału, albo też przed okazaniem się wysypki lub w czasie jój trwania towarzyszą lekkie objawy gorączkowe i gastryczne.



Pokrzywka występuje skutkiem osobnikowych warunków, jako następstwo zaburzeń w nerwach naczynio ruchowych, dalej widzianą bywa przy gorączkowych ostrych wysypkach, zębowaniu, po silném drapaniu się, cholery, wpływie silnego gorąca lub zimna, po spożyciu pewnych pokarmów (poziomek, ostryg, raków etc.), nareszcie skutkiem zaburzeń w płciowym rozwoju.

**Leczenie** zależne od przyczyny, miejscowo zaś przykre uczucie swędzenia i palenia uśmierza się smarowaniem oliwą, okładania mokrego zimna.

### 10) Wyprysk (*Herpes*).

Wypryskiem nazwaną jest wysypka na skórze, złożona z gromadki przeświecających i obok siebie ustawionych pęcherzyków na czerwonej podstawie; płyn zawarty w pęcherzykach oddziaływa alkalicznie. Występowaniu towarzyszy zwykle ból a nawet zdarzają się wypadki dreszczów i gorączki. Pojawia się szczególnie w miejscach odpowiadających przebiegowi gałęzi nerwów, łatwo i szybko przysycha, a po odpadnięciu blaszkowatego strupka wcale żadna lub tylko bardzo wiotka i cienka pozostaje blizna.

Z pojawiających się u dzieci form nadmieniń wypada:

*Herpes facialis* na wargach, nosie, policzkach, czole, skroniach i muszlach usznych, wśród silnych gorączkowych chorób, trwa bardzo krótko.

*Herpes Zoster* odmiana pokrzywki odznaczająca się bardzo silnym bólem, zdarza się tylko u dorosłych i to zwykle po jednej stronie, na bocznej ścianie klatki piersiowej, brzucha, na ramieniu, udzie, głowie, a zawsze w kierunku gałęzi nerwów. Trwa kilka do kilkunastu dni. Bliższy jej opis pomijamy jako wysypki nie zdarzającej się w dziecięcym wieku.

*Herpes iris* pojawia się najczęściej na grzbiecie rąk i nóg, rzadko na tułowiu lub twarzy, odznacza się tém, że do koła jednego pęcherzyka, wypryska obrączka z pęcherzyków, ułożona w ten sposób że najmłodsze pęcherzyki znajdują się na jej obwodzie. Po 8—12 dniach znika.

**Leczenie** polega na zapobieganiu drapania i ścierania wysypki, przykre uczucie palenia zmniejszą zimne okłady, odurki pod formą

nadstrzyknięć podskórnych lub wewnątrz, połączone z chininą. Przy dłuższym trwaniu liszaju tęczowatego (*herpes iris*) zalecają maść z czerwonego tlenika rtęci (gr. j na 3 j tłuszczu).

11) **Bąblica** (*Pemphigus simplex*, — *Pompholyx*).

Bąblica przedstawia się pod formą pęcherzy rozmaitej wielkości, od ziarnka soczewicy do orzecha laskowego, wypełnionych płynem z początku przejrzystym później mętniejącym, a osadzonych na skórze niezmienionej lub też czerwono zabarwionej. Przed okazaniem się bąbli zdarza się swędzenie i palenie. Surowicza zawartość tychże z czasem zamienia się w płyn ropiasty, niekiedy z przymieszką krwi, która jeżeli cały pęcherzyk wypełni, stanowi formę bąblicy zwaną *Pemph. haemorrhagicus*, jednakże odmiana ta do wyjątków należy.

Najwięcej usposobione są kończyny, szczególnie dolne, rzadziej pojawia się na tułowiu, częściach płciowych, szyi, twarzy, a jeszcze rzadziej na głowie, dłoniach i podszwach (cecha przeciwna bąblicy przymiotowej), niekiedy tylko na błonie śluzowej ust i nosa.

Przebieg bywa ostry i przewlekły. Pierwszy wyłącznie u dzieci pojawia się, częstokroć gorączką nawet znacznie natężoną; drugi zwykle bez odczynu w ogólnym stanie, przewleka się długi przeciąg czasu, ustępuje i znów pojawia się w miejscach wolnych od poprzedniej wysypki. Forma ta przeważnie u dzieci spostrzegana bywa, dorośli znacznie rzadziej jęj ulegają.

Bąblica występuje częściej u dziewczynek, zwłaszcza w pierwszych miesiącach życia; ostra u silnych dobrze odżywionych dzieci stanowi łagodną chorobę, przewlekła zaś będąca powikłaniem groźnym u dzieci wyniszczonych ciężkimi chorobami i dotkniętych charakterem jest chorobą niebezpieczną.

**Leczenie** w ostrzej formie polega na czystości i posypywaniu wysuszającym proszkiem z krochmalu, talku, etc.; w przewlekłej, środki wzmacniające, dobre karmienie, wino, china, kąpiele, miejscowo zaś środki wysuszające.

12) **Pryszczycza** (*Eczema*).

Chorobę tę stanowi zapalenie skóry, przy którym płynny wyplód zbiera się pod naskórkim i w postaci drobnych, gęsto obok siebie osadzonych pęcherzyków, zajmuje większą powierzchnię skóry. Stósownie czy podstawa i najbliższe części skóry są słabo lub mocno zaczerwienione i obrzmiałe, odróżniają: *eczema simplex s. vesiculosum* i *eczema rubrum*. Gdy pęcherzyki stają się większe i wypełnione są ropą, to taką odmianę pryszczycy nazywają: *eczema impetiginoides*.

Wspomniane dopiero odmiany nie zawsze są samoistne; zdarza się że na tém samym dziecku jednocześnie lub przynajmniej kolejno mogą występować wszystkie te trzy formy pryszczycy. Pod względem obszerności odróżniają: *e. universale et partiale*.

**Objawy.** We wszystkich wypadkach przez pęknięcie i zasychanie pęcherzyków i pryszczycy powstają żółte strupy, które zostają ciągle unoszone przez wytwarzający się świeżo płynny wyplód także wysychający. Na częściach głowy pokrytych włosami strupy stają się grubsze aniżeli na częściach nagich, z powodu zlepienia się włosów. Niekiedy wyplód bywa tak znaczny, że z pojedynczych szczelin i pęknięć istniejących strupów, występują duże krople mętnej surowicy spływające po ciele. Wysięk ten narusza nawet odleglejsze części skóry dotychczas zupełnie zdrowe, tak że i tam może powstać wilgotna wysypka. Pryszczycza nie ma właściwego związku ani z przyrządem gruczołowym ani z torebkowatym skóry ale stanowi czyste jój zapalenie; najczęściej zdarza się u dzieci żółzowatych na głowie (*Tinea capitis achorosa, Porrigo*) i na twarzy (*Eczema faciei, crusta lactea*), zresztą zaś nie ma prawie żadnego miejsca skóry, któreby było zupełnie od niej zabezpieczone, zwłaszcza przeguby, na przejściu skóry w błonę śluzową i części płciowe zewnętrzne. Zwykle po 4—8 tygodniach pryszczycza szerzy się dobrowolnie i ślimaczy się rzadko tylko dłużej nad 1/2 roku w jednym i tém samym miejscu, skoro zaś trwa przez kilka dni, to stale nabrzmiewają najbliższe gruczoły chłoniczne, zwłaszcza na szyi, gdyż jak wspomniono ta choroba skóry najczęściej umiejscawia się na głowie. Tym sposobem nabrzmiałe gruczoły prawie nigdy nie przechodzą w ropienie, ale po uleczeniu wysypki zmniejszają się zupełnie lub trwają jeszcze przez pewien przeciąg czasu, jako nieco stwardniałe.

Pryszczyca przebiega ostro lub przewlekłe. Pierwsza odmiana wika się z gorączką, druga o wiele częstsza powoduje obrzmienie a niekiedy i ropienie sąsiednich gruczołów chłonniczych, czyraczki, nawet zdarza się pokrzywka, róża, dalej wyniszczenie ogólne, a nader rzadko i to w wypadkach uogólnionych i bardzo przewlekłych przyłącza się zapalenie miąższowe nerek.

Przyczyny tkwią w samym ustroju lub są przypadkowe, do pierwszych zaliczamy żoły, skłonność nabytą po chorobach ostrych wysypkowych i innych zarazkowych (ksztuścu, durzycy); do drugich zaś wszelkie mechaniczne działacze, jak: tarcie, drapanie, ucisk, drażnienie przez świerzbowca, lub ciała chemicznie żrące zawarte w maściach, wcieraniach, plastrach zrzających, wydzielinach i wypłodach chorobnych (pot, mocz, ropa, posoka). Pryszczyca nie jest chorobą zaraźliwą i leczy się bez utraty tkanki, która nią była zajęta, wszakże na częściach skóry nie porośniętych włosami, pozostaje nie mniejsze jej zabarwienie, które jednak ustępuje po kilku miesiącach, powroty zdarzają się bardzo często.

**Leczenie.** Wedle licznych doświadczeń Vogel'a, do uleczenia wystarcza zupełnie samo utrzymanie czystości, a na częściach okrytych włosami oddalenie ich. Nawet to ostatnie nie jest tak nieodzownie konieczne, ale tylko przyspiesza zaschnięcie i stanowi wielkie dobrodziejstwo dla dzieci, którym grube strupy pozlepiane z włosami są do najwyższego stopnia przykre; wszakże matki bardzo niechętnie zgadzają się na obcinanie włosów swym córeczkom. Wprawdzie mycie i wyczesywanie pozlepianych skorup, wiele przyczynia im przykrości, ale nie można zaprzeczyć, że i przytém niewłaściwym, niekiedy nawet okrutnem postępowaniu, przychodzi nareszcie chwila, gdzie wypłód przestaje się wytwarzać, a po odpadnięciu zupełnym zaschłych skorup pozostaje zdrowa skóra. Strupy dadzą się najlepiej oddalić jeżeli je przedtém oliwą napoimy, przez co one rozmiękają i dadzą się usunąć bez bólu. Celem zapobieżenia tak chętnego drapania się dzieci, można złagodzić drażnienie skóry przez to wywołane, obcinając im paznokcie dwa razy na tydzień, o ile możności krótko.

Steiner zaleca przeciwko pryszczycy zimną wodę pod formą często zmienianych okładów lub natrysków, okładów z wody ołowianej, dopóki trwa zwiększony przyływ krwi (*hyperämia*), po wystąpieniu pęcherzyków (*Eczema vesiculosum*) stosuje tlenik lub octan cynku w maści lub mieszaninie wodnej, ałun, saletrzan bizmutu zasadowy, chloroarmidek rtęci, płyn Vlemingx'a, mydło szare, maść ołow-

wianą (*Ol. lini. Empl. diachyl. spl. aa*) smarowaną na płótnie i dwa razy na dobę zmienianą. Ostatni ten środek przez Hebrę wprowadzony w użycie jest usilnie zalecany jako bardzo skuteczny. Odmiana łuszczysta (*E. squamosum*) najlepiej ustępuje po zastosowaniu *Ol. cadi-ni*, ksó karbolowego, lub maści smołowej (*Picis liquidae, axungiac porci aa par. aeq.*). Pryszczycza występująca w przegubach stawowych i w składkach skóry wymaga zastosowania osuszających proszków z krochmalu, tleniku cynku, ałunu pierzastego, tanniny etc. (*Rp. Amyli puri ℥jj, Zinc, oxyd. albi, Rad. irid. flor na ʒjj lub Calomelan. pulv. ʒj, Amyli p. ℥j*). Inni autorowie sprzeciwiają się jednakże téj metodzie, to jest miejscowemu leczeniu i utrzymują że pryszczycza na głowie i twarzy należy do nietykalnych chorób, z obawy mogących się przyłączyć groźnych następstw, jak: wodosteku mózgowego, zapalenia opon mózgowych, opłucnej etc. Zasadzając się na własnych spostrzeżeniach czynionych w Warszawskim domu dla podrzuteków i w prywatnej praktyce, doszliśmy do przekonania, że pryszczycza powinna być miejscowo leczoną i bez obawy groźnych następstw ze strony któregośkolwiek narządu, z tą jednakże uwagą, że u dzieci zakażonych, zołzowatych, leczenie miejscowe niekiedy wsparte być powinno ogólném, za pomocą przetworów jodowych zalecanych przy odpowiedniej higienie i dyecie. Owszem zaniedbanie miejscowego traktowania, doprowadzić może nie tylko do głębokich zapaleń, ropienia, ciągłego drapania, z powodu przykrego uczucia swędzenia, bezsensnych i niespokojnych nocy, a ztąd upadku odżywiania, ale i do niebezpiecznych chorób, jak: zapalenie miąższowe nerek.

*Impetigo* jest to pryszczycza o wielkich pęcherzykach, zapalenie skóry, przy którym na czerwonej podstawie wznoszą się większe pryszcze, zasychające w grube, żółte lub brunatne strupy. Wysiękanie trwa ciągle pod strupami, podnosi je do góry, tak że po upływie kilku godzin obnażoną zostaje właściwa skóra (*corium*), mocno czerwona, która jednak wkrótce pokrywa się świeżemi strupami. Przebieg, pozostałe objawy i miejscowe leczenie nie różni się niczem od pryszczycy.

*Ecthyma i rupia* stanowią odosobnione, wielkie pryszcze, które tylko przemijająco wydają brunatne strupy i zwykle przechodzą w otętwiałe wrzody. Obwódka zapalna jest po większej części nieznaczna, gdy jednak zołzy znacznie postąpiły, staje się sinawo-czerwoną. Wrzody powstałe po odpadnięciu strupów, nie dają prawie żadnej wydzieliny, są prawie suche ale pomimo to bardzo powoli się

goją i często trwają aż do śmierci. Wysypka ta występuje tylko u chudych wyniszczonych dzieci. W leczeniu należy się starać o wywołanie odczynu we wrzodach otrętwiałych przez drażniące maści, *Ungt. digestivum, sabinae*, przez lekkie pociągnięcia saletranem srebra. Miejscowe leczenie zazwyczaj pozostaje bez skutecznem jeżeli nie będzie osiągnięta poprawa ogólnego stanu. Środki wskazane tu będą poniżej wspomniane przy opisie ogólnego leczenia żołądów, ponieważ ta choroba skórna występuje zwykle u dzieci żołądowatych.

### 13) **Pierzchnica v. liszaj.** (*Lichen*).

Występuje pod postacią guziczków wielkości łepka szpilki, ułożonych w gromadki na tle czerwonym lub prawidłowym skóry a niekiedy brudno-brunatnym i kończy się oddzielaniem drobniutkich łuszek. Wysypce tej towarzyszy niekiedy świerzbienie.

Hebra odróżnia 2 odmiany: *Lichen exudativus ruber* i *lichen scrophulosorum*. Druga odmiana jak sama nazwa wskazuje pojawia się u dzieci cierpiących na żoły i najczęściej u ssawców i podczas zębowania. Ukazuje się zwykle na tułowiu, rzadziej na kończynach i innych okolicach ciała. Zmiany anatomiczne dotyczą torebek włosowych i tłuszczowych.

**Leczenie.** Według Hebry polega na wcieraniu tranu 2—4 razy na dobę i owijaniu w kołdry wełniane. Skutecznem okazuje się także maść diahyłowa, smołowa i inne środki przy miejscowem leczeniu przyszczy wskazanem. Steiner radzi *Solut. Vlemingkaei*, maść z chloroamidku lub tleniku rtęci.

### 14) **Swędzik v. świerzbiączka.** (*Prurigo*).

Mocno swędzące guziczki wielkości od główki szpilki do nasienia konopnego, pokrywające się na szczytach po zdrapaniu brunatno-czerwonemi strupkami, stanowią ten rodzaj wysypki skórnej. Skóra wówczas grubieje, staje się szorstką i mocniej zabarwioną. Gruczoły chłonicze powierzchowne szczególnie pachwinowe przy tém drażnieniu sprawą chorobną na odpowiednich miejscach skóry odbywającą się, brzmieją i znacznie powiększają się, na skórze zaś tu i owdzie pomiędzy guziczkami spozstrzegać się dają pęcherzyki, krosty, łuski i t. p.

nadające właściwy wygląd. Trwanie téj choroby jest bardzo długie, ustępuje i znów wraca, a nawet często przez całe życie towarzyszy. Pojawia się u dzieci nieco starszych począwszy od 5-go roku, u ssawców niekiedy zaczyna już pojawiać się w małym stopniu i najpierw na dolnych kończynach.

**Leczenie.** Przedewszystkim należy zapobiegać drapaniu. Ze środków lekarskich najskuteczniejszym i szybko działającym okazał się płyn Vlemingx'a: kilkanaście kąpeli wystarcza jakkolwiek czasowo do usunięcia cierpienia. U bardzo młodych dzieci lepiej ograniczyć się na wcieraniach tłuszczów obojętnych, tranu, słabiej maści smołowej i t. p. z obawy podrażnienia jeszcze zbyt delikatnej i cienkiej skóry. Kąpiele są zawsze wskazane; silne swędzenie usmierzają owijania zajętego miejsca mokrem zimnem. W bardzo uporczywych wypadkach wszelkie środki do wewnątrz stosowane także pozostają bez skutku a nie mało ich probowano,

## 15) T o c z e ń.

(*Lupus*).

Toczeń czyli tak zwany wilk zdarza się u dzieci we wszystkich postaciach wspomnianych w dziełach o chorobach skóry traktujących mianowicie jako: 1) *Lupus exfoliatus*, 2) *Lupus tuberosus*, 3) *Lupus exulcerans* i 4) *Lupus serpiginosus s. ambulans*.

Toczeń łuszczący (*L. exfoliatus*) stanowi mniejsze lub większe przerosty skóry o powierzchni lśniącej, jakby zeszlifowanej. Skóra w zajętych miejscach ustawicznie łuszczy się i powoduje przykre swędzenie. Zabarwienie guziczków przerostych wacha się od różowego do sino-czerwonego. Twardość jest więcej charakterystyczną aniżeli wystawanie po nad płaszczyznę zdrowych części skóry.

Toczeń guzowaty (*L. tuberosus*) odróżnia się od pierwszej postaci tylko znacznieszą wydatnością guzików, które przez skupianie się mogą stanowić wielkie sino-czerwone wyniosłości i wyczuwają się raz jako bardzo twarde, drugi raz jako nieco chleboczące. Łuszczenie się i barwa zachowuje się jak w pierwszej odmianie.

Toczeń owrzodzony (*L. exulcerans*), zwany także fagedenicznym, rzadko powstaje pierwotnie jako taki, ale rozwija się z jedną z opisanych odmian. Odznacza się z początku twardym wypływem w skórze, w której szybko rozplywa się i pozostawia nierówne głębokie wrzody; z powierzchni tychże owrzodzeń oddziela się bruna-

tnawa posoka, owrzdzenia goją się nader powolnie i posiadają szczególną skłonność do szerzenia się w głąb, nie oszczędzając nawet kości. Strupy powstające od czasu do czasu przy chwilowem zmniejszaniu się wydzielinę zwykle wkrótce odpadają.

Toczeń pelzający (*L. serpiginosus*) wreszcie, odznacza się wytwarzaniem głębokich wrzodów, które przez ciągle świeże odkładanie wysięku na brzegach, stają się coraz większe, podczas gdy miejsca dawniej cierpiące ściągają się, spłaszczają i zaczynają się goić. Blizny są zawsze zagłębione, białe, promieniste, utrata zaś substancyi, zwłaszcza gdy toczeń umiejscowiony jest na nosie lub na powiekach, jest nadzwyczaj szpecącą.

Wszystkie te 4 odmiany tocznia nie zdarzają się nigdy u dzieci zdrowych, ale tylko u podległych zakażeniom a przeważnie przy rozwiniętych żoźlach, rzadziej w przymiocie. Siedliskiem jest głównie twarz, najczęściej nos, rzadziej policzki i wargi, najrzadziej zaś zdarza się na tułowiu i kończynach.

**Przebieg** jest bardzo przewlekły, choroba przeciąga się całemi latami, utraty substancyi są zawsze znaczne, szpecące zaś blizny na całe życie pozostają.

**Leczenie** miejscowe zwłaszcza odmiany pelzającej tocznia jest bardzo ważne. Usiłować należy zapobiedz szerzeniu się choroby przez systematyczne przyżeganie. Saletran srebra nie wystarcza w tych razach, tak że wypada uciec się do ciasta z arszeniku lub chlorku cynku. Proszek arszenikowy Dupuytren'a (98 lub 99 chlorku 2-rtęci i 2 lub 1 cz. białego arszeniku) jest najwłaściwszym do powierzchnowych przyżegań nie zbyt blisko ust i jamy nosowej stosowanych. Proszkiem tym posypuje się oczyszczoną powierzchnię owrzdzoną, na grubość  $\frac{1}{3}$  do  $\frac{1}{2}$  linii i pokrywa warstwą proszku gumy arabskiej, a tym sposobem po zwilżeniu następuje mocne zlepienie. Po 8—10 dniach warstwa ciastowata odpada, zwykle jednak potrzeba to postępowanie powtórzyć kilkakrotnie. Środek ten jednakże może spowodować otrucie, dla tego zastępują go mniej niebezpieczeństwa następczącą, wszakże bardzo dobrze działającą ciastem z chlorku cynku. Ku temu celowi męsza się 1 cz. chlorku cynku i 2—3 cz. krochmalu z małą ilością wody, dostateczną do utworzenia ciasta i nakłada na oczyszczoną powierzchnię owrzdzenia. Chlorek cynku wyżera tak głęboko jak grubą jest nałożona warstwa ciasta. Po odpadnięciu strupa przyżeganie powinno być powtarzane tak długo, dopóki nie otrzymamy powierzchni dobrze ziarnującej. W ostatnich



czasach Thiersch zaczął pomyślnie leczyć toczeń roztworem octanu glinki, który w postaci opatrunku ze skubanki używa w takim rozcięczeniu, aby powstawał nieznaczny tylko ból. Bez leczenia wewnętrznego za pomocą tranu, które przez lata całe winno być przedłużone, najsilniejsze nawet przyżegania zdołają wywołać przemijające zaledwie uleczenie.

## 16) Wrzedzionki.

(*Furunculi, furunculosis*).

Dzieci w rozmaitym wieku cierpią bardzo często na odosobnione wrzedzionki, które w miarę szybszej u nich przemiany materii, wydzielają w krótkim czasie czopeczek zgorzelinowy ze swego wnętrza i stosunkowo szybko się goją.

Inaczej rzecz się ma u małych dzieci gruźliczych rodziców. Tu występuje niekiedy na tyłogłowie i na całym ciele w ogóle wielka liczba wrzedzonek, które jedna po drugiej występują i w ten sposób przyczyniają dziecku przez kilka tygodni znaczne bólesci. Zawartość wrzedzonek w takich wypadkach stanowi ropę gęstą, żółtą lub z krwią zmieszaną, po której wydaleniu się powstają płaskie strupy zlepiające się z włosami. Przytém gruczoły na karku i szyi obrzmiewają następczo, są bolesne nawet za lekkim uciskiem a także niekiedy przechodzą w ropienie.

Ilość wrzedzonek może być tak znaczna że wreszcie cały tył głowy pokrywa się zlanymi z sobą strupami, pod którymi powstają ciągle nowe wrzedzionki, podnoszą dawniejsze strupy a po wydaleniu się ropy przyczyniają się do ich zgrubienia. W ten sposób ciągnie się ta bardzo bolesna sprawa całemi tygodniami, małe dzieci nie śpią prawie wcale, większe chyba wtedy gdy je piastunka weźmie na ręce, tak że mogą główkę o jej barki oprzeć. Wreszcie strupy ostatecznie zasychają bez wytwarzania się już nowych wrzedzonek, z czasem zluźniają się i dają się ściąć nożyczkami razem z włosami, jeżeli te ostatnie przedtém już nie wypadły.

Po wygojeniu się wrzedzonek powstają jeszcze przez pewien przeciąg czasu ślady w postaci sino czerwonych lśniących blizn a poprzednio towarzyszące obrzmienie sąsiednich gruczołów chłonniczych na szyi w zupełności znika. Odżywianie i rozwój dziecka cierpią bardzo z powodu dłuższej bezsenności, podnoszą się jednak znowu szybko po ustąpieniu przyczynowej choroby i gdy narząd trawienia zosta-

nie wolny od niezytu. Cierpienie to prawie nigdy nie zdarza się u zupełnie zdrowych dzieci, zwykle występuje jako zwiastun całego szeregu cierpień żółzowatych.

**Leczenie.** Na skrócenie przebiegu choroby nie wiele jesteśmy w możności wpłynąć; jedyném wskazaniem jest zniesienie ciągłej niespokojności i bezsenności, przez co wyświadcza się wiele ulgi cierpiącym dzieciom i osobom otaczającym je. Skutek ten osiągamy 1—2 kroplami nalewki makowcowej, które powodują kilko godzinny pokrzepiający sen, u każdego choćby najbardziej niespokojnego dziecka. Środek ten we właściwym czasie i odpowiedniej ilości podany nie wywiera szkodliwego wpływu. Miejscowo najlepiej smarować strupy tłuszczem; codziennie kilka razy pomazujemy je oliwą lub łagodną maścią, a tym sposobem strupy rozmiękczają się i kruszą zapobiegając od bolesnego targania za włosy zlepione ze strupami. Wczesne otworzenie wrzedzionki nie przynosi żadnej ulgi, ograniczyć się trzeba na przekłuciu punktów od ropy żółto się przedstawiających, za pomocą igły, przez co możemy skrócić o kilka godzin bolesne napięcie. Dla uniknienia dalszego powstawania strupów, należy w miejscu chorem ostrzyżać włosy o ile można najkrócej.

## 17) Ś w i e r z b a.

(*Scabies*).

Ponieważ opis téj choroby należy do podręczników chorób skórnych, przeto pominiemy zoologiczne opisywanie świerzbowca (*Acarus scabiei*), a przejdziemy do opisu zmian wywołanych przez obecność tego pasożytu w skórze małych dzieci. Najlepszy opis i rysunek świerzbowca, znajdzie czytelnik w dziele Simona'a o chorobach skóry oraz Küchenmeistera o pasożytach.

**Objawy.** Świerzbowiec wnika za szczególném upodobaniem i bardzo szybko w delikatny naskórek powłoki zewnętrznej ssawców, a w kilka dni po zarażeniu się tym pasożytem, zaczyna się już pokazywać następcza wysypka. Bywa ona u dzieci rozmaita stosownie do ich wieku; u kilkotygodniowych jest nieznaczna, z powodu że tak młode ssawcy nie umieją jeszcze drapać się, podczas gdy kilko miesięczne mają całe prawie ciało pokryte wysypką.

Najwięcej jest ona rozwinięta na rękach, podszwach, pośladkach, pleckach i na skórze brzucha, rzadziej w innych miejscach ciała powstają mocno swędzące różowe grudki, na których szczycie rozwijają się małe przezroczyste pęcherzyki, a jeżeli takowe pozostaną w całości, to po

kilku dniach zawartość ich mętnieje, staje się ropiastą, tak że powstają większe lub mniejsze krosty, które dobrowolnie pękają i pozostawiają żółty krągławy strupek. Jeżeli jednak, co zwykle ma miejsce, pęcherzyki zostaną wcześniej zdrapane, to obnażone miejsca krwawią nieco, a zład powstają małe czerwono-czarne strupki. Im silniej dzieci się drapią, tym bardziej rozwija się wysypka. Z powodu zlewania się pojedynczych pryszczycy z sobą, powstają zwłaszcza na dolnych kończynach i na pośladkach obszerniejsze owrzodzenia, które długo opierają się leczeniu. Jeżeli świerzba istniała przez czas dłuższy, to cała skóra a nawet i te części na których nie było guziczków, stają się szorstkie i suche.

Stan ogólny dzieci świerzbowatych z czasem ważny udział przyjmuje z powodu bezustannego swędzenia i bezsennych nocy; dzieci chudną widocznie gdy leczenie nie było należyte, co się niestety często zdarza. Co się tyczy wieku, to tylko noworodki owrzodzane bywają przez świerzbę, gdyż świerzbowiec potrzebuje kilka dni czasu, zanim wniknie w naskórek, aby potem wywołać następczą wysypkę. Dopiero po wystąpieniu wysypki dostrzedz się dają tak zwane chodniki, przedtém nie ma powodu skłaniającego do ścisłego zbadania skóry. Dzieci kilkotygodniowe z łatwością i stale zarażają się świerzbą, gdy jedna z osób domowych stykająca się z dzieckiem wniosła świerzbę do domu. Rozpoznanie téj choroby skórnej u dzieci nastęrcza więcej trudności a niezeli u dorosłych. Przyczyna leży w tém, że u pierwszych świerzbowiec nie ma szczególnego upodobnia do rak ale wyrabia sobie chodniki na rozmaitych okolicach ciała i to odosobnione, tak że u dziecka trzeba niekiedy długo szukać zanim ten cechujący znak zdolamy dostrzedz, tém więcej że chodniki świerzbowca u dzieci pozostają bezbarwne i mało wyróżniają się od reszty skóry, podczas gdy te chodniki u dorosłych z powodu rozmaitych zajęć ludzi, stają się czarniawe od brudu i nie dają się zmyć, gdyż brud przenikły pod naskórek nie da się wypłukać wodą. Najczęściej spostrzegać się dają galerye u małych dzieci na skórze podeszew, brzucha i pośladków; zdarzają się jednak i na twarzy, czego nigdy nie spostrzegamy u dorosłych. Następcza wysypka jest zawsze obfitsza u dzieci niż u dorosłych.

U starszych dzieci z cienką skórą powstają niekiedy bardzo wydatne pryszczce, które dochodzą wielkości połowy ziarnka grochu, a nawet większej. Przy nakłuciu wydala się duża kropla ropy, a po wydaleniu tejże zawartości, krosty wypełniają się nią powtórnie lub nawet kilkakrotnie. Po ustąpieniu krost pozostają po większej części ciemno zabarwione przez długi czas widoczne blizny.

**Przebieg** świerzby u dzieci jest bardzo uporczywy w razach gdy leczenie nie będzie właściwe, wówczas choroba może się wlec miesiącami. Pryszcze i obrażenia stają się tu coraz większe i liczniejsze, niepokój dziecka coraz znaczniejszy, a wychudnienie czyni widoczne postępy, wreszcie gdy cała prawie skóra pokryje się grubymi łuskami i strupami, może niekiedy nastąpić dobrowolne uleczenie bez użycia środków przeciw świerzbowych.

**Leczenie** dzieci świerzbowatych różni się znacznie od tegoż u dorosłych i bywa odmienne, stosownie czy następczą wysypkę stanowią tylko guziczki lub także pryszcze albo owrzodzenia. U małych dzieci nieumiejących się jeszcze silnie drapać, wysypka jest zwykle tylko grudkowata, wówczas stosowném będzie zastosować szybkie leczenie, polegające na wcieraniu szarego mydła na całe ciało dziecka z wyjątkiem twarzy, następnie po upływie  $\frac{1}{2}$  godziny zastosować należy ciepłą kąpiel w której rozpuszczające się mydło szybko zostaje spłukane. Po ostrożném osuszeniu ciała, wcieramy od dawna zalecaną maść Helmerich'a (1 cz. węglanu potażu, 2 cz. siarki i 8 cz. tłuszczu) również w całe ciało i pozostawiamy wysmarowane nią dziecie przez 24 godzin, jeżeli nie zachodzą przeciwskania. Jeżeli jednak skóra zaczerwienia się mocno i dziecko staje się niespokojne, to lepiej będzie mydło usunąć wcześniej za pomocą kąpeli. Wypada przytém zachować tę ostrożność aby wszystka odzież i bielizna oraz pościel zostały zmienione i wyprane ługiem. Niekiedy świerzba ustępuje zupełnie już po pierwszym wcieraniu, zwykle jednak trzeba je powtórzyć 2—3 razy jeszcze, co dla ostrożności zawsze się poleca, tém bardziej, że dzieciom nie sprawia to prawie żadnej przykrości.

Inaczej rzecz się ma gdy skóra jest bardzo podrapana, gdy powstały duże pryszcze lub nawet owrzodzenia. Tu szare mydło na obrażonej skórze powoduje bardzo gwałtowne bóle, a nawet zjawia się obrzmienie i różowate zaczerwienienie w pewnych miejscach na ciele. W takich razach należy zaniechać nie tylko szarego mydła ale i maści Helmerich'a z powodu że ta ostatnia zawiera węglan potażu, sprawiający dzieciom zbyt silne palenie skóry. Środki te zastępujemy wcieraniem po kąpeli raz na dzień maści złożonej z 1 cz. kwiatu siarkowego i 4 cz. tłuszczu. Według najnowszych spostrzeżeń Vogel'a, balsam peruwiański jest również łagodnym środkiem przeciw świerzbowym, stosujemy go tak samo jak zmodyfikowaną maść siarkową. Po zastosowaniu tych łagodnych środków w przeciągu kilku dni swędzenie skóry ustaje, pryszcze goją się i nie występują nowe. Zbyt podwyższona ciepłota objęta przepisami i stosowana w niektórych szpi-

talach dla sal ze świerzbawatemi, mało tylko przyczynia się do wyleczenia a ma jeszcze te złą stronę, że dzieci bardzo delikatnieją i usposabiają się do zaziębień.

Przy leczeniu za pomocą samej maści siarkowej lub balsamu peruwiańskiego, Vogel zostawia dzieci w pięknej porze roku przez cały dzień na wolnym powietrzu. W rodzinach gdzie kilka osób cierpi na świerzbę, rozumie się że nie dojdziemy do pomyślnego rezultatu, jeżeli nie poddamy wszystkich chorych jednocześnie odpowiedniemu energicznemu leczeniu. U ludzi ubogich pozbawionych dostatecznej bielizny dla częstego zmieniania i dla których kąpiele są zbyt kosztowne, nadzieja prędkiego uleczenia jest bardzo małą i w takich razach właściwszém będzie aby dorośli z rodziny udali się do szpitala, zapewniwszy dzieciom odpowiedni dozór i leczenie w domu, a gdy i to niemożliwe, pozostaje wraz z dziećmi do szpitala udać się.

### 18) **Parch** (*Favus*).

Jest to uporeczywa choroba skórna, zależna od roślinnego pasożytu (*Achorion Schönleini*), występująca przeważnie na częściach głowy porosłych włosami, niekiedy i na innych okolicach ciała, pod postacią miseczkowatych, żółtawych, okrągłych strupków, odosobnionych lub zebranych w grupy. Po odpadnięciu takiego strupka zostaje zagłębienie lekko zaczerwienione, niekiedy owrzodzenie a nawet blizienka. Włosy objęte strupem zanikają i łatwo odpadają. Parch pojawia się u dzieci każdego wieku, nawet u kilku tygodniowych, jak to mieliśmy sposobność niejednokrotnie widzieć w oddziale niemowląt w szpitalu Dzieciątka Jezus. Wszystkie te dzieci pochodziły z rodziców mojąszowego wyznania.

**Leczenie.** Hebra zaleca wycieranie zajętych miejsc szarém mydłem dwa razy dziennie i przykładanie płatków maczanych w roztworze kwasu karbolowego (z drachmy na 6 uncji wody z dodatkiem gliceryny i spirytusu po jednej uncji).

Stejner osiągał zupełne uleczenie styraksem, zalecają również benzynę i roztwór chlorku rtęci.

### 19) **Wrodzone znamie (barwikowe)**

(*Naevus spilus*).

Przy chorobach naczyń wspomniano o znamieniu naczyńniowém (*naevus vasculosus, telangiectasia*), tu pozostaje tylko do opisanja zna-

mie wrodzone barwikowe, brodawkowate i wrodzone znamie tłuszczakowe.

**Znamie barwikowe** (*spilus*) przedstawia okrągławe lub różno kształtne plamy rozmaitego zabarwienia. Są one żółte, brunatne, czarne lub szare i dochodzą wielkości od ziarna grochu do wielkości dłoni, mogą nawet pokrywać większą część ciała, całe plecy, całą kończynę. Zmiana zabarwienia zależy od barwnika odłożonego w sieci Malpighiego. Niekiedy skóra w tych miejscach bywa nieco wyniesioną i guziczkowatą, tak że znamie wystaje nad jej powierzchnię. Często bywa ono porośnięte gęstymi włosami, przez co nabiera podobieństwa do brunatnego futerka zwierzęcia. Nie zawsze zabarwienie jest jednolite we wszystkich miejscach znamienia; raz obwód jest jaśniejszy, drugi raz znów część środkowa. Znamiona barwikowe powiększają się w miarę wzrostu ciała, niekiedy jednakże przestają wcześniej wzrastać.

**Znamie brodawkowate** stanowi znaczniejsze wyniosłości skóry powstałe przez przedłużenie brodawek skórnych i nowotworzenie tkanki łącznej i zwykle także brunatno zabarwione. Od tych wrodzonych znamion brodawkowatych odróżnić należy brodawki później powstające u starszych dzieci. Te ostatnie składają się z pewnej liczby pionowo usadowionych wydłużonych brodawek skórnych, pokrytych twardym naskórkiem. Nie są one zabarwione, powstają w najrozmaitszych miejscach na rękach i twarzy i po kilku miesiącach znikają bez śladu, ztąd też często stają się przedmiotem tak zwanego leczenia sympatycznego, które w gruncie rzeczy jest niedorzecznym obalamucaniem łatwowiernej publiczności.

Opisane powyżej wrodzone znamiona brodawkowate zabarwione nigdy nie znikają dobrowolnie.

**Znamiona tłuszczakowate** (*naevus lipomatodes*) są to wyniosłości tłuszczowe, okrągławe lub walcowate, prawidłową skórą pokryte, zwykle szypułkowate, niekiedy jednak o szerokiej podstawie. Ściśle rzeczy biorąc nie należą one do chorób skórnych, gdyż skóra właściwa jest tu zupełnie nie naruszona; polegają one na nieprawidłowym wzroście tłuszczu w podskórnej tkance tłuszczowej. Znamiona te rosną zwykle w stosunku do wzrostu ciała, niekiedy nawet prędzej.

**Leczenie.** Pod względem całkowitego i częściowego wycinania tych znamion i ostrożności przy tém zachować się mających, stosownie do ich siedliska, odnosimy czytelnika do podręczników chirurgii. Znamiona małej objętości dają się częstokroć usuwać za pomocą szczepienia limfy ospowej na ich powierzchni. Nakłucia powinny być tak blisko siebie dokonane, aby powstałe ztąd pryszcze zlały się z sobą. Po zaszczepieniu w 7—8 dni całe znamię wznosi się w wysoką i bolesną krostę, która przez długi czas ropieje i często przechodzi w owrzodzenie, ostatecznie zaś goi się z pozostawieniem różowej lub białej blizny. Jeżeli przeto postępowanie nie zniszczy w większych znamionach całego zabarwienia, to jednakże pozostaną większe bezbarwne wysepki, które ułatwią następne działanie w celu zniszczenia brodawki. U dzieci już szczepionych możemy przy pomocy miejscowego stosowania emetyku lub sublimatu wywołać głębokie pryszcze, po których pęknięciu i zagojeniu również często powstają białe blizny. W każdym razie w znamionach włosami porośłych cebulki włosowe zostają przez to zniszczone, a znamię traci swój nieprzyjemny wygląd. Przy zwykłych niewrodzonych brodawkach u większych dzieci, które to brodawki zwykle szybko po sobie powstają w różnych miejscach ciała, wszelkie chirurgiczne działanie, wycinanie i podwiązanie a także przyżeganie, są zbyteczne, gdyż zwykle wyrosła te giną dobrowolnie, podobnie jak powstały. Odpadanie brodawek ma przyspieszać używanie do wewnątrz małych dawek węglanów alkalicznych lub węglanu magnezyi.

## 20) **Oparzenie** (*Combustio*).

W obec niedoświadczenia dzieci i niezręczności, oparzenia zdarzają się u nich bardzo często. Dziecię które się raz sparzyło unika ognia. Najczęściej oparzają one sobie górne kończyny i twarz, zwykle dotknawszy się gorących naczyń, albo gorącymi płynami: mlekiem, wodą lub rosółem etc. Z tych powodów wysokie stopnie oparzenia ze zniszczeniem tkanek i wytworzeniem strupa są rzadkie, tak że zwykle choroba ogranicza się tylko na wystąpieniu pęcherza.

Ropienie jednak i przy tym nieznacznym stopniu oparzenia jest bardzo silne i długotrwałe, a blizny mają wielką skłonność do ściągania się.





wiaduje, albowiem wykazanie przyczyny śmierci na trupie dziecka nie jest prawie możebne. U dzieci większych które chętnie bawią się śniegiem i mało dbają o nie zamoczenie nóg, odmrożenia zdarzają się w zimie bardzo często.

Odróżniamy i tu podobnie jak przy oparzeniu trzy stopnie: 1) zaczerwienienie, lekkie obrzmienie, swędzenie i kłucie zwłaszcza w ciepłe (*pernio*), 2) krwawe pęcherze, powstające częścią od zimna, częścią też od ucisku obuwia, a ztąd najczęściej zdarzają się na palcach nóg i piętach, 3) zgorzel skóry lub całych kończyn. Dwa pierwsze stopnie przedewszystkiem zdarzają się u dzieci.

**Leczenie.** Odmrożenia pierwszego stopnia gdy świeżo powstały, najlepiej przez pewien czas nacierać śniegiem. Jeżeli trwają dłużej, to nie dadzą się szybko usunąć, a cierpienie zwykle jest tak nieznaczne, że prawie niema potrzeby poddawać dzieci systematycznemu leczeniu przez całe tygodnie. Przy nastąpieniu cieplej pory roku odmrożenia I-go stopnia znikają zwykle dobrowolnie. Przy uporczywym swędzeniu najlepszymi okazały się pędzlowania stężonym roztworem lapisu lub nalewką jodową.

Ze środków ludowych zalecają rozmaite tłuszcze i maści, łój z okowitą w równych częściach etc., głównie też kłój stolarski, który niekiedy jest bardzo łagodzący.

Owrzodzenia uporczywe z brudną powierzchnią, powstające w drugim stopniu z krwawych pęcherzy, opierają się przez długi czas leczeniu. Należy je często przyżęgać kamieniem piekielnym i opatrywać zwykłą maścią, dopóki nie wystąpi ziarnina, na równi ze zdrową skórą. Wszelki nacisk powinien być usunięty.

Na tém kończymy opis chorób skóry; pozostałe a nie różniące się w niczem od takichże chorób u dorosłych np. rybia łuska (*ichthyosis*) łupież (*pityriasis*), plamica (*peliosis*) etc., zachowują się u dzieci tak samo jak u dorosłych i z tego powodu tu zostają pominięte. O wysypkach przymiotnych (*sypbilides*) będzie mowa poniżej przy opisie ważnych chorób.

## ROZDZIAŁ VIII.

### Zboczenia w ogólnem odżywianiu i zakażenia.

#### 1) Krzywica, choroba angielska.

(*Rhachitis*).

Krzywica stanowi chorobę rozwojową skieletu, której za główny objaw uważać należy zmniejszenie soli wapiennych w kościach; polega zaś na nieprawidłowym składzie krwi i zmianie materji dotąd jeszcze nieokreślonych. Jest ona chorobą wyłączną dzieci.

Pierwsze dokładniejsze wzmianki o téj chorobie poczynają się w połowie XVII stulecia i były dokonane przez angielskich lekarzy: Whistler'a, Boot'a i Glisson'a. W tym czasie bowiem donoszą o rozmaitych stron Anglii o nowéj chorobie dzieci, do zbadania której wyznaczono kommisję złożoną ze wspomnianych lekarzy. Od tego czasu mało tylko rozjaśniono pojęcie o krzywicy, dopóki Elsässer nie zwrócił uwagi na zmiany krywicowe czaszki. Więcej szczegółowe ich zbadanie zawdzięczamy pracom Kölliker'a, Virchow'a, Hermanna Meyer'a a także H. Müller'a.

**Zmiany anatomiczne.** Dla dokładnego zrozumienia zmian krzywicznych wypada pokrótce przypomnieć fizyologiczny wzrost kości. Każda kość długa rośnie wzdłuż i w szersz. Wzrost wzdłuż odbywa się przez to, że między chrząstką nasady i końcem kości ciągle powstają nowe warstwy chrząstkowatych komórek, w które potem odkładają się sole wapienne kości. W szersz (grubość) kość rośnie w ten sposób, że bezpośrednio pod okostną z tkanki za pomocą której okostna przyklejona jest do kości, odkładają się ciągle nowe warstwy téj ostatniej. Ponieważ wzrost kości w grubość jest daleko mniej znaczny i powolniej się odbywa anizeli wzrost na długość, przeto zaburzenia

fizyologicznego wzrostu daleko są wybitniejsze na końcach chrząstkowych i łatwiej też uwadze podpadają.

Podczas gdy kość na zewnętrznej swój powierzchni powiększa się we wszystkich kierunkach przez układanie się nowych pierwiastków kostnych, to i we wnętrzu kości przestrzeń jamy szpikowej powiększa także swoją objętość. Mamy więc od zewnątrz ustawiczne nowotworzenie kości, od wewnątrz zaś wessanie jój. Kość udowa dziecka może być z łatwością włożona do jamy szpikowej tejże kości u dorosłego, tak że do czasu zanim dziecko dorośnie, pierwotna kość w zupełności się odtwarza.

Fizyologiczny więc wzrost kości polega na tém, że:

- 1) na jój zewnętrznej powierzchni odkładają się nowe pierwiastki kostne,
- 2) pierwiastki te wkrótce kostnieją, i
- 3) we wnętrzu kości następuje wessanie kostnej substacyi.

Istota krzywicy leży głównie w tém, że 1-a i 3-a czynność odbywa się zupełnie prawidłowo, druga zaś odbywa się niedokładnie lub wcale nie, przez co powstają nader wybitne zmiany w barwie, postaci i zbitości tej warstwy. Co się tyczy barwy, to kości krzywicowe odznaczają się głównie ciemniejszą czerwonocia, która w sklepieniu czaszki może nabierać nawet szarawego odcienia, im kość jest czerwieńsza tém sprawa krzywicowa trwała dłużej i z silniejszym natężeniem. Na jednym i tym samym skielecie nie wszystkie kości są jednostajnie czerwone, owszem jedne są ciemniej drugie jaśniej zabarwione, z czego już wnosić można, że krzywica nie jest wyłącznie chemiczną sprawą, ale polega na więcej złożonym, patologiczno-anatomicznym procesie.

Żadna kość krzywicowa nie zachowuje swój prawidłowej postaci. Wszystkie ostre krawędzie kości stają się tępe, kości długie skracają się we wszystkich wypadkach czyli nie rosną dalej w kierunku długości, nabrzmiewają kolbiasto w nasadach (co najlepiej się przedstawia na końcach mostkowych żeber) i skrzywiają się w rozmaitych kierunkach.

W kościach długich powstają zwykle skrzywienia np. stale na żebrach, bardzo często jednak zwłaszcza na kończynach zdarzają się prawidłowe złamania lub właściwiej mówiąc przegięcia. Mianowicie jak to zobaczymy przy badaniu tkanki kostnej w daleko postąpionej krzywicy, zewnętrzne warstwy kości zawierają tak mało soli wapiennych, że nie są w stanie złamać się zupełnie.

Części czyli warstwy wewnętrzne najbliżej leżące jamy szpikowej, które istniały już zanim krzywica się rozpoczęła, mogą uleść złamaniu, i bardzo też często łamią się wskutek zcieńczenia jakiego doznają przy nie odkładaniu się kostnej substancji; zewnętrzne zaś warstwy mogące się tylko zgiąć lecz nie złamać, nie pozwalają na rozejście się odłamków. Zgięte kości kończyn na podobieństwo chorągiewki pióra lub przecika giętkiego, goją się zawsze pod kątem tęnym, co się objaśnia przewagą mm. zginaczy. Wierzchołek kąta na przedramieniu zmierza w tym razie na zewnątrz i ku przodowi, na ramieniu prosto na zewnątrz, na goleni zaś która zwykle zgina się blisko stawu stopy, wprost na przód.

Jeżeli po zupełnym zagojeniu przepiłujemy wzdłuż taką nadłamaną kość, to na wypukłej powierzchni znajdziemy tylko zbitą tkankę kostną, zaś na powierzchni wklęsłej grubą warstwę istoty gębczastej; jama szpikowa jest zupełnie wypełniona w miejscu przecięcia grubymi wybujałościami kości, które wprawdzie później cienieją ale nigdy już nie znikają całkowicie; przy opisie objawów powrócimy jeszcze do tych zmian postaci oddzielnych kości szkieletu.

Nader uderzającym jest zmniejszenie spójności (konsystencji) w kościach krzywicowych, bez żadnej trudności można robić nacięcia na linję głębokie, w wysokim zaś stopniu rozwoju choroby, kość daje się zupełnie przeciąć a nóż wcale się nie wyszczerbia. Oto są najwybitniejsze cechy anatomo-patologiczne krzywicowej kości.

Badając tedy dokładniej szkielet w ten sposób zmieniony, znajdujemy następujące zmiany, mniej lub więcej widoczne na wszystkich kościach, okostna jest grubsza niż zwykle, miejscami mleczno zmetniała, różowej barwy. Starając się oddalić okostną od kości, na pierwszej pozostają niekiedy wiszące kawałeczki kości, małe, niekiedy większe ciemno-czerwone, kość zaś jest zawsze ciemno-czerwona i bardzo szorstka.

Takie zachowanie się okostnej spostrzegać się daje głównie na kościach czołowych przy *craniotabes*. Sklepienie czaszki daje się tu bardzo łatwo przepiłować albo nawet nożem odciąć, w tylnych zaś częściach piła nawet nie może być użyta, z powodu że kość miejscami ścieniała do grubości karty, ustępuje pod małym naciskiem, a przy piłowaniu ścieniałych ognisk rozrywa się nieregularnie. Z przedniej połowy przecięcia, z kości czołowych, wycieka kroplami krwawa surowica, przecięcie kości skroniowych i ciemieniowych zwykle jest suchsze, kości potylicowej zaś posiada barwę jasnoróżową, bez śladu krwawej surowicy. Kości czołowe są zawsze nieco zgrubiałe, zdarza się że grubość jest dwa razy większą; podobnie ko-

ści ciemieniowe, zwłaszcza części ich przednie dochodzące do szwu koronowego; tylne zaś części równie często cienieją jak i prawidłowe; bliżej jednak szwu obrębkowego i na przecięciu potylicy znajdujemy miejsca błoniaste ruchome i ciemno czerwonawej barwy, zupełnie pozbawione gębczastej tkanki. Trzymając sklepienie czaszki pod światło, z pierwszego wejrzenia dostrzedz można obszerność i stopień zcieńczenia spowodowanego sprawą krzywicową. Oglądana od wewnętrznej strony wykazuje w okolicy potylicowej wciśnienia podobne do wgłębień palcowatych, które odpowiadają zawojom mózgu i powodują zcieńczenie istoty kostnej, zanik kości. Skoro zmiany anatomiczne znacznie postąpiły, to opona twarda i oczasza (*pericranium*) dotykają się wzajemnie, przez co na czaszce wysuszonej powłoki kostne okazują się przerwane błoniastymi utworami. Niekiedy w tych błonach podobnych do wysuszonych ciemiączek, znajdujemy jeszcze pojedyncze, białe, nieprzezroczyste punkty, zależące od złogów soli wapiennych niezupełnie jeszcze wessanych.

Cała sprawa miękkiego tyłogłowia daje się zebrać w dwa akty:

- 1) zwykle, niedostateczne odkładanie się fosforanów w wewnętrznych warstwach kości całej czaszki, i
- 2) wessanie części kostnej zmięknionej potylicy, uciskanej ciężarem mózgowia.

Nasady kości długich przedstawiają cechujące znaki. Na przecięciu podłużnej zgrubiałej główki stawowej np. uda, znajdujemy daleko grubszą warstwę chrząstkowatą, niż to ma miejsce w stanie prawidłowym, linia zaś między chrząstką i kością zamiast równej jest rozmaicie wyzębioną i falowatą, wierzchołki falowatości wznoszących się od kości do chrząstki są mocno nastrzyknięte i ostro odgraniczają się tém zabarwieniem od sinawej chrząstki.

Drobnowidzowe i chemiczne badanie szerokiej sinawej warstwy przechodniej między kością i chrząstką uczy, że mamy do czynienia z kością zatrzymaną w kostnieniu, w której wcale nie wytworzyły się ciała kostne i gdzie w ogóle znajdujemy nieznaczne odłożenie się soli wapiennych.

Na trzonach kości długich widzimy również wydatne zmiany. Okostna jest zgrubiała i nie daje się gładko oddzielić od kości, zwykle wraz z tą błoną odrywają się tu i owdzie małe kawałeczki gębczastej kości. Bezpośrednio pod okostną mieszczą się grube białawe czerwonawe warstwy, dziurkowanej budowy podobnej do pomeksu.

Według Virchow'a beleczki tej dziurkowanej masy stoją w postaci pionowych promieni na powierzchni kości, głębiej jeszcze

promienie te są przerwane białą linią ze zbitszej warstwy korowój, która leży równoległe do powierzchni kości. Dalej następuje sama warstwa dziurkowatěj, czerwonawěj massy, z grubszymi promieniami, która to massa przerwana jest znów zbitszą warstwą równoległą do kości. W ten sposób warstwy te się powiększają, tylko że im bliżej jamy szpikowěj, tém promienie gębczastěj warstwy stają się grubsze a odstępy między nimi większe i czerwieńsze, podczas gdy warstwy równoległe stają się zbitsze i mocniejsze.

W kościach długich uległych sprawie krzywicowěj, warstwa najbliżej od okostnej położona jest najmniejszą i najwięcej dziurkowatą, ku środkowi zaś staje się coraz bardziej zbityą. Zgrubienie okostnej i zmięknienie zewnętrznych warstw kości, tłumaczą nam jeden z wydatnych objawów, to jest przegięcia kości, przyczém zdarza się wysledzić prawdziwe zбочenie odłamków kości i trzeszczenie (*crepitatio*). Oto są najważniejsze dane co do zmian patologicznych w końcach krzywicowych. Szczegółowo i gruntownie opisuje te zmiany Virchow (Tom V. Archiwu).

**Chemiczne badanie** kości krzywicowych wykaztje zawsze znaczne zmniejszenie fosforanów i węglanu wapna, tak że sole wapienne zamiast  $\frac{2}{3}$  często wynoszą około  $\frac{1}{5}$  wysuszoněj kości.

W moczu natomiast ilość fosforanów 3—5 razy powiększona bywa. Powiększenie to fosforanów w moczu i zmniejszanie ich w kościach, nie zależy od rozpuszczenia się po odłożeniu się tychże w kościach, owszem raz odłożone pozostają już w nich, a nieznaczna tylko ilość mogłaby na drodze wessania z najbliższych jamy szpikowěj części dostawać się napowrót do obiegu krwi; natomiast nowo powstająca kość w kierunku grubości i długości, nie dostaje wcale soli wapiennych, a te wprowadzone z pokarmami nie zostają zatrzymane w ustroju lecz wydalają się z moczem.

Dotąd jeszcze nie wiemy dla czego przy krzywicy prawie od razu sole wapienne przestają się odkładać w kościach; tyle jest tylko pewnym, że nie mamy tu do czynienia z rozpuszczaniem się gotowěj już kości, na drodze czysto chemiczněj pod wpływem jakiegoś kwasu, gdyż w tym razie tkanka kości musiałaby być ubogą równie w sole wapienne na obwodzie jak i ku środkowi, czego jednak tu nie spostrzegamy. Warstwy kości długiej najbliżej leżące jamy szpikowěj, są daleko zbitsze i liczniejsze nizeli obwodowe.

Badając kościec kilkoletnich dzieci które przebyły krzywicę, znajdujemy jeszcze kości rozmaicie pogięte, czaszkę obszerną, sklepie-

pienie jęj zgrubiałe a pojedyncze kości nad normę ciężkie. Cała miękka gębczasta massa kostna, która się odłożyła podczas krzywicy, stała się zbitą kością, a to późniejsze skostnienie co do twardości, przewyższa jeszcze prawidłową kość; ztąd powstała nazwa *sclerosis*, a w wypadkach najbardziej posuniętych *eburneatio*.

W pozostałych narządach nie znajdujemy stałych zmian. Płuca tylko na skutek znacznej krzywicy klatki piersiowej podlegają zwykle nabytemu zapadowi (*atelectasis acquisita*) i nieżyłtowi oskrzeli, o czém już była mowa powyżej (str. 309). Mięśnie są blade i wiotkie, miejscami a zwłaszcza w sercu znajdujemy zaczynające się zwyrodnienie tłuszczowe, w wątrobie zaś często znaczne stłuszczenie.

**Objawy.** Krzywica rozwija się najczęściej ostro, atakuje najpierw kości głowy (zawsze przed końcem 1-go roku życia), potem klatki piersiowej (żebra), gdzie objawy krzywicy dają się dostrzedz w kilka tygodni po krzywicy czaszki, a wreszcie kończyn, miednicy i kręgosłupa. Dawniej przyjmowano właściwy okres zwiastunów i zaliczano do niego zaburzenia w trawieniu, nadmierne wytwarzanie się kwasów w pierwszych drogach i w ogóle wadliwe własności wydaliny przy ogólném niedomaganiu. Należy tu wspomnieć, że przed opisaniem krzywicowych zmian w czaszce przez Elsässer'a w 1834 r. nieznano wcale sposobu powstawania téj choroby, tak że większa część znaków owczesnego okresu zwiastunowego, odnieść należy do okresu rozwiniętej już choroby. Krzywica jest chorobą dostępną dla wzroku i dotyku, a ztąd wypada bliżej zbadać za życia zmiany zachodzące w pojedynczych częściach ciała: głowie, tułowiu i kończynach.

#### A. Krzywica czaszki.

Odkrycie krzywicy czaszki z właściwym dla nięj objawem zmięknienia tylnęj części główki dziecięcia zawdzięczyć należy Elsässer'owi. Przed ogłoszeniem jego pracy nie miano żadnego pojęcia o znacznych i łatwo dostrzegalnych zmianach zachodzących na tyłogłowiu. I tak np. Neumann powiada: „przy krzywicy kości czaszki nigdy nie miękną, owszem nawet często rosną kosztem innych części ciała”; Miescher: „Wszystkie kości mięknią oprócz czaszki, natomiast powstają w nięj inne zmiany, mianowicie wzrost jęj jest stosunkowo znaczniejszy”, Schnitzer i Wolff: „kości głowy nigdy nie mięknią a nawet rosną, jakoby kosztem wzrostu wszystkich innych części.”

Pod względem ogólnych zmian w czaszce krzywicowej należy mieć na uwadze następujące części:

Ciemniaczko wielkie które u dziecka zdrowego zarasta najpóźniej przed ukończeniem drugiego roku, tu pozostaje nie zarosłem przez 3—4 a nawet do 6 lat życia może pozostać chrząstkowatém. Szew strzałkowy który zwykle już w końcu 1-go roku zarasta, przy krzywicy pozostaje niezrosniętym częstokroć w 3-im roku. Szew koronowy zamiast 4-ch miesięcy pozostaje przez 2 lata, a szew obrąbkowy zamiast przez 3 miesiące, 15 miesięcy zostaje niezrosniętym. R u f z dokonał dokładnych wymierzań czaszki; wymiary podłużny i poprzeczny okazywały małe tylko zboczenia od stnu prawidłowego, wszakże właściwe, kątowne wystawanie guzów czołowych i ciemieniowych, pozbawia sklepienia czaszki zwykłej postaci kulistój i nadaje mu postać czworograniastą (*tête carrée*).

Wzdłuż szwu koronowego po ukończeniu się choroby powstaje zwykle zagłębienie, które nadaje sklepieniu czaszki z góry patrząc postać łagiewki, zależną od przerostu kości czołowych, prócz tego wskutek krzywicy powstają na czaszce rozmaite zagłębienia i guzowatości.

Miękkie tyłogłowie pojawiać się zwykło już od 3-go miesiąca życia i rzadko tylko daje się znaleźć u dzieci które przeżyły drugi rok. Stałych objawów zwiastunowych niepodobno podać. Wiele dzieci doznaje niezytu oskrzeli lub kiszek, inne zaś aż do pojawienia się *craniotabes* cieszą się dobrem zdrowiem, są dobrze odżywione, czerstwe i wesołe.

Choroba zaczyna się potami na głowie, które są częstokroć tak obfite, że aż poduszka pod główką przemaka a zarazem dostrzegać się daje niespokojność w nocy stopniowo wzmagająca się. Dzieci które dawniej przez kilka godzin zrędu spały, budzą się teraz co kwadrans z płaczem, przecierają głowę i zagłębiają się w poduszkę; zmiana ułożenia głowy uspokaja je szybko, ale zawsze na czas krótki. Ustawiczne tarcie głowy powoduje zupełną utratę włosów na odpowiedniej okolicy (potylicowej).

Po pewnym czasie i w ciągu dnia powiększa się płaczliwość i niezadowolenie dzieci, a uważne piastunki dostrzegają, że całe niedomaganie stosuje się do rozmaitego ułożenia głowy. Mianowicie dzieci krzyczą ciągle trąc i zagłębiając główkę, gdy się je weźmie poziomo na obie ręce celem nakarmienia lub uspienia, natomiast szybko znów uspokajają się, gdy je podniesiemy i zwolnimy tyłogłowie od ucisku. Wtedy dają się złatwością nakarmić i zwykle zasypiają chętniej



oparłszy twarz na ramieniu piastunki gdy tyłogłowie jest swobodne. Większa część dzieci uspakaja się zaraz w tém ułożeniu, nieco starsze chętnie obracają się w łódeczku na brzuch i zagłębiają czoło w poduszkę.

Przy badaniu podpada uwadze słaby wzrost włosów w ogóle i wyłysienie tylniej części głowy w szczególności. Tyłogłowie jest zwykle spłaszczone, guzowatości zaś więcej kątowate. Dla dokładnego zbadania tych okolic należy objąć główkę z tyłu rękami i końcami palców omacać.

Vogel zaleca badać dwukrotnie całą okolice tyłogłowia od kąta obrąbkowego aż do wyrostów sutkowych, przy zgiętych nieco końcach palców. Pierwszym razem należy wykonać słaby nacisk palcami na płasko, aby nie ucisnąć zbyt mocno mózgu, w razie obecności większych zmiekkzonych przestrzeni, a skoro tych nie wymaca, zgina palce nieco więcej i naciska mocniej na wszystkie pojedyncze punkta całej potylicy i kości ciemieniowych. W ten sposób można dokładnie wysledzić nawet linijne ścieńczenia i miejsca wciskać się dające. Takowe znajdują się najczęściej w pobliżu szwu obrąbkowego i tylniej części szwu strzałkowego, przerywają one niekiedy zarysy szwów. Wielkość ich wacha się od ziarna soczewicy do dużego bobu. Jedynie tylko guzowatość potylicowa zewnętrzna zawsze pozostaje nietknięta. Chore części kości są sprężyste, pozwalają wypukłość swą zmienić na odpowiednią wklęsłość a w dotknięciu dają uczucie jak karta na próżnej podstawie lub jak nadęty wysuszony pęcherz. Ból przy badaniu niezbyt silnym jest prawie żaden.

Z najczęstszych powikłań wypada przytoczyć kurcze najrozmaitszych mięśni. Najczęstszym i najniebezpieczniejszym jest kurcz głóśni, którego faktyczny lecz nieobjaśniony fizyologicznie związek z krzywicą czaszki (*craniotabes*) powyżej był już szczegółowo opisany (str. 281). Oprócz sklepienia czaszki krzywica objawia się jeszcze głównie na kościach szczękowych. Zęby nie wyrastają a dzieci dochodzą 12—18 miesięcy, zanim wystąpią pierwsze zęby sieczne. Skoro one wreszcie pokazały się, to wkrótce czernieją i kruszą się z powodu braku szkliwa. Przy zupełnym braku tego ostatniego cały ząb niszczeje aż do dziąseł, niekiedy brak go tylko na wierzchołku a wtedy czarność zęba kończy się tam gdzie szkliwo się zaczyna. W czasie drugiego ząbkowania krzywica oddawna się ukończyła a ztąd na zębach trwałych nie widzimy podobnych zmian.

Brak szkliwa miejscami na zębach dzieci starszych ma zależeć według niektórych od używania przetworów rtęciowych, głównie chlorku dwu-rtęci. Gdyby istotnie stwierdziło się statystycznie, że większość tych dzieci używała chlorek dwurteci, to wypadłoby

w przeszłości ograniczyć o ile możności stosowanie tego środka w praktyce pediatrycznej, mającego dziś rozpowszechnione użycie lubo nie bez wyrozumowanej zasady.

### B. Krzywica klatki piersiowój.

Już Glisson i jego współcześni słusznie uznawali tak zwaną „klatkę ptasia” za klatkę krzywicową, a późniejsi badacze zajmowali się usilnie wyjaśnieniem powodu powstawania téj postaci klatki (co spowodowało że posiadamy dokładniejsze wiadomości o krzywicy klatki niż o krzywicy czaszki).

Zjawia się ona zwykle nieco później niż miękkie tyłogłowie i wiele dzieci zapada na krzywicę klatki, szczęśliwie uniknąwszy krzywicy czaszki. Widoczne zmiany w klatce piersiowój rzadko zdarzają się u dzieci niżej sześciu miesięcy, podczas gdy przy *craniotabes* dają się wykazać już w 3-im miesiącu życia. Jeżeli zaś w niektórych podreżnikach znajdujemy że klatka ptasia występuje między 1—4 rokiem, to należy pojmować w ten sposób, że nawet 4-letnie dzieci zdarzają się z tém cierpieniem. Wszakże po ukończeniu pierwszego ząbkowania nie występuje wcale krzywica u dziecka dotychczas zdrowego.

Pierwszém zjawiskiem krzywicy żeber jest wyraźny ból przy dotykaniu lub ucisku na ściany klatki piersiowój. Piastunki często przytaczają: „że dziecko krzyczy ile razy je chcą podnieść choćby najostrożniej.” Lekarze zwykle mało zwracają uwagi na takie objaśnienia, gdyż największa ich część polega na uprzedzeniach i niewłaściwych poglądach. Vogel'owi zdarzało się już oddawna słyszeć często to wspomniane zdanie piastunek, przekonał się on wielokrotnie, że wiele dzieci między 5 i 10 miesiącem życia nagle zaczyna krzyczeć z bólu, gdy obydwoma rękami ujmijemy je pod pachę i podniesiemy ostrożnie, skoro je napowrót położymy, wkrótce znów uspokajają się; nawet lekki nacisk palcem na pachę lub boczną okolicę klatki wystarcza do wywołania bólu. Jeżeli dziecko takie ostrożnie podniesiemy podpierając jedną ręką szyję, drugą zaś miednicę, to zwykle pozostaje ono spokojném, tak jakby leżało w poduszce, a wtedy można zmienić podkład bez spowodowania mu bólu. W tym czasie na końcu mostkowym żeber, na granicy między chrząstkami żebrowymi i kostną ich częścią, nie znajdujemy żadnych zgrubień, albo tylko nieznaczne; dopiero po kilku tygodniach końce mostkowe żeber zaczynają wystawać jako kolbiaste zaokrąglenia i dają się wymacać palcem,

a później stają się nawet widocznymi. W ten sposób z obu stron mostka na końcach chrząstek żebrowych, powstają dwa regularne szeregi guzików, tak zwany różaniec krzywicowy. Guziki łatwo wyczuwalne od zewnątrz, wystają na wewnętrznej powierzchni żeber do jamy klatki w postaci jeszcze większych, kątowatych wyniosłości.

Gdy te nabrzmienia końców mostkowych żeber istniały przez czas dłuższy, to we wszystkich wypadkach powstaje zniekształcenie klatki. Mostek również miękniejący oddala się coraz bardziej od kręgosłupa i wypukła się na zewnątrz, wyrostek mieczykowaty staje się bardzo ruchomym, sterczy na zewnątrz i ogranicza głęboki dołek w okolicy żołądka. W najwyższych stopniach klatki ptasięj chrząstki żebrowe zaraz za mostkiem udają się prosto ku tyłowi, tak że przedłużone zeszyłyby się z wyrostkami poprzecznymi kręgow, a żebra na przednich swych końcach zamiast wypukłości przedstawiają wklęsłość.

Poprzeczny wymiar klatki z jednego boku do drugiego staje się mniejszym, wymiar prosty czyli przednio-tylny powiększonym zostaje. Przecięcie poprzeczne klatki przybiera postać gruszkowatą, której część szypułkowata przypada na mostek. Różaniec krzywicowy rozciąga się głównie od drugiego do ósmego żebra, fałszywe żebra zostają mocno wypukłone na zewnątrz z prawej strony przez wątrobę, z lewej przez żołądek i śledzionę. Brzuch w skutek ciągłego i stałego wzdęcia i skrócenia oraz skrzywienia kręgosłupa wydęty jest w postaci obszerniej kuli, na której klatka umieszczona jest w kształcie trójścienną przylepioną piramidy, z krawędzią jedną prosto naprzód skierowaną. Kręgosłup skrzywia się najwydatniej w pozycji siedzącej dziecka a ztąd w tym położeniu występuje także najwybitniej postać kulista brzucha; jeżeli dziecko położymy na brzuch i podniesimy je w tym ułożeniu dwiema rękami, to skrzywienie na zewnątrz znika zupełnie a kręgosłup przybiera znów swój prawidłowy kształt. Przy zaniedbaniu i kilkoletnim trwaniu krzywicy, występuje wreszcie łukowate zgięcie kręgow grzbietowych, nigdy zaś kątowe, ku tyłowi i na bok.

Powstawanie klatki ptasięj objaśnia się częścią uciskiem powietrza zewnętrznego na miękkie żebra, częścią pociąganiem przepony która się do nich przyczepia. Utraciwszy należytą siłę chore żebra nie mogą już oprzeć się ustawicznemu pociąganiu ku wewnątrz.

W skutek krzywicy klatki powstaje zatem: 1) zmiana postaci żeber i 2) co najważniejsza, zatrzymanie się wzrostu wzdłuż, a przez to nieuniknione zmniejszenie pojemności

klatki. Wynikający ztąd nabyty zapad płuc (*atelectasis*), objaśnia się tém dostatecznie, jak to już było powiedziane szczegółowo str. 309.

**Rokowanie** stosuje się wyłącznie do cierpienia płuc, gdy większa część ich uległa zapadowi, przestała być czynną, to oczywiście nieznaczny już nieżyt w pozostałych zdrowych częściach wystarcza do sprowadzenia bardzo uciążliwej duszności, napadów zaduszeń, a nawet śmierci może być przyczyną, w istocie w téj okoliczności należy szukać zwykłej przyczyny śmierci dzieci krzywcowych, jak to już spostrzegali Romberg, Guersant i inni.

### C. Krzywica miednicy i kończyn.

Miednica skrzywia się dopiero wówczas gdy dziecko krzywicą dotknięte może chodzić, a mianowicie albo w następstwie skrzywienia kręgosłupa na bok ku prawej lub lewej stronie (*scoliosis*), lub nierówności dolnych kończyn na podobieństwo skrzywienia miednicy przy próchnieniu główki kości udowej (*coxarthrocace*). Ważne następstwa téj zmiany dla kobiet, znajdują pomieszczenie w nauce położniczej. Krzywica kończyn zdradza swoją obecność, najprzód przez nabrzmienie nasad kości promieniowej i łokciowej w stawie nadgarstkowym; początek tego jest nieco późniejszy niż zmiany w żebrach, mianowicie przypada w ostatnich miesiącach pierwszego roku. Końce stawowe kości promieniowej i łokciowej leżąc powierzchownie są dla badania przystępne; powiększenie objętości końców stawowych daje się tu dokładniej oznaczyć a tym sposobem i stopień sprawy krzywicowej.

Dolne kończyny zmienione zostają przez krzywicę z równym nateżeniem jak kończyny górne; ponieważ jednak i u zdrowych dzieci w stawie kolana i stopy znajdujemy znaczne zgrubienia, to krzywica nie powoduje tak wybitnych zmian postaci jak w stawie ręki. Skoro raz wystąpiły zgięcia i przegięcia, to krzywicę dolnych kończyn poznamy już po chodzie, bez rozbierania nawet dzieci. Guzy na końcach krzywcowych kości długich przedstawiają właściwie ich wzrost wzdłuż. Na nasadach odkłada się ciągle świeża chrząstka, ale nowo odłożona massa nie kostnieje a w skutek tego miękka chrząstka zostaje spłaszczoną w szersz przez pociąganie mięśni i ucisk jaki wywierają na siebie kości. Postać kolbiasta staje się w następstwie coraz widoczniejszą, gdyż ciągle odkłada się nowa chrząstka w tym kierunku.

Z tego wstrzymania wzrostu wzdłuż, wynika stosunkowa małość kości długich. Daje się ona najwyraźniej spostrzegać na żebrach i po-ciaga za sobą nabyty zapad większych części płuc. Skrócenie dolnych kończyn jest dostrzegalne jeszcze przez lata całe po przebyciu krzywicy, dla tego dzieci podległe tej chorobie są zawsze niższego wzrostu niż ich rówiennicy.

Skrzywienia kości prostują się znowu ze wzrostem dziecka, klatka ptasia może się napowrót rozszerzyć, a skrzywienia kończyn dolnych mogą sprostować się zupełnie, natomiast nadłamania pozostawiają zmiany postaci kończyn na całe życie.

Co się tyczy czynności krzywicowych kończyn, to one nadzwyczaj są upośledzone. Dzieci takie dopiero w 2-m lub 3-m roku uczą się stać a jeszcze później chodzić, niekiedy zdarza się, że dzieci które umiały już stać, mogą nabyć jeszcze krzywicy, wtedy nogi ich nie są w stanie utrzymać ciężaru ciała, tak że dopiero po wielu miesiącach dzieci takie na nowo próbują same się podnosić.

Krzywica jest prawie jedyną chorobą, która tak wolno stawia dzieci na nogi. Choćby w pierwszym roku życia były bardzo słabowite, to jednak skoro raz przyszły do siebie po chorobach przebytych i nie podlegały krzywicy, najpóźniej w 18-m miesiącu zaczynają stać na nogach i chodzić.

Oprócz skrzywień kości u dzieci krzywicowatych spostrzegać się dają nadgięcia i nadłamania, zwłaszcza przednich końców żeber.

Tyle co do objawów zależnych od zmian w kościach. Oprócz tych charakterystycznych zjawisk znajdujemy jeszcze inne niemniej stałe w innych narządach, przy pojawieniu się krzywicy lub w pewien czas później, występują stale silne poty na głowie, a następnie na całym ciele, będące przyczyną niektórych chorób skórnych. Powstają potówki (*sudamina*) lub częściej jeszcze tak zwane potówki czerwone (*sudamina rubra*) drobne, mętne pęcherzyki z czerwoną obwódką, które tak gęsto są nagromadzone, że często cały tułów i strona zgiętna kończyn bywa zaczerwienioną i drobno guzikowatą. Z postępem czasu gdy dzieci zaczynają chudnąć, skóra blednieje, pokrywa się wysypką łuskowatą a wydzielanie potu ustaje prawie zupełnie.

Przyrzędy więzadłowe zwłaszcza więz. torebkowy stawu biodrowego, są nadzwyczaj zluźnione, tak że dzieci mogą łatwo zbliżyć stopy do twarzy i ze szczególnym upodobaniem biorą palce nóg do ust.

W zakresie narządów oddechowych zdarza się bardzo często kurcz głośni, o którym już wspomniano przy krzywicy czaszki,

nieżył oskrzeli zaś który w miarę powiększenia się zapadu płuc (*atelectasis, carnificatio*) znacznie się wzmacnia jest tu stałym towarzyszem.

Trawienie w ciągu całej choroby może pozostać nienaruszonym, skoro jednak wystąpi biegunka, to zarówno sprawa w kościach jak i stan ogólny pogarszają się znacznie. Wszakże wypada nadmienić, że małe nadzwyczaj silnie krzywicowe dzieci pomimo zmniejszonej chęci do jedzenia znoszą jednak tran, a nawet przy jego używaniu trawienie się poprawia.

Kilka słów jeszcze o związku krzywicy z gruźlicą i zołzami. Dawniej nazywano często krzywicę zołzami kości i uważano ją za jedno z wielu umiejscowień zołzowatego zakażenia. Dopiero Ruff na zasadzie 20-u spostrzeganych wypadków za życia i wykonanych badań pośmiertnych dzieci krzywicowych, wykazał przekonywająco, że większość ich wcale nie cierpiała na zołży; od tego czasu coraz bardziej zaczęto uważać krzywicę za chorobę ogólną samodzielną.

Na mocy licznych postrzeżeń całych setek wypadków, Vogel uważa krzywicę za chorobę zupełnie niezawisłą, którą w pewnym wieku, w pewnych warunkach, możnaby prawie umyślnie wywołać u dzieci, u jednych mniej, u innych więcej. Dzieci zołzowate nie zapadają częściej na krzywicę od zdrowych, a skoro w Monachium rzadko tylko zdarza się krzywica i zołży u tego samego chorego, to mamy dowód że większość dzieci w tym wieku nie jest zołzowatych.

**Przyczyny.** Co do przyczyn krzywicy posiadamy nadzwyczaj mało pewnych wiadomości. U większej liczby chorych nie można zaprzeczyć dziedziczności. Każdemu znane są zapewne rodziny w których dzieci pomimo pieczy i racjonalnego zapobiegawczego postępowania, stale w pewnym wieku zapadają na krzywicę i cierpią na nią całymi latami. U ojca i matki widzimy często charakterystyczną krzywicową postać czaszki z mocno wystającymi guzami czołowymi i ciemieniami. Elsässer i inni przytaczają też wiele pewnych przykładów dziedziczności. Vogel często spostrzegał u ojców przymiot dawniej przebyty. W ten sposób dałoby się może objaśnić krzywicę u niektórych dzieci zamożnych rodziców. W innych wypadkach krzywica rozwija się szybko i z pewnością po ostrych chorobach, odrze, zapaleniu płuc, biegunkach etc.

Z przyczyn zewnętrznych jedna tylko zdaje się być pewną, mianowicie brak świeżego powietrza, który wszyscy autorowie jednogłośnie przytaczają jako najczęstszy moment przyczynowy. Ztąd objaśnia się także dla czego krzywica najczęściej i najmocniej rozwija się na wiosnę a najrzadziej w jesieni.

Długie pozostawanie w zamkniętych źle przewietrzonych pokojach w zimie może wywołać krzywicę, przebywanie zaś na wolnym powietrzu usuwa ją i dla tego zapewne krzywica prawie wcale nie występuje w południowym klimacie, wypada jednakże przytoczyć że nie we wszystkich wypadkach przypuszczenia te są słuszne. W Dorpacie krzywica zdarza się nadzwyczaj rzadko i występuje tylko w najłagodniejszych postaciach, podczas gdy w Monachium leżącym o 10 stopni szerokości jeograficznej więcej ku południowi, zalicza się do najczęstszych chorób.

**Rokowanie.** Krzywica jako prosta zmiana w kościach nigdy nie jest niebezpieczną i w wielu wypadkach po ukończeniu pierwszego ząbkowania zatrzymuje się a w końcu ustępuje zupełnie. Powikłania jednak krzywicy są częstokroć bardzo groźne i one to są przyczyną nie pomyślnego zejścia choroby u znacznej liczby dzieci krzywicowych.

Już zaraz w początku krzywicy przy zaledwie dostrzegalnym mięknieniu tyłogłowa, powstaje często kurcz głośni nie rzadko stając się powodem śmierci. Przy wzmaganiu się krzywicy klatki nieuniknionem jest zapadnięcie się pojedynczych zrazików płucnych, gdyż płuca się powiększają, klatka piersiowa zaś nie rozszerza się, a nawet zmniejsza w skutek wystawania krzywicowego różańca ku wewnątrz. Skoro ta zmiana wynikła skutkiem ucisku na płuca osiągnie większych rozmiarów, to powstaje znaczna duszność, a lekkie nawet niezżytowe cierpienie pozostałej zdrowej części płuc prowadzi prawie zawsze do śmierci. Wreszcie przegięcia i zgrubienia kości długich mogą spowodować trwałe niekształtnienia, skrócenie jednej lub drugiej kończyny, zwężenia miednicy i skrzywienia jej oraz znaczne zaburzenia czynności.

**Leczenie** zasadza się na występowaniu przeciwko przyczynom i przeciwko wynikłej już chorobie. Pierwsze polega na oddziaływaniu na stan zdrowia rodziców zwłaszcza matki podczas ciąży. Dla tego jeżeli matka była cierpiącą na krzywicę lub zółty, zalecać jej należy podczas ciąży środki wzmacniające, żelazo, chininę i odpowiednie pożywienie. Zachowanie przepisów chygieniczno-dyetycznych także ważny stanowi moment w zapobiegawczym działaniu przeciwko krzywicy. Co się tyczy postępowania lekarskiego w chorobie już wynikłej, to przed wprowadzeniem tranu w użycie lekarskie używano bardzo wielu środków, zalecano głównie: *Cort. aurant.*, *radix gentian. rubr.*, *hba. absinthii*, *rasura lign. quassiae*, *calam. aromat.*, *chinae*, *colombo* i przetwory żelazne; zewnątrz stosowano kąpiele, obmywania i nakadzania najrozmaitszemi wonnemi ziołami i ich przetworami; później

głównie przez Feiler'a i Vendt'a weszła w użycie marzanna, której czerwony barwik jak wiadomo częściowo odkłada się w kościach. Niemożna więc zaprzeczać bezpośredniego działania jej na kości, wszakże zmiana barwy kości nie pociąga za sobą powiększenia ilości soli wapiennych.

Majsner sądził jakoby zaszczepienie krowianki wstrzymywać miało rozwijanie się krzywicy, czemu jednak Rufz stanowczo i słusznie zaprzeczył.

Inni przypuszczając że krzywica polega na braku materiału do wytwarzania kości, probowali wprowadzanie go do ustroju przez kanał pokarmowy. W tym celu Wurzer dokonywał próby z kwasem fosforowym, lecz takowe pozostały bez skutku; w ostatnich czasach Bencke zaproponował fosforan wapna jako antirhachiticum. Sprawozdania z doświadczeń w tym kierunku obecnie dokonywanych nie są wcale zadawalniające, tak że prawie powszechnie zarzucono ten środek. Wreszcie w r. 1824 Schütze, Schenk i Tourtual w Niemczech zwrócili uwagę na tran, podczas gdy Francuzi poznali go dopiero w 5 lat później przez Bretonneau'a. Od tego czasu zebrało się tyle pomyślnych wiadomości o skuteczności tranu (*ol. jecoris aselli*), że wszystkie wspomniane środki zostały przezeń wyrugowane. Skuteczne działania tranu jedni upatrywali w substancji właściwie działającej, inni sądzą że on działa jako środek respiracyjny z powodu że jest tłuszczem, inni nareszcie upatrują skuteczność w śladach jodu i bromu, wreszcie są i tacy którzy skuteczność tranu widzą w jego kwasach tłuszczowych i domieszkach składników wątroby, znajdujących się w tranie.

Ponieważ doświadczenia z czystym obojętnym tłuszczem, oraz z małemi dawkami jodu i bromu nie wykazały téj saméj skuteczności, zatem najprawdopodobniejszym zdaje się być ostatnie przypuszczenie.

Zadajemy brunatny tran najlepiej sam w dawce coraz większej, najprzód łyżeczkę od kawy, potem łyżkę 1—2 razy na dzień. Większa część dzieci po kilku dniach tak się przyzwyczaja do tranu, że uważają go za przysmak i wypijają niekiedy kilka uncyj na raz gdy mogą dorwać się butelki z tranem. Samo już używanie tranu leczy krzywicę nawet w warunkach zresztą niepomyślnych. Ważną rolę w leczeniu krzywicy odgrywa także żelazo które dajemy pod formą mleczanu, jabłczanu, węglanu, ulepku z tleniku żelaza etc. Przy słabem trawieniu łączemy go z chininą i małemi dawkami korzenia rzewienia. Leczenie przyspiesza się i upewnia przez polepszenie



mieszkania i pożywienia. W tym względzie należy pamiętać, że najważniejszém jest czyste, świeże powietrze. Dzieci żyjące w mieszkaniach wilgotnych, zacieśnionych, które w zimie całemi tygodniami nie bywają przewietrzane, najprędzej dostają krzywicy i to w wyższym stopniu, w tych razach tran działa powoli i nie zawsze pomyślnie.

Drugim środkiem pomocniczym jest staranna piecza o skórę. Dzieci powinny codziennie a najmniej co drugi dzień kąpać się w wodzie z ziołami wonnemi (rumianek, korzeń tataraku etc.) lub solą kuchenną, morską, wyciągiem z pączków lub igieł sosnowych. Ciepłota kąpieli z początku powinna być na 24—26°, później 20—21° R., pokrzywione zaś członki codziennie prócz tego obmywamy wódką lub spirytem wonnym. Nawet małe dzieci z krzywicą czaszki (*cranio-tabes*) znoszą tran po większej części dobrze; niepokój usuwa się najlepiej zimnemi obmywaniami głowy powtarzanemi co 2—3 godzin. Pewną także korzyść sprawia poduszka pod głowę zaleca przez Elsässera, która od zwykłych tém się odróżnia, że posiada gruszkowaty otwór z wierzchołkiem ku dołowi skierowanym. Z powodu silnego pocenia się dzieci krzywicowe nie powinny leżeć nigdy na piernach, ale zawsze na materacu włosianym lub sienniku z morskiej trawy. Dzieci będące przy piersi powinny być jaknajdłużej karmione, a jeżeli ze strony matki zachodzi przeciwwskazanie do karmienia, ta zastąpią być powinna dobrą mamką.

U starszych nieco dzieci mleko krowie jest najlepszém i niczém zastąpić się nie dającém pożywieniem do 3-let i powinno być dawane w ilości jaknajwiększej; prócz tego surowe mięso, miękkie jaja, piwo lub małe ilości wina.

Leczenie ortopedyczne nie da się przeprowadzić w czasie choroby, dopiero po jój ukończeniu się będą stosowne maszyny lub opatrunki jakie obecnie specjaliści w tak rozliczny sposób urządzają.

Ważniejsze zbezkształtnienia nawet u dorosłych wymagają odpowiedniego chirurgicznego postępowania i nałożenia odpowiednich opatrunków. Zdarzające się powikłania ze strony przewodu pokarmowego (*catarrhus intestinorum*), dróg oddechowych (*bronchitis, bronchopneumonia, atelectasis, spasmus glottidis*), układu nerwowego (*eclampsia*) wymagają odpowiedniego postępowania o czém była mowa we właściwych rozdziałach.

## 2) Gruźlica i zołzy.

Oznaczenie różnicy między gruźlicą i zołzami było przedmiotem wielu rozpraw. Jedni uważają te dwie sprawy chorobne jako zupełnie téż same, inni znowu nie widzą najmniejszego między nimi podobieństwa. Ta różność poglądów wynika od tego, z jakiego punktu widzenia zrobionem będzie porównanie. Z punktu widzenia anatomo-patologicznego można z pewnością wyrzec, że *coxarthrocace* i zołzowate zapalenia stawów, *spondylitis*, cierpienia łącznicy i rogówki, wypływy z ucha, zołzowatego charakteru choroby skóry nie zależą wcale od gruźlicy części ciała zajętych chorobnie. Klinicysta natomiast widzi częstokroć, że wspomniane tu cierpienia: 1) wcale nie są miejscowemi, ale częścią naprzemian, częścią w rozmaitych miejscach jednocześnie występują, 2) że dzieci takie zawsze pochodzą z gruźliczych rodziców i 3) że po ukończeniu się zołzowatego cierpienia, które zwykle około wieku dojrzewania ustępuje, dzieci te mniej lub więcej wyraźnie stają się gruźliczemi.

Klinicysta więc musi przyjąć ścisły związek między obu temi zakażeniami; natomiast anatomo-patolog który bardziej zajmuje się gotowemi zmianami chorobowemi aniżeli ich powstawaniem, może i słusznie uważać powstałe zmiany jako zupełnie oddzielne. Wszakże i anatomia patologiczna w wielu razach stwierdza materialny związek. Mianowicie u wszystkich trupów dzieci przedstawiających zołzowate zmiany, cierpienia kości lub gruczołów chłonnych, znajdziemy gdziekolwiek wewnątrz, zwykle w gruczołach oskrzelowych jeden lub kilka wielkich, żółtych zserowaciałych lub gruźlicą zajętych gruczołów, które wypada uważać jako jądro, ognisko licznych obwodowych zołzowatych cierpień.

Jakkolwiek pomiędzy temi dwiema sprawami upatrzeć się daje pewien związek, są one jednakże zupełnie różne i oddzielnie muszą być opisane.

### A. Zakażenie gruźlicze.

Ponieważ w niniejszej książce zebrane są choroby według narządów a nie według rodzaju patologicznych zmian, przeto już wiele razy nadarzała się sposobność wspomnieć o gruźlicy, odsyłamy więc czytelnika do poprzednich rozdziałów, dla uniknienia powtarzań. Gruźlica płuc i gruczołów oskrzelowych została opisana na str. 322, opón mó-

zgowych na str. 380, narządu słuchu na str. 482, nerek na str. 494, gruźlicze zapalenie otrzewnej na str. 246. Pozostaje jeszcze opisanie ogólnych objawów gruźlicy i jej przyczyn, leczenie zaś będzie zebrane razem z leczeniem żołą. Sądząc że czytelnikowi znane są poglądy na gruzełek, jego rozwój i przemiany na zasadzie najnowszych dzisiejszych pojęć, opisywanie szczegółowe tegoż byłoby zbytecznym.

### Ogólne objawy gruźlicy.

Gdy gruźlica zajmuje pojedyncze narządy ze szczególnym natężeniem, to i zaburzenia ich czynności wystąpią wyraźniej i maskują objawy właściwe zakażenia, jak się to daje szczególnie spostrzegać przy gruźlicy płuc, mózgu i otrzewnej. Zwykle jednak gdy to przeważające cierpienie jednego narządu mniej jest wydatne, pojawiają się następujące dosyć stałe objawy:

Barwa skóry pokrywającej twarz jest w ogóle blada, zwiędła i mało krwista, na policzkach widzimy często jednostronny ograniczony rumieniec, który po kilku godzinach znowu znika. Gdy istnieją ważne zaburzenia krążenia w płucach lub bardzo powiększone gruczoły oskrzelowe, to może także powstać sinica, poczem zwykle wkrótce następuje śmierć. Wyras twarży dzieci gruźliczych jest po części smutny i cierpiący, opieszale ruchy powiek i gałek ocznych, których białkówka staje się zupełnie sinawą, nadają twarży szczególnego wyrazu.

Gorączka zdradzająca swoją obecność podwyższeniem ciepłoty skóry i przyspieszeniem tętna, jest stałym objawem przy ogólnej gruźlicy. Należy odróżnić zwykłe, często pogarszające się pobudzenie układu naczyniowego osób przewlekłe gruźliczych, od gorączki trwającej która zjawia się w ostatnim okresie i trwa aż do śmierci. Wszystkie dzieci gruźlicze mają zwłaszcza ku wieczorowi gorące i suche czoło i ręce, powiększone pragnienie i ogólne podniesienie ciepłoty ciała; po kilku jednak godzinach wszystkie te objawy znikają i często całymi tygodniami nie wracają. Przy tych przemijających pobudzeniach układu naczyniowego, odżywianie nie cierpi znacznie, tak że pobudzenia te mogą zupełnie ustać, gdy nie wystąpią nowe gruźlicze napady.

Zupełnie inaczej rzecz się ma z gorączką trawiącą. Tętno z początku twarde, później małe i łatwo ugnieść się dające, przyspiesza się tu do 150 i więcej uderzeń, co wieczór występuje pogorszenie,

ale nigdy już nie wraca stan zupełnie bezgorączkowy. Gorączka ta może trwać miesiące a nawet i lata całe, w ostatnim razie oczywiście jest mniejszego natężenia, sprowadza wychudnienie do najwyższego stopnia i nie opuszcza już dzieci aż do śmierci. Ciepłota skóry ku końcowi nie zdaje się być w prostym stosunku do przyspieszenia tętna, ale raczej spada niżej prawidłowej, zwłaszcza na wyniosłościach ciała.

W początku gruźlicy lub gdy chore dziecko nie było jeszcze dosyć długo spostrzegane, gorączka ta może dać powód do zmieszania z innym stanem. Wieczorne pogorszenia mogą być podobne do zimnicy, która to pomyłka wyjaśnia się łatwo gdy większe dawki chininy okażą się bezskutecznymi. Niekiedy rozpoznanie waha się przez kilka tygodni między ostrą gruźlicą i durzycą, co tembardziej jest możliwem, że durzyca u dzieci posiada objawy daleko mniej wybitne aniżeli u dorosłych. Gdy gruźlicze objawy ze strony płuc są nieco przemagające, to często jesteśmy w wątpliwości, czy przypadkiem zapalenie płuc nieprawidłowo przebiegające, nie jest przyczyną utrzymywania się ciągłej gorączki.

Odżywianie cierpi znacznie u wszystkich dzieci gruźliczych i następuje przerażające wychudnienie, które jednak pod względem rozpoznawczym mało ma znaczenie, gdyż wszystkie choroby gorączkowe u dzieci dłużej trwając, powodują je również. Wyjątek od tego stanowi tylko ostra gruźlica u małych dzieci poniżej roku. Mianowicie dzieci te będąc zwłaszcza przy piersi matki, nie utracają warstwy tłuszczowej pod skórą prawie aż do śmierci. Ciągłe gorąca skóra i ustawiczny kaszel, przy którym wydala się z ust wiele białej piany, pozwalały już za życia postawić z prawdopodobieństwem rozpoznanie gruźlicy ostrój. Pośmiertne badanie w większej liczbie wypadków potwierdza to przypuszczenie. Jeśli u większych gruźliczych dzieci powstaną pleśnia w ki (*soor*) w jamie ustnej, to można prawie z pewnością spodziewać się wkrótce śmiertelnego zejścia. Język mało przedstawia cechujących znaków. Apetyt nawet przy gorączce trwającej jest często jeszcze bardzo dobry, zresztą nie widzimy aby dzieci te bardziej chudły i dłużej żyły niż inne, cierpiące na ciągłą niestrawność. Biegunka jest częsta, rzadko jednak zależy od gruźliczych wrzodów w kiszki, ale po większej części od zwykłego niezytu błony śluzowej w pokarmowym przewodzie.

Skóra w przewlekłej gruźlicy nigdy nie bywa prawidłowa, gdyż traci gładkość, wiotczeje i staje się zmarszczkowatą z przyczyny zniknięcia tłuszczu podskórnego. Często na tułowiu i na szyi zjawia się tłuszczenie drobnych blaszek naskórka, które znika na jakiś czas,

znów wraca później i łączy się z ostudą (*pityriasis versicolor*) Miejsca skóry mocno łuszczące się i szorstkie mało zwilżają się przez pot, lecz pozostałe przyjmują poniekąd zastępczo tę czynność skóry i obficie ją pocą się. Głównie na głowie pot zbiera się w postaci dużych kropel, tak że włosy i poduszka wydatnie przemakają. Nierzadko pojawiają się potówki.

Ogólna puchlina skóry nie zdarza się w zwykłej gruźlicy, tylko około kostek i na grzbiecie stopy znajdujemy lekki obrzęk w ostatnim okresie choroby. U małych dzieci obrzęk ten jest pewną wskazówką dla rozpoznania, gdyż stanowi on prawie wyłączną właściwość gruźlicy, tém więcej, że fizyczne badanie klatki zwykle nie daje dostatecznych wyników. Niekiedy powstaje częściowy obrzęk na twarzy i górnych kończynach, co należy wyprowadzić od miejscowych zaburzeń krążenia. Zauważano że mocno powiększone gruczoły oskrzelowe wywierają ucisk na żyłę główną górną (zstępującą) a ztąd mogą spowodować zastoje w jej naczyniowym obrębie.

Przewlekła gruźlica albo zatrzymuje swój charakter aż do śmierci, a dzieci umierają w następstwie gorączki, wychudnienia i wyniszczenia, albo też zejście śmiertelne zostaje jeszcze przyspieszonym przez ostrą gruźlicę mózgu.

Rokowanie nawet przy dosyć postąpionej gruźlicy nie powinno być stawiane bezwzględnie śmiertelném, gdyż zdarzają się wypadki, gdzie pomimo złych objawów, cierpienie zatrzymuje się, ucicha a po latach następuje zupełna poprawa, odżywienie i rozwinięcie ciała.

**Przyczyny.** Żadna choroba nieposiada tak widocznego wpływu dziedziczności jak gruźlica, gdyż dziedziczność daje się niekiedy tak wydatnie stwierdzić, że zdaniem Vogl'a jest ona jedyną i jedynie prawdziwą przyczyną gruźliczego zakażenia. Dzieci nie rodzą się z dojrzałymi gruzelkami i o ile wiadomo nigdy nie bywają spostrzegane przy badaniu zwłok noworodków. Wszakże już w pierwszych tygodniach życia gruźlica może się zupełnie rozwinać, tak że niekiedy u dziecka które żyło tyło 2—3 miesiący a nawet krótszy czas, możemy znaleźć gruzelki prosówkowe a nawet wielkie żółte złoگی gruźlicze.

Stopnie natężenia choroby są bardzo rozmaite, stosownie do stanu zdrowia rodziców. Gdy jedno z nich jest gruźlicze, drugie zaś pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej, to nie zawsze wszystkie dzieci tegoż małżeństwa bywają gruźlicą dotknięte a nawet pokrewni jej żoźami. Z dziedzicznością gruźlicy rzecz się ma podobnie jak z wewnętrznymi własnościami ustroju, nabytymi od rodziców. Gdy ojciec posiada

czarne włosy i brunatną tęczę, a matka włosy blond i niebieskie oczy, to dzieci zwykle nie posiadają mieszaniny tych odcieni barwy włosów i tęczę, ale po większej części jedne dzieci są w tym względzie podobne do ojca, drugie zaś do matki. Jeżeli więc ojciec jest gruźliczy a matka zdrowa lub odwrotnie, to może się zdarzyć, że jedne dzieci będą zdrowe, drugie gruźlicą dotknięte. Często jednak widzimy z jednej strony osłabienie zakażenia, które objawia się w postaci łagodniejszej raczej żółzowatej, z drugiej zaś u dzieci pozornie zdrowych towarzyszą lekkie cierpienia żółzowate i usposobienie do nieżyłtów oskrzelowych, nieżyłtu kiszek, przewlekłego zapalenia powiek i zapalenia pryszczkowego łącznicy.

Przez skrzyżowania między osobami silnie gruźliczemi, słabo gruźliczemi i zdrowymi, powstaje tedy mnóstwo stopniowań, a przy niezmierniej rozległości do jakiej gruźlica obecnie doszła, mało tylko znajdzie się rodzin, które byłyby zupełnie wolne od wszelkiego usposobienia do gruźlicy i od wszelkich objawów żółzowatych będących jej wskazówką. Główna trudność jaką wypada przełamać starając się objaśnić gruźlicę tylko na mocy dziedziczności, jest ta, że lekkie stopnie gruźlicy, pojedyncze, ograniczone, może już zwapniałe gruźelki nie dadzą się rozpoznać. I tak dosyć często przy badaniu zwłok silnych, dobrze odżywionych ludzi zmarłych na jakąś ostrą chorobę, udaje się napotkać w jednym szczytce płuca lub w gruczołach oskrzelowych pozostałości dawniejszej sprawy gruźliczej, której nikt się nie domyślał. Z tego powodu nigdy nie można z pewnością utrzymywać, że nie istnieje wcale dziedziczne usposobienie i że w danym razie gruźlica musi zależeć od innych, zewnętrznych przyczyn.

Do zewnętrznych przyczyn gruźlicy zaliczają powszechnie: złe powietrze, przebywanie w pokojach ciasnych, nie przewietrzanych, zapyłonych, wilgotnych, złe pożywienie pod którym rozumie się przede wszystkim wyłączenie spożywania czarnego chleba i kartofli, przy braku pokarmów mięsnych. Jeżeli jednak zestawimy spostrzeżenia z liczniejszej praktyki uboższej pod względem tych zewnętrznych przyczyn, to się okaże, że właśnie nadzwyczaj często przyczyny te nie wywołują gruźlicy stwierdzić się dającej, z drugiej strony, że przy zupełnym braku tych zewnętrznych szkodliwości gruźlica bardzo często się zdarza.

Najbardziej uderzające są warunki, gdy dzieci rozmaitych rodziców wyrastają razem w jednej rodzinie, co się często zdarza w Monachium, gdyż dzieci nieprawie nie zawsze mogą pozostać przy matce, muszą być oddawane na wychowanie. Jeżeli tedy rodzina przyjmująca

do siebie dziecko na wychowanie, posiada własne dzieci, to wszystkie one razem żyją w tych samych warunkach zewnętrznych i spią w tym samym pokoju, jedzą z jednych naczyń, jedne i te same pokarmy, pielęgnują i zaniedbują swą skórę w równej mierze, a jednak wiele razy widzimy, że dziecko na wychowaniu będące pozostaje zdrowym, podczas gdy własne dzieci całymi latami muszą być leczone z powodu cierpień złoźowatych, albo téż rzecz ma się odwrotnie. Skoro więc fakta te tak często się powtarzają, że każdy prawie lekarz może całe szeregi ich naliczyć, to wiara we wpływ zewnętrznych przyczyn, złego pożywienia, mieszkania i pielęgnowania staje się więcéj niż wątpliwą i traci na swéj doniosłości; inaczej gruźlica musiałaby zdarzać się częściej u ludzi ubogich którzy w miastach mieszkają razem ściéśnieni, aniżeli to ma w istocie miejsce. Całe domy, całe ulice gdzie ci nędzarze są skupieni, powinnyby być zapełnione gruźliczmi chorobami, co jednak nie było jeszcze dowiedzioném w żadném mieście.

Dla dzieci noszących w sobie zarodek gruźlicy, te zewnętrzne przyczyny mogłyby posiadać wielką doniosłość i powiększać oraz pogarszać natężenie i liczbę pojedynczych występów gruźlicy. Gdzie jednak niema tego zarodka, tam dzieci rozwijają się wprawdzie powolniej, pozostają blade, chude, mizerne i małe, ale nie przedstawiają znaków gruźlicy, ani nawet złoźów.

Przypatrzmy się téj kwestyi z odwrotnej strony. U dzieci zamożnych rodziców zwykle brak zewnętrznych szkodliwości jako przyczyny, tak że na téj zasadzie tém mniej dzieci zamożnych powinnyby cierpieć na gruźlicę, im więcéj biednych dzieci wśród złych warunków życia zapada na tę chorobę. Jednakże o ile ogólnie stwierdzić można tę okoliczność (w odsetkach nie da się to obliczyć), dzieci rodziców zamożnych wcale nie rzadziej cierpią na gruźlicę niż dzieci ubogie, przeciwnie nawet choroba ta zdaje się występować szczególnie często i zabójczo w rodzinach zamożnych. Z tego także poglądu wynika, że na pożywienie, mieszkanie i pielęgnowanie skóry, należy daleko mniejszy kłaść nacisk pod względem przyczynowości aniżeli na usposobienie dziedziczne.

Chociaż zewnętrzne przyczyny mają nieznaczny tylko wpływ na wywoływanie gruźlicy u osób zupełnie zdrowych, to jednak należy przyznać, że stanowią one ważny czynnik tam, gdzie istnieje usposobienie dziedziczne. Daleko ważniejsze są w tym względzie przebyte inne choroby, głównie odra, przymiot, koklusz i durzycia.

Po tych ostrych chorobach u dzieci dotychczas pozornie zupełnie zdrowych wybucha nagle gruźlica. Najczęściej występuje ona

po odrze i stanowi tak częste następstwo, że słuszném zdaje się być przypuszczenie, jako każde dziecko z dziedziczném usposobieniem do gruźlicy, po przebyciu odry, zapada na gruźlicę lub przynajmniej na zołży. Ta odmiana gruźlicy po odrze występująca, odróżnia się od dobrowolnie powstałej jeszcze i tém, że w pierwszej zdarza się przycichnięcie choroby, a wreszcie nawet zupełna poprawa, daleko częściej aniżeli w gruźlicy dobrowolnie występującej.

### B. Zakażenie zołżowate.

Zołży (*Scrophulosis*) stanowią szereg zapalnych spraw w skórze i błonach śluzowych, w narządach zmysłów: wzroku i słuchu, w gruczołach chłonicznych (limfatycznych), w kościach i stawach, które to sprawy pod względem anatomo-patologicznym, nie mają z sobą żadnego związku w przebiegu, jednakże różnią się wielce od zwyczajnego traumatycznego zapalenia tych części i rzadko występują odosobnione, lecz po większej części razem w kilku miejscach ustroju lub jedna po drugiej.

Badanie chorych części nawet bez uwzględnienia całego ustroju, wykazuje często tak odrębne cechy, że dla uwydatnienia rodzaju cierpienia, właściwém jest, do nazwy „sprawa zapalna” dodać wyraz „zołżowata.” Tyczy się to głównie niektórych chorób narządu wzrokowego, owrzodziałych gruczołów chłonicznych i chorób kości oraz stawów, podczas gdy większa część wysypek skórnych, chorób usznych i nieżyty błon śluzowych mogą być poczytane jako zołżowate, dopiero po uporczywości przebiegu i po jednoczesném powikłaniu z wyraźnemi cierpieniami zołżowatemi innych narządów.

Przeciwnicy usposobienia zołżowatego, którzy nie widzą ścisłego związku wspomnianych cierpień jaki codziennie w praktyce spostrzegać się daje, opierają się głównie na tém, że zakażenie we krwi nie jest wykazane. Zapominają jednak przytém, że w ogóle przy żadném zakażeniu (przymiotowém, rakowém, gruźliczém) nie znaleziono dotąd nic specyficznego we krwi; wszakże bezwątpienia należy przyjąć, że wszystkie miejscowe objawy są wynikiem cierpienia ogólnego w ustroju. Z klinicznego punktu widzenia należy trzymać się następujących zasad:

1) istnieją pewne przewlekłe zapalenia, które posiadają ścisły związek przyczynowy;

2) dzieci cierpiące na te zapalenia pochodzą z rodziców gruźliczych, co w większej części wypadków daje się stwierdzić, i



3) dzieci te przy dojściu do dojrzałości skoro objawy zołzowatego cierpienia pojawiły się, bardzo często również podlegają gruźlicy.

Tak więc zołzy okazują się jakby początkiem, a także jakby osłabieniem gruźlicy. Według postrzeżeń Vogl'a, które z powodu trudności stwierdzenia gruźlicy u rodziców, nigdy nie doprowadziły do pewnych cyfr, zołzy występują głównie w rodzinach, gdzie jedno z rodziców jest zdrowe, drugie zaś gruźlicze; gdzie ojciec i matka są gruźliczemi tam dzieci po większej części umierają już w pierwszym roku życia od razu na prawdziwą gruźlicę, bez podlegania łagodniejszym przejściowym cierpieniom. Co się tyczy objawów ogólnych, t. zw. wyglądu zołzowatego (*habitus scrophulosus*) to większa część znaków podawanych dla takowego, stanowi tylko zwykłe następstwa miejscowych spraw, a nie polegają na pewnych odziedziczonych nieprawidłowościach ciałaoskładu. To jest téż powodem, dla czego opisy t. zw. wyglądu zołzowatego nie są objęte w jeden obraz, ale muszą być przedstawione w dwóch odmianach, eretycznej i otrętwiałej.

Przy dokładném zbadaniu obie te postacie ograniczają się do bardzo chwiejnych podań. I tak, dzieci przy odmianie eretycznej mają mieć ciało wysmukłe, szczupłe, słabe mięśnie, bystry umysł do pojmovania, delikatne rysy twarzy, piękne oczy z sinawą białkówką i rozszerzonymi źrenicami. Wygląd przy odmianie otrętwiałej ma się cechować grubemi rysami twarzy, wielką głową, szerokimi policzkami, nabrzmieniem nosa i wargi górnej, zaczerwienieniem oczów, obrzmiałemi gruczołami chłonicznymi i wielkim brzuchem. W opisie tym w sposób niewłaściwy zebrane są ogólne konstytucjonalne zmiany, wraz z miejscowymi sprawami chorobowemi. Ogólne charaktery są bardzo nieokreślone, a prócz tego zupełnie niewłaściwe; miejscowe zaś: nabrzmienie nosa i wargi górnej, zaczerwienienie powiek, przerosty gruczołów i wzdęcie brzucha gazami, są wprawdzie częściowymi objawami zołz, jednak nie tak stałemi aby stanowić miały o wyglądzie. Brak zaś ich lub znikanie wcale nie dowodzi że dzieci pozbyły się zołzów. Dzieci mogą zupełnie tracić ten wygląd jaki im zołzy nadają przez zapalenie gruczołów Meiboma (*adentis meibomiana*), obrzmienie nosa i wargi górnej, które zależą tylko od miejscowego niezytu błony śluzowej nosa i jej drażniącej wydzieliny, a po kilku miesiącach nabywać tych samych cierpień lub innych przypadłości zołzowatego charakteru. Tak więc stosownie czy te miejscowe zapalenia są obecne lub znikły, wygląd zołzowaty będzie istniał lub brakować go będzie chociaż główna choroba nie przeminała.

Co się tyczy spraw miejscowych, to odznaczają się one długim przebiegiem, częstymi powrotami i opieraniem się wszelkiemu miejscowemu leczeniu, za pomocą przyżegań, okładów lub maści wszelkiego rodzaju. Sprawy te dają po większej części tak cechujące objawy, że zasługują na oddzielny opis, oprócz form skórnych, z powodu, że najczęściej zdarzające się tu *a*) *wysypki skórne*, mianowicie: przyszczyca (*eczema*), liszajec (*impetigo*), i wrzedzionkowatość (*furunculosis*) były powyżej opisane w rozdziale o chorobach skóry.

### b) Błony śluzowe i narządy zmysłów.

Przyłączamy tu opis zmian w narządach zmysłów do zmian na błonach śluzowych, a to z powodu że przy zółzowatych cierpieniach narządu wzroku i słuchu, stale i głównie udział biorą ich błony śluzowe.

Błona śluzowa ust i przewodu pokarmowego nie przedstawia charakterystycznych zółzowatych cierpień. Nieżyty oskrzeli tak częste i uporczywe u dzieci tém zakażeniem dotkniętych, o wiele prawdopodobniej zależą od prawdziwej gruźlicy płuc, aniżeli od zółzów. W układzie moczopłociowym nie występują także żadne wyłączne zmiany, w pochwie tylko u dziewcząt zółzowatych spostrzegać się dają często uporczywe białe upławy o których już była mowa (str. 520).

Wyraźnie umiejscowienia zółzów zwykle spostrzegać się dają na błonie śluzowej nosa, oka i ucha.

#### N o s.

W otworach nosowych na przejściu błony śluzowej w skórę bardzo często występuje wilgotna wysypka, pryszczyca lub liszajec. W skutek tego cała błona śluzowa ulega zgrubieniu i wypładza wydzielinę obfitą i gryzącą. Otwory nosowe wypełniają się przytém strupami coraz grubsze, wierzchołek nosa nabrzmiewa, a ostra wydzielina spływająca na wargę górną powoduje przewlekłe zaczerwienienie i nacieczenie téj części skóry. Nabrzmienie nosa i wargi górnej zdarza się tak często, że po takowym zwykle oceniają wygląd zółzowaty.

Chociaż nie można zaprzeczyć że dzieci takie zawsze są podległe zółzom i przedstawiają jeszcze inne tego rodzaju cierpienia, to jednakże z tego nie wynika, aby przy nieobecności miejscowej choroby nosa i wargi górnej, dzieci takie nie były zółzowatemi. Miejscowe to cierpienie pomimo leczenia przeciąga się całe miesiące, nawet lata całe, a po zupełném zniknięciu wysypki przez długi jeszcze czas pozostaje lekkie

obrzemień skóry. W każdym jednak razie przyszczyca i liszajec występują samodzielnie i nie mają nic wspólnego z wilkiem (*lupus*), polipami, ropnym nieżytem (*coryza*) i owrzodzeniem w nosie (*ozaena*), które pojawiać się również mogą niezależnie od przyszczycy.

Zożłowate owrzodzenie w nosie (*ozaena scrophulosa*) odznacza się wpływem ropiasto-krwawym z jednego lub obu otworów nozowych i odróżnia się od opisanego powyżej cierpienia błony śluzowej, stałe odrażliwą wonią ropnej wydzieliny. Ozaena jest równie uporczywą, utrzymuje się niekiedy przez kilka tygodni, jednakże zwykle znów wraca i to z dawniejszym natężeniem. Podstawą zożłowatego owrzodzenia w nosie po większej części jest zapalenie okostnej i pewnej części ściany jamy nosowej, tak że nawet niekiedy odchodzą cząsteczki kości; od tego zależy odrażliwa woń wyciekającego wy płodu i przewlekły przebieg tegoż cierpienia.

**Lezenie.** Gdy dzieci są już nieco starsze i roztropniejsze, wówczas dobrze działają wstrzykiwanie zimnej wody lub słabo ściągających środków. Natrysk nosowy Weber'a zasługuje tu na pierwszeństwo. U małych dzieci które opierają się temu wypada poprzestać na wprowadzeniu słabej maści z czerwonego tleniku rtęci (gr. jii na 3 j tłuszczu) za pomocą cienkiego wałeczka z szarpi. Głównym działaczem i tu także pozostaje leczenie ogólne.

O k o.

Zożłowate choroby narządu wzrokowego dotyczą najczęściej powiek, na których gruczoły Meibom'a często ulegają owrzodzeniu. Powstaje jęczmiek (*chordacolum*) jeden lub kilka, które częścią przechodzą w ropienie, częścią w stwardnienie. Okoliczne części powieki są przytém obrzmiałe i obnażają się szybko w skutek zgryzania powiększoną wydzieliną. Cierpienie to również trwa dłuższy przeciąg czasu, przeciąga się przez wiele miesięcy i kończy się często utratą częściową lub całkowitą rzęs.

Najczęściej jednak zakażenie zożłowate powoduje zajęcia łącznicy gałkowej.

Przy zożłowatém zapaleniu łącznicy (*conjunctivitis scrophulosa*) powstają prawie zawsze na łącznicy białkowej plaskie, białe-żółte pęcherzyki lub przyszcze wielkości soczewicy, otoczone przepełnionemi krwią sino-czerwonemi naczyniami. Główna część naczyń przesuwają się zwykle w postaci powrózkowatego pęczka od jednego z kątów oka ku pęcherzykowi. Ponieważ te pęcherzyki (*phlyctacnae*) zdarzają się tylko u dzieci zożłowatych, przeto Vogel uważa je za prawdopo-

dobnie prosówkowe ziarnka gruzelków na łącznicy; wszakże nie miał sposobności wyjąć takich ognisk u żywego, dla zbadania pod drobno-widzem, w który to sposób ta wątpliwa weuług niego kwestya dała-by się rozstrzygnąć.

Po kilku dniach pęcherzyki pękają i zapadają się, naczynia doprowadzające zmniejszają się i znikają wkrótce potem w zupełności; gdy sprawa całkowicie się ukończyła, nie pozostaje żadne trwale uszkodzenie oka, ani też nie można dostrzedz widocznego śladu pozostałości. Inaczej rzecz się ma gdy rogówka będzie zajęta.

*Keratitis scrophulosa* przedstawia się albo jako dalszy rozwój naczyń łącznicy białkówkowej w rogówkę, tak że w pojedynczych miejscach lub na całym obwodzie rogówki, wsuwają się w jej brzeg promieniste naczynia albo też w któremkolwiek miejscu rogówki powstają większe lub mniejsze owrzodzenia.

Te wrzodziki rogówki powstają również z pryszczyków odpowiadających pęcherzykom na białkówe, pękają bardzo szybko, tak że w krótkim czasie po zaczęciu się choroby nie widzimy weale pryszczycy ale częściową utratę tkanki rogówki pod postacią małego płytkiego dołeczka, w otoczeniu zaś tegoż rogówka jest jakby zamglona lub mleczno zmętniona. Wrzodziki w ten sposób powstałe często w liczbie kilku razem istniejące, potrzebują długiego czasu do zupełnego zabliznienia. Miejsce gdzie one się znajdowały przedstawia się nie niekiedy jakby odszlifowane (utworzenie fasetek); zadymione zaś zmętnienie dna wrzodziku i jego otoczenia, znika dopiero po wielu latach lub pozostaje na całe życie (*macula corneae*).

U dzieci mocno żółzowatych wrzodziki mogą się coraz bardziej zagłębiać i w końcu przedziurawić rogówkę. Gdy wrzód znajdował się w pośrodku, tak że po wypłynięciu cieczy wodnej z przedniej komory oka, przedziurawienie nie mogło być zakryte przez tęczówkę, to następuje zwykle zanik gałki ocznej (*phthisis bulbi*). Gdy zaś wrzód znajduje się więcej obwodowo, wówczas część tęczówki wypada przez otwór, pokrywa się wysiękiem, skutkiem tego pozostaje ściągnięcie źrenicy, przez co wzrok zostaje nieznacznie tylko uszkodzony. W miejscu zrośnięcia tęczówki z rogówką pozostaje biała plama, z czarnym środkowym punktem, z której to plamy może następnie wytworzyć się groniak (*staphyloma*).

Przedziurawienie przez owrzodzenia żółzowate rogówki zdarza się jednak rzadko, zaledwie jedno na sto wypadków, a z pomiędzy przedziurawień stosunkowo często jeszcze następuje pomyślne zejście z wypadnięciem i zrośnięciem tęczówki.

Bardzo charakterystycznym dla żółzowatego zapalenia oczów jest kurcz powiek (*blepharospasmus*). Takowy wynika skutkiem wielkiego światłowstrętu, którego tylko w nader nielicznych wypadkach brakuje. Dzieci całymi dniami nie otwierają chorego oka, w dzień szukają ciemnych kątów i pokojów, trzymają ręce przed oczami zapobiegając o ile mogą wnikananiu promieni światła. Wprawdzie posłuszne dzieci za namową same usiłują chociaż chwilowo otworzyć oko dla zbadania przez lekarza lub przynajmniej pozwalają dobrowolnie na otworenie tegoż, to jednak w innych wypadkach światło wpadające powoduje tak silne drażnienie, że pomimo najlepszej chęci dzieci nie są w stanie otworzyć oka. Można wprawdzie przytrzymać dziecko i siłą obu rąk rozszerzyć powieki, jednak zawsze następuje przy tém małe krwawienie w zewnętrznym kącie oka i znaczne nabrzmienie powiek.

Pod względem leczniczym to gwałtowne otwieranie oczów nie przynosi żadnej korzyści, gdyż leczenie będzie jednakowe czy owrzodzenia istnieją lub nie, a natomiast przynosi się szkodę przez znaczne obrzmienie powiek i nieuniknione ich ugniecenie. Ważniejszym może być jednak to postępowanie pod względem rokowania, gdyż możemy zapewnić stroskanym rodzicom pomyślnę zejście, w razach jeżeli nie znajdziemy wcale lub tylko nieznaczne obwodowe owrzodzenie.

Światłowstręt nie zawsze pozostaje w prostym stosunku do materalnych zmian w rogówce, może on osiągnąć najwyższego stopnia, pomimo że rogówka prawie jest nietkniętą. Łzawienie przy światłowstręcie jest zawsze obfite a spływające łzy przy mechaniczném tarciu i ustawiczném przykrywaniu oka, wywołują wkrótce wilgotną wysypkę pęcherzykową na całej połowie twarzy.

Żółzowate zapalenie oczów zdarza się nader często, możnaby nawet powiedzieć że pojawia się stale. Często upływa najmniej pół roku lub lata całe, zanim dzieci pozbędą się téj choroby. Silne i ciągle bóle jakie towarzyszą temu cierpieniu, powodują zwykle nieco gorączki i brak apetytu, poczem następuje widoczne wychudnienie. Szczególne są zmiany w rzęsach po przewlekłych żółzowatych zapaleniach, rosną one najprzód do znacznej długości i grubości, tracą jednak przytém zwykłą postać pojedynczo przygiętą i stają się faliste, prawie kędzierzawc. Później zmienione te rzęsy wypadają prawie w zupełności i zastąpione zostają przez małe i nieliczne włoski utrzymujące się takimi przez całe życie.

W żółzowatych zapaleniach oczów widzimy najwyraźniej przebiegłość rozmaitych miejscowych pojawów zakażenia. Pomimo wszel-

kiego miejscowego i ogólnego leczenia owrzdzenia rogówki mogą się przez ciąg kilku miesięcy pomnażać w ilości i pogarszać, dopóki nagle nie wystąpi pryszczycza na głowie, wypływ z ucha, nieżyt oskrzeli lub żółzowate choroby kości; wtedy najuporczywsze zapalenie oczów znika zupełnie w ciągu kilku dni. Światłowstręt, łzawienie i nastrzyknięcie naczyń jakby zostały ręką odjęte, nie pozostaje nic prócz zmętnienia rogówki, które z wyjątkiem zmniejszonej siły wzroku, nie sprawia zresztą ważniejszych następstw.

**Leczenie.** Pomimo najrozmaitszych środków, które okuliści w wielkiej ilości wprowadzili w użycie, nie znamy jeszcze żadnego sposobu leczenia, któryby wyraźnie skracał i łagodził to uporczywe cierpienie. Celem osłonięcia oka dostatecznym jest zawiesić mały zwyczajny płatek. Wszelkie maście i wkraplania ściągających wód do oczów są szkodliwe i powiększają zadrażnienie, dopóki istnieje ból i zaczerwienienie. W tym okresie zapalnym jedynie stosownym będzie zwilżanie lub polewanie oka co godzina letnią przekroploną wodą. Zimno i zimna woda w większej liczbie wypadków wzmagają ból i zaczerwienienie oka.

Nie należy pomagać dzieciom w ich usiłowaniach stronięcia zupełnie od światła. Powinny one przebywać w pokoju niezaciemnionym, mając na oku zwyczajną zasłonkę (*ambraclum*). Pewną korzyść przynosi powtarzane wkraplanie raz na dzień stężonego roztworu atropiny (gr. j na 3 ij wody) i wewnętrzne używanie wyciągu belladony, którego w ciągu 24 godzin można zadać do 1/2 grana. Zanurzanie głowy w zimną wodę wywiera pomyślny wpływ na kurcz powiek, trwający jednak zaledwie przez kilka godzin, środek ten jednakże w praktyce nie łatwo da się zastosować. Z tego powodu Vogel odstąpił od w mowie będącego nieco gwałtownego postępowania i nie widział odtąd złych skutków przy obecnym sposobie leczenia.

Gdy dzieci nie są wyraźnie gruźlicze, co zwykle tak nie jest, to bardzo dobrze znoszą wcierania szarą maści, a przytém postępowaniu dostrzegamy przebieg dosyć pomyślny, chociaż nie zawsze szybki. Szarą maść wcieramy w czoło  $\mathfrak{D}\beta$ — $\mathfrak{D}j$  na dzień, poczem obwiązujemy je szeroką opaską, gdyż inaczéj dzieci rozmazują maść w około, a zapalenie oczów pogarsza się gdy maść ta dostanie się na łącznicę.

Przeciwno bólom, bezsenności i ogólnemu pobudzeniu, najwłaściwszym środkiem jest morfina. Vogel rozpuszcza gr.  $\beta$  w  $\mathfrak{F}ij$  wody i zadaje ten roztwór łyżeczkami od kawy, stosownie do potrzeby. Tak małe dawki morfiny nie powodują szkodliwego ubocznego

działania, natomiast pijawki dla zmniejszenia bólu dawniej przystawiane szkodliwie oddziałują, a to z powodu że przyczyniają się do osłabienia dzieci. Przy uporczywym przebiegu i braku wszelkich wysypek skórnych, niekiedy szybkie i widoczne osiągamy uśmierzenie cierpienia oczów przez wtrącenie maści emetykowej aż do wywołania pryszczycy.

Maść emetykowa *Autenrieth'a* jest jednak w tym celu niewłaściwą, a to z powodu, że dzieci drapią się zwykle w miejscu wcierania i dotykają się oczów palcami powalaniem maścią, przez co widocznie zapalenie oczów się pogorsza. *Vogel* oddawna używa mieszaniny 1 części emetyku i 3 cz. *empl. citrin.*, którą rozsmarowuje na grubość noża na przestrzeni talara na długie paski plastru lipkiego i przytwierdza na karku. Po czterech dniach oddala się ten opatrunek a wtedy pokazują się liczne małe pryszczyki. Pryszczycze te po kilku dniach zaczynają się goić, gdy więc zachodzi potrzeba ich podtrzymać, to można osiągnąć za pomocą drażniącej maści (*ungt. sabinae*).

Przy *blepharitis* i *adenitis meibomiana* zalecają maści wysuszające lub słabo drażniące. Zaleca się tu chloro-amidek rtęci (gr. ij—jv na 5j tłuszczu) lub maść cynkowa (*ungt. zinci*).

Jak już wspomniano wszystkie te miejscowe środki nie mają wyraźnego i pewnie skutecznego wpływu, tak że najważniejszą jest rzeczą stosowne leczenie ogólne przez całe lata prowadzone.

#### U c h o.

Zoły są najczęstszym powodem chorób usznych u dzieci, mianowicie przewlekłych wypływów z ucha jako zejść zapalenia ucha zewnętrznego i wewnętrznego, dalej chorób kości przewodu słuchowego i kości skalistój, cierpienia te zdarzają się prawie wyłącznie u dzieci gruźliczych rodziców i są połączone lub występują naprzemian z innymi umiejscowieniami zakażenia. Stany tu należące zostały powyżej opisane w rozdziale o chorobach narządu słuchowego (str. 473).

#### c) Gruczoły chłonicze i tkanka łączna podskórna.

U dzieci zołzowatych nader często występują nadbrzmienia gruczołów, które po większej części wywołane bywają przez sąsiednie choroby skóry lub błony śluzowej. Najczęściej nabrzmiewają gruczoły chłonicze na szyi, rzadziej w dole pachowym i w pachwinie.

Anatomia patologiczna rozróżnia zwyczajny rozrost i gruźlicę gruczołów chłoniczych. W praktyce wyróżnienie to nie da się przeprowadzić. Często spostrzegamy u dzieci że w skutek pryszczycy na

głowie nabrzmiewają gruczoły na szyi i że te gruczoły, które w początku uległy zwykłemu przerostowi, po uleczeniu pryszczycy oddawna, przechodzą jednakże w ropienie lub ulegają zgrużeniu. Oddzielenie gruczołów zożwowatém zapaleniem i zserowaceniem dotkniętych od gruczołowych jest prawie niemożliwe, gdyż przejście jednej postaci w drugą odbywa się powoli i nie zdradza się wybitnymi objawami.

**Zmiany anatomiczne.** Liczne wyłuszczenia powiększonych gruczołów i rozliczne badania na trupach dowiodły, że u tego samego osobnika może znajdować się zwyczajny rozrost, zserowacenie pozapalne i gruźlica gruczołów chłonnych.

Przy zwyczajnym rozroście zmiana budowy gruczołów jest tylko nieznaczna. Im dłużej rozrost trwał, tém gruczoł zajęty staje się zbityszy i twardszy. Powierzchnia jest zwykle obfitująca w nacynia, na przecięciu za naciskiem wypływa mętna ciecz, w której pod drobnowidzem znajdujemy znane pierwiastki gruczołowe, wiele jąder, mało komórek i pojedyncze paski tkanki łącznej. Niekiedy znajdujemy też mniejsze lub większe przestrzenie próżne, z przejrzystą zawartością, rozsiane w mięszu gruczołu.

Gruczoły gruźlicze są zawsze zarazem i powiększone, a na przecięciu albo okazują małe, szkliste, szare gruzełki prosówkowe albo też duże żółte gruzełki zestawione w gromady. W najwyższym stopniu cierpienia prawie cały mięsz gruczołu znikł i zastąpiony został masą gruźliczą, którą jednakże należy odróżnić co do jej początku od ognisk serowatych pozapalnych, tak często przy zożwowatém zakażeniu napotykanym. Zwykłym zejściem gruźlicy gruczołów jest zmięknienie; zwapnienie zdaje się rzadko zdarzać u dzieci. Przy postępującem zmięknieniu następuje zapalenie mięszu i najbliższej tkanki łącznej; wytwarza się ropień i znane wrzody powoli zablizniające się, przetokowe i podminowane.

**Objawy.** Najczęstszém siedliskiem gruźlicy gruczołów a więcéj jeszcze i zapalenia z serowatém przeistoczeniem są gruczoły na szyi; prawie nigdy nie ulega temu jeden gruczoł, ale zwykle wyczuwamy większe gruzły z obu stron szyi, pod zuchwą, z tyłu i poniżej ucha. Gdy gruczoły powiększały się powoli i bez bólu to zwykle pozostają dosyć ruchome, w przeciwnym zaś razie a zwłaszcza gdy przechodzą w ropienie, stają się napięte i nieruchome. Wtedy we wszystkich wypadkach występuje żywy za naciskiem wzmagający się ból, skóra zaczerwienienia się coraz bardziej i cienieje, wreszcie przedziurawia się a z otworu wypływa płatkowata rzadka ciecz, z którą niekiedy wy-



dalają się grudkowate cząsteczki. Zwykle kilka gruczołów w rozmaitych miejscach otwiera się jednocześnie lub jeden po drugim a ropienie jest zawsze nadzwyczaj uporczywe. Powstają charakterystyczne owrządzenia z brzegami modzelowatemi, zgrubiałemi i dnem sadłowatego wejścia z którego to dna wystają oddzielne gruczoły guzikowatego kształtu. Wreszcie po wielu miesiącach modzelowate brzegi mięknieją, wrzody oczyszczają i goją się, wprawdzie z pozostawieniem szpecących blizn. Stan ogólny przytém zwykle wcale nie cierpi, dzieci wyglądają dość dobrze i stopniowo poprawiają się, gdy gruźlica pozostaje ograniczoną do gruczołów, a nie przechodzi jednocześnie na płuca. Przebieg w większej liczbie wypadków jest pomyślny; skoro wrzody zupełnie się zagoiły, to zwykle nie zjawiają się już nowe nabrzmienia i zropienia gruczołów.

Co się tyczy powikłań, to na zasadzie znanych badań Lebert'a, u  $\frac{7}{16}$  wszystkich dzieci poprzedza lub też przyłącza się zapalenie żółzowate oczów,  $\frac{2}{5}$  wypadków wikła się z chorobami kości,  $\frac{1}{4}$  z chorobami skórnemi, również  $\frac{1}{4}$  z chorobami stawów i  $\frac{1}{6}$  z zewnętrznemi wrzodami i ropniami. Według Lebert'a, gruźlica gruczołów jest bardzo rzadką między 1-ym—5-ym ( $\frac{1}{12}$  jego wypadków), częstszą między 5-ym—10-ym ( $\frac{1}{5}$ ), najczęstszą między 10-ym—15-ym rokiem życia (prawie  $\frac{1}{3}$  jego wszystkich wypadków). Od 15 do 20 roku życia częstość jest jeszcze znaczna ( $\frac{2}{7}$ ). Odtąd począwszy choroba ta staje się coraz radszą, gdyż w tym czasie gruźlica daleko częściej sadowić się w płucach niż w gruczołach chłonicych.

Gruźlica gruczołów chłonicych sama przez się nie jest niebezpieczna, zwykle jednak w latach dojścia do dojrzałości przyłącza się gruźlica płuc, tak że w rokowaniu zawsze należy pamiętać o zagrażającym niebezpieczeństwie. Zdaje się że w powyższej statystyce Lebert'a wiele wypadków za gruźlicę gruczołów poczytanych, należałoby odnieść do zapalenia w gruczołach chłonicych z następczém przeistoczeniem serowatem wyplodów chorobnych.

**Leczenie.** Przy prostym i zapalnym rozroście gruczołów, należy uwzględnić przedewszystkiém moment przyczynowy. Dopóki istnieje powodujące cierpienie żółzowate skóry lub błony śluzowej, gruczoły nigdy się nie zmniejszają. Dopiero gdy tamte cierpienia ustąpiły, a nabrzmienie gruczołów nie znikło jeszcze, można próbować zmusić je do zmniejszenia przez pędzlowania nalewką jodową 2—3 razy na tydzień. Proste nabrzmienia gruczołów znikają przy dłuższém zastosowaniu nalewki jodowej, zaś gruczoły gruźlicze ulegają przez to łatwiej

zapaleniu i otwierają się prędkiej. To ostatnie nie powinno być uważane za niepomysłne zejście, gdyż złogi gruźlicze w ten sposób mogą być wydalone z ciała, a powstałe ztąd owrzodzenia, jak to wyżej wspomniano zagajają się.

Zmięknienie gruczołów odbywa się niekiedy nadzwyczaj powoli, jednak prawie zawsze następuje, zwapnienie w wieku dziecięcym rzadko bardzo się zdarza. Wszelkie środki drażniące skórę zdają się sprzyjać zwapnieniu, dla tego zalecają ich stosować. Tu należą wszystkie maście i plastry czerwieniejące skórę, których w medycynie ludowej istnieje cały szereg.

Wrzody żółzowate traktują się według ogólnych zasad chirurgii. Gdy zagojenie wymaga długiego przeciągu czasu, można osiągnąć widoczny postęp tej sprawy za pomocą maści z czerwonego tlenika rtęci. Przy stwardnieniu gruczołów używamy jodu, wszakże należy być bardzo ostrożnym z jego zastosowaniem do wewnątrz, z powodu że gruźlica płuc której zawsze obawiać się należy, przy używaniu jodu u dzieci robi potem widoczne postępy. Najwłaściwszém jest używanie przez czas dłuższy wód mineralnych jod i brom zawierających, w rzędzie których na czele stoi źródło Hall, Kreutznach etc., u nas zaś Ciechocinek, Iwonicz w Galicyi. Miejscowo pędzujemy przerosłe gruczoły nalewką jodową, zmniejszają się one, aczkolwiek rzadko tylko znikają zupełnie przy użyciu tego środka.

O wyłuszczeniu gruczołu może być mowa tylko wtedy, gdy objawy zapalne oddawna ustąpiły a tylko pozostało powiększenie gruczołów. W przeciwnym razie, przekonujemy się że rana pooperacyjna, zamiast goić się, przybiera charakter żółzowatego owrzodzenia w zajętej okolicy ze znanymi modelowatemi brzegami.

#### d) Kości.

##### Zapalenie okostnej (*periostitis scrophulosa*).

Zapalenie okostnej nie rzadko jest wyrazem żółzowatego zakażenia i występuje jako ostre zapalenie lub też ma przebieg przewlekły, powolny, niekiedy nawet ukryty. Niekiedy zauważyć się daje zmiana charakteru zapalenia z początku przewlekłego na ostre.

Cierpienie dotyczy raz części kości na przestrzeni większej lub mniejszej, drugi raz zajmuje okostną kości całej. Siedliskiem są

przedewszystkiem kości długie kończyn (piszczel, k. udowa, k. ramieniowa) i kości zbite, rzadko zaś kości gębczaste.

Anatomiczny charakter ostrego zapalenia okostnej, które prawie równie często się zdarza jak przewlekłe, odznacza się znacznym nastrożeniem naczyń okostnej, zwykle w postaci jednostajnego zaczerwienienia, dalej obrzmieniem, spulchnieniem i gębczastym wyglądem; później okostna przejęta jest śluzowatym, gęstawym płynem wysiękowym i daje się łatwo oddzielić od kości. Przy zapaleniu okostnej przebiegającym powolnie, przekrwienie jest mniejsze, więciej w postaci paskowatej lub plamistej czerwonoci, okostna przyjmuje słoninowaty wygląd, barwy szaro-czerwonawej lub szaro-białawej; i daje się trudniej oddzielić od kości i otaczających części miękkich. W tych ostatnich jak i w samej okostnej po dłuższym czasie trwania, znajdujemy często odszczepy kości lub blaszki kostne nowoutworzonej kości, gdyż nowotworzenie to zawsze występuje przy dłużej trwającym zapaleniu okostnej.

Dalsze zmiany jakim okostna zapaleniem zajęta przy zółzach ulega, są:

Zupełne rozejście się zapalenia i powrót okostnej do stanu prawidłowego. Zdarza się ono w bardzo rzadkich wypadkach; nieco częściej, choć w ogóle także rzadko, powstaje trwałe zgrubienie i powiększenie objętości zajętej części, przeważnie zaś następuje zropienie lub sposoczenie. W ostatnich sprawach w okostnej oraz między nią i kością powstaje ropa, w częściach otaczających nie rzadko wytwarzają się ropnie, które łączą się z takimże ogniskiem przy kości i mogą spowodować wielką jamę. Gdy nastąpiło otworzenie ich na zewnątrz a zapalenie okostnej było ograniczone do małej przestrzeni, to może nastąpić uleczenie i zabliznienie, wszakże zdarza się to bardzo rzadko, zwykle bowiem błona oddzielona jest od kości na znaczniejszej przestrzeni i podminowana, kość przestaje się odżywiać a ztąd następuje jej zgorzel. W innych razach sprawa zapalna przybiera charakter sposoczenia pod wpływem zółzowatego zakażenia, może przesunąć się na kość i sprowadzić jej pruchnienie lub zgorzel (patrz poniżej *caries, necrosis ossis*).

Objawy zółzowatego zapalenia kości są podobne do objawów zapalenia okostnej w ogóle, a stosownie do przebiegu ostrego lub przewlekłego, obraz choroby będzie różny. Z początku występuje miejscowy nie ściśle ograniczony ból, rozszerzający się wzdłuż kości i posiadający właściwy tępy charakter, za naciskiem powiększa się.

Ból z początku tylko czasowy staje się więcej ciągłym, silniejszym głównie w czasie złej pogody, a często także i w porze nocnej; chory członek powolniej lub szybciej nabrzmiewa, stosownie do charakteru zapalenia, skóra naprężona nie daje się ująć w fałdę; nabrzmienie w pierwszych okresach jest twarde i zbite, gdy zaś wystąpi ropienie, to w jednym lub kilku miejscach następuje zmięknienie, wyraźne chełbotanie, nareszcie otworzenie się ogniska ropnego po zasinieniu skóry i oddzieleniu się naskórka. Z otworów które często szybko się powiększają, buja grzybiasta ziarnina, za dotknięciem często krwawiąca. Ropa a raczej wypłód chorobny wypływający z ogniska co do swoich własności będzie zależny od spraw zachodzących w głębi (pruchnienie i zgorzel). Stan ogólny przy przewlekłym przebiegu niekiedy nieznaczny przyjmuje udział, gdy nie był zakłócony przez współczesne inne żółzowate cierpienia; w ostrym zaś przebiegu oraz przy towarzyszącym ropieniu, stan ogólny prawie zawsze cierpi, pojawiają się poruszenia gorączkowe, które mogą przyjąć charakter gorączki trawiącej przy obszernym i obfitym ropieniu, tém bardziej, że podległe tej chorobie dziecię jest już i tak słabe. Gorączka ta sprządza częstokroć śmierć z wycieńczenia.

**Rozpoznanie** nie będzie trudne na mocy przytoczonych objawów.

**Rokowanie** w razach przyłączenia się pruchnienia i zgorzeli kości jest niepomyślne; również zapalenie okostnej może być groźne dla chorego bez przyłączenia się pruchnienia i zgorzeli kości, a to przez obfite ropienie częstokroć pociągające za sobą u dzieci szybkie i znaczne wyniszczenie.

**Leczenie.** Z początku używamy środków rozpędzających, jakkolwiek rzadko tylko pomagają pomimo zupełnego spokoju chorego członka; zastosujemy dalej środki ból kojące (do wewnątrz i miejscowo). Kataplazmy zwykle najprędzej i najtrwałej znoszą ból, zwłaszcza przy poczynającym się wytwarzaniu ropy. Po uwydatnieniu się chełbotania nie ociągajmy się z otwarciem, a to z powodu, że przy wzmagającym się ropieniu okostna zostaje na coraz większej przestrzeni oddzieloną od kości która wówczas obumiera będąc pozbawioną odżywiania się.

## Zapalenie szpiku kostnego

*(Osteomyelitis. Endostitis).*

Zapalenie szpiku kostnego w kanale szpikowym kości długich nie rzadko widzieć się daje u osób zożwowatych. Zmiany anatomiczne tu napotykanne są: przekrwienie szpiku z wynaczynieniem krwi tu i owdzie, z czasem następuje ropienie z początku w małych rozsianych ogniskach, które rozszerzają się coraz bardziej. W takich wypadkach przekrwienie się zmniejsza, szpik staje się brudno-brunatno-żółty, rozpływa się, ściany kości okazują się albo brudne, przejęte ziarniną i posoką, ulegają wessaniu, pruchnieją, albo przy obszerném zropieniu szpiku pozbawione zostają odżywiania i ulegają zgorzeli (*caries et necrosis centralis*). Cierpienie może zająć kość stopniowo w całej jęj grubości, przesunąć się na okostną i wywołać te same sprawy, które przy zapaleniu tkanki kostnej i jego zejściach były już opisane. Również co do objawów i leczenia odnosimy tamże czytelnika.

U dzieci zożwowatych więcej wybitne jest to zapalenie szpiku kostnego, gdzie ten ostatni ulega sprawie zapalnej w kanale szpikowym oraz w przestrzeniach szpikowych części gębczastej kości długich a zwłaszcza małych kości ręki i stopy; przytém zawsze towarzyszy zapalenie okostnej. Sprawa chorobna znana w późniejszych okresach jako: *osteoporosis*, *osteospongiosis*, *spina ventosa*, zachowuje się w pierwszych swych okresach tak, że wszystkie przestrzenie i kanał szpikowy kości znajdujemy wypełnione szpikiem ciemno-czerwonym, obfitym w krew i komórki, nawet niekiedy ropiasto rozpływającym się, podczas gdy okostna okazuje się przekrwioną, nabrzmiąłą. W dalszym przebiegu we wnętrzu kości na skutek zapalenia następuje zropienie a następnie wessanie tkanki kostnej, przez co przestrzenie szpikowe stają się bardzo szerokie, podczas gdy od zewnątrz z okostnej uległej zapaleniu, wytwarzają się nieregularne cienkie blaszki kostne, które po części znów zostają zniszczone przez sprawę wsysania od wewnątrz postępującą. W ten sposób kość może się znacznie powiększyć, podczas gdy pierwotna jęj tkanka zmniejszyła się jednak; wówczas wewnątrz składa się z szerokich obszernych przestrzeni lub nieregularnych jamek, jakby kość była silnie wyдутą (zтąd nazwa rozдęcie czyli zrzeszocenie kości — *spina ventosa*). Przy

wysokim stopniu sprawy niemożna odróżnić kanału szpikowego od tkanki gębczastej.

Cierpienie to zdarza się często u dzieci zołzowatych w kościach rąk i nóg, a mianowicie na kościach śródrečnih i śródstopowych lub na członkach palcowych, które przeto stają się niekształtne i tworzą duże kolbiaste lub okrągławe guzy (na podobieństwo chrzęstniaków [*enchondroma*], do których ta sprawa i tém jest zbliżona, że zwykle stawy pozostają wolne). Otworzenie się tych guzowatości nie zawsze miewa miejsce, dosyć często pozostają całe; w razie przeciwnym powstają wprawdzie liczne otwory przetokowe, jednakże są one zwykle płytkie.

**Leczenie.** Przy użyciu odpowiednich środków skierowanych przeciw zasadniczemu cierpieniu, przy kąpielach chorego członka (w wodzie letniej lub z dodatkiem alkaliów) i przy opatrunku uciskającym przez czas dłuższy utrzymywanym, następuje często uleczenie z nieznacznym zniekształnieniem. Pomoc chirurgiczna ogranicza się do wydobycia swobodnych kawałków kości.

### Zapalenie tk. kostnej

(*Ostitis scrophulosa*).

Zapalenie tkanki kostnej (kości) zdarza się często u dzieci zołzowatych i zajmuje głównie tkankę gębczastą (w krótkich kościach kończyn, w nasadach kości długich, w kręgach etc.), wszakże zdarza się téż i w tkance zbitéj kości długich, tak że prawie żadna kość skieletu nie stanowi wyjątku. Przy mniej lub więcej wyraźném przekrwieniu, nawet obok wynaczyń krwi, w którémkolwiek miejscu tkanki kostnej powstaje ognisko zapalne, które szybko się rozszerza albo téż powstaje kilka ognisk łączących się z sobą. Przestrzenie kostne są wypełnione płynem tłuszczowo galaretowatym, który wkrótce zastąpionym zostaje przez ziarninę obfitującą w znaczną ilość tworów komórkowych; przestrzenie szpikowe kości stają się obszerniejsze, gdyż istota kostna ulega wessaniu z powodu bujania ziarniny (*osteoporosis*). Kość w miejscu zapalenia jest grubszą, chociaż masa jéj nie powiększyła się a nawet przeciwnie uległa zmniejszeniu. Stosunek ten jest szczególnie uderzający gdy zapalenie znajduje się blisko powierzchni kości. Często przy głębokiem

zapaleniu kości niesięgającym powierzchni, znajdujemy już ropnie w sąsiednich częściach miękkich.

Według Vogela u osób zołzowatych zdarzać się ma często odmiana zapalenia kości gruźliczém zwanego, zajmująca głównie kości gębczaste i nasady. W obec przekrwienia powstaje jedno lub kilka ognisk okrągławych lub jednostajne nacieczenie kości wysiękiem pół przeświecającym, szaro-żółtawym galaretowatym. Gdy istnieją pojedyncze ogniska, to są one tu i owdzie otoczone warstwą, która niejako otorbia ów wysięk, ale przy dalszych jego zmianach znika. Następuje wkrótce zmięknienie, ogniska stają się żółtawe, w massie gęstej, papkowatej znajdują się krusze serowate części, a przy szybkim rozszerzaniu się, nierzadko także małe kawałki kości. W skutek tego powstają jamy w kości, które zlewając się wzajemnie mogą dojść do znacznych rozmiarów. W pierwszych okresach choroby zdarza się uleczenie a to skutkiem wessania płynnej zawartości ognisk i skredowacenia lub zwapnienia pozostałości, podczas gdy w pobliżu następuje zgęszczenie kości, częściej jednak przychodzi do otworzenia się i wydalenia zawartości, poczem zwykle powstaje pruchnienie, które ulega rozmaitym zmianom, o czém poniżej przy opisie pruchnienia (str. 632).

Ta odmiana zapalenia zajmuje albo całą kość (np. kręę) albo część jęj lub téz w kości przejętej szaro-żółtawym wypłodem zapalenia, znajdują się żółtawe prążki i plamy, powiększające się szybko, zlewają się one i są złożone z płynu ropiastego, zawierającego krusze ziarnistości, któryto płyn wkrótce przybiera charakter ropiastoposokowaty. Pod wpływem tegoż tkanka kostna niszczeje we większych lub mniejszych ogniskach, cząsteczki jęj dadzą się niekiedy znaleźć w oddzielającym się posokowatym płynie. Gdy sprawa się szerzy, to może téz przejść na okostnę, spowodować jęj zniszczenie, sposoczenie i obumarcie. W innych rzadszych wypadkach sprawa się ogranicza po wydaleniu części zajętych i następuje zagojenie przez wypełnienie luk ziarniną, pochodzącą z sąsiedniej zdrowej jeszcze części kości albo z okostnej i jęj sąsiednich tkanek.

Ze jęscia zapalenia kości, stosownie do czasu trwania bywają następujące:

1) rozejście się zupełne zdarza się rzadko u osób zołzowatych i to tylko przy zapaleniu mniej znacznych części kości.

2) ropienie z następném uleczeniem lub przejściem w pruchnienie. Zropienie ma miejsce dosyć często, rzadziej zaś następuje

uleczenie skoro ropa wydzieliła się na zewnątrz, zwykle wtedy pod wpływem zakażenia następuje sposoczenie i uporczywe pruchnienie. Przestrzenie szpikowe kości są w takich wypadkach powiększone i napełnione ropą, w skutek zniszczenia zbitęj tkanki kostnej powstają mniejsze lub większe jamy; sprawa która może do tego doprowadzić, że w kości znajduje się jedna tylko jama, otoczona łupiną kostną coraz więcej cieniejącą i okostną, ropień w kości. Jeżeli ropa utorowała sobie drogę aż do części miękkich, to przedziurawienie następuje w kierunku prostym, odpowiednim chorąg kości, zwłaszcza gdy w częściach miękkich wytworzyło się już ropienie w skutek zapalenia, w innych wypadkach ropa opuszcza się na pewnej przestrzeni w częściach miękkich i pokazuje się w miejscu mniej lub więcej odległym od ogniska swego powstania. Ropa jest żółta lub żółtawo-biała, bez przykrój woni, zwykle nieco rzadka, bez własności żrących. Ropa ta ma zawierać znacznie mniej fosforanu wapna ( $\frac{1}{120}$ — $\frac{1}{170}$ ) aniżeli ropa w częściach miękkich wytworzona ( $\frac{1}{300}$ ). Po wydaleniu tejże skoro wypływ trwał przez jakiś czas, ropienie w wypadkach pomyślnych ustaje, otwory zamykają się, jama wypełnia się ziarniną w której z czasem wytwarza się kość.

Inne jeszcze rodzaje zejścia są:

3) pruchnienie,

4) zgorzel.

Oba te zejścia przedstawiają odrębne właściwości, należy ich przeto oddzielnie opisać.

**Objawy** zapalenia kości są rozmaite, stósownie do siedliska i obszerności sprawy i stosownie czy i części miękkie są zajęte zapaleniem. Ból zawsze towarzyszy, raz jest on stały, drugi raz rozpromieniający się.

Nabrzmienie części chorych również bywa rozmaite, tak że zwykle trudno rozstrzygnąć, jak dalece zależy ono od zajęcia części miękkich, ile od kości i okostnej. Skóra jest zwykle bardzo wrażliwa, zaczerwieniona, zwłaszcza gdy ropnie mają się otworzyć; takie ropnie powstają niekiedy w częściach miękkich, niestykając się z chorąg kością, otwierają się, zablźniają i pozostawiają nieregularne zagłębienia.

Stan ogólny przy przewlekłym zapaleniu kości może tylko nieznaczny przyjąć udział, a dopiero uwydatnia się po wybuchnięciu



gorączki. Przy poczynającym się ropieniu, przy zapaleniu ostrém kości zwykle towarzyszy gorączka a za nią w ślad wychudnienie, bezsilność, brak snu, apetytu, niekiedy nawet biegunka.

**Leczenie.** W powolnym przebiegu i przy umiarkowanej bolesności możemy użyć środków odciągających, mianowicie: maści jodowej, plastru rtęciowego (gdy stan ogólny na ten środek dozwala) lub przyszczydła; przy ostrém zapaleniu, ponieważ w przeważnej liczbie wypadków bóle są silne bardzo a przytem nie można spodziewać się zejścia zapalenia, właściwém będzie obok bezwarunkowego spokoju chorój kończyny, zastosować środki ból kojące i kataplazmy a niekiedy miejscowe odciągnięcie krwi za pomocą pijawek; przy gwałtowném wzmożeniu się choroby: lód, zimne skrapiania, które to środki dość dobrze bywają znoszone.

Gdy ropnie kości otworzyły się na zewnątrz, to należy się starać o swobodny odpływ ropy, przestrzykiwać przetoki i jamy ztąd powstałe.

### Pruchnienie kości

(*Caries, ulceratio ossis*).

Pruchnienie rozwija się u żołzowatych dzieci najczęściej z pierwotnego zapalenia kości jednej lub kilku. Najczęściej spostrzegać się daje w kościach gębczastych; rzadziej jest ono następstwem zapalenia okostnej, zależne od rozszerzenia się zapalenia z okostnej na kość. Pruchnienie więc szerzy się od środka ku obwodowi, od wewnątrz do wewnątrz (*caries centralis, profunda*) lub od zewnątrz ku wewnątrz, od obwodu ku środkowi (*caries periferica, superficialis*). Raz pruchnienie jest ograniczone i przedstawia właściwy wrzód w kości, drugi raz rozszerza się na całą kość w grubości jęj (*caries partialis et totalis*).

Pruchnienie rozwija się po wspomnianych objawach zapalnych przez to, że w zajętem ognisku wytwarza się płyn czerwonawo-brunatny. Płyn ten w połączeniu z rozpadłemi komórkami tłuszczowemi i niezlicznemi tylko ciałkami ropnemi, przedstawia posokę, która wypełnia przestrzenie szpikowe w kości, poczem następuje zanik beleczek kostnych, chora kość mięknieje i podatną się staje

za naciskiem, aż wreszcie przez zniszczenie szerzące się od warstwy do warstwy znika całkowicie.

Często jednak tkanka kostna nietylko przez stopniowy zanik rozpad niszczeje, ale także przez zgorzel, gdy prawidłowe jeszcze części kości przyległe ogniskom spruchniałym lub także już owrzodzone odcinki kości, zostają pozbawione odżywiania, obumierają i wytwarzają mniejsze lub większe martwaki (*caries necrotica*).

Owrzodzenie kości szerzy się także na części otaczające, które zwykle w skutek poprzedzającego zapalenia zostały wciągnięte w sprawę chorobową; okostna niszczeje przez sposoczenie części miękkich, głównie tkanka łączna ulega owrzodzeniu w miejscu gdzie okostna została zniszczoną, powstają ogniska ropne mniejsze lub większe, przetokowate przewody a wreszcie po przedziurawieniu skóry uległej zapaleniu, następuje otworzenie się na zewnątrz, poczem wypływa posoka z kości spruchniałej. Częstoć w okolicznych częściach miękkich zwłaszcza leżących w pobliżu okostnej, wytwarzają się wyrośla kostne (*osteophyton*).

Wydzielina zwykle jest rzadka, odrażliwej woni zgniłej (podobnej do woni zgniłego mięsa), zmieszana z cząsteczkami kości a także z serwatami bryłkami i płatkami. W okół otworu przetokowego buja miękka, gębczasta ziarnina; zakrywa ona często ujście otworu i przy dotknięciu łatwo krwawi. Przewody przetokowe biegną zwykle w kierunku prostym lub ukośnym do chorąg kości, wszakże niekiedy dopiero po kilku zakrzywieniach, nawet zgięciach przetoki, posoka nie wprost lecz drogami ubocznemi dostaje się na zewnątrz. Stosownie do przebiegu przetokowego kanału, łatwiej lub trudniej dostajemy się zgłębnikiem do chorąg kości, która przedstawia się chropowatą, nierówną i łatwo uciskać się dającą. Zgłębnik często barwi się czarno od związków siarkowodoru zawartego w posoce, podobnie barwią się plastry ołowiane użyte do opatrunku, z posoką stykające się.

Przy pruchnieniu małych kości odległych od tułowia, stan ogólny nie przyjmuje ważniejszego udziału. W innych razach np. przy pruchnieniu kręgosłupa występują nawet groźne objawy (patrz *spindylarthrocace*). Uleczenie w większej liczbie wypadków nie jest możliwe w razach gdy się nie uda poskromić zakażenia, będącego zasadniczym cierpieniem a nawet i wtedy pruchnienie szerzy się dalej aż do zniszczenia zajętej kości, przechodząc nie rzadko i na sąsiednie. Skoro choroba przyjmuje pomyślny obrót, posoka przestaje wytwarzać się,

a tkanka kostna zanikać; ziarnina staje się wtedy zbitszą, trwalszą i więcej włóknistą, od ziarniny téj oraz od części sąsiednich, zwłaszcza od zgrubiałej okostnej, zaczyna się wtedy wytwarzać kostnienie i za pomocą tegoż utrata substancyi wyrównywa się.

Z tego co powiedziano wynika rozpoznanie oraz rokowanie. Jeśli z powodu krętego przetokowego kanału niepodobna osiągnąć spruchniałej kości dla upewnienia rozpoznania, to dostatecznej wskazówki udziela nam: jakość ropy, wygląd otworów przetokowych, cały sposób powstawania, łącznie z umiejscowieniem i rodzajem zajętej kości (gębczastych) oraz ze stanem ogólnym.

**Leczenie pruchnienia.** Opatrunek składa się najwłaściwiej z wilgotnych okładów lub wilgotnej skubanki, które pilnie ódmieniać należy, podczas gdy chora kończyna tak jest ułożona aby wypływ ropy był ułatwiony. Gdy grzybiasta ziarnina krwawi, wskazaniem będzie opatrunek lekkiemmi środkami ściągającymi. Miejscowe kąpiele są bardzo do zalecenia i powinny być używane, gdzie tylko umiejscowienie na to pozwala (ręka, stopa etc.). Najczęściej obok kąpeli z ciepłej wody dla czystości, zalecamy alkaliczne i siarczane, do których przy znacznej bolesności możemy dodać narkotycznych odwarów. Kąpiele ogólne są również pomocne, wszakże stan sił nie powinien być zbyt słaby, ani też ni bezpieczeństwo połączone z kąpielą (np. przez pruchnienie kolumny kręgowój). Ropnie bezpośrednio łączące się z okostną lub kością i przedstawiające wyraźne chęłbotanie powinny być otwierane. Ropni napływowych należy dotykać się o ile można najpóźniej i najmniej.

Co do operacyjnej pomocy przy pruchnieniu może zająć potrzeba wypiłowania większych lub mniejszych części kości, odjęcie członka lub wyluszczenie w stawie. Wszakże wskazania do tych operacyi są do tego stopnia zależne od danego wypadku, że nie można podać ogólnych wskazówek a które każdy pojedynczy wypadek lekarzowi nastrepczy.

### Zgorzel, obumarcie części kości

(*Necrosis*),

Zgorzel kości przy zółzach może powstać jako następstwo zapalenia okostnej, kości lub szpiku kostnego, przyczem kość obnażona ze swojej powierzchni błony (*periosteum*) lub wyściełającej wnętrza (*endostium*), przy zatkanii naczyń przez zakrzepy lub z ucisku obli-

tym wysiękiem będąc pozbawiona odżywiania musi obumierać. W ten sposób wszystkie przyczyny wywołujące pruchnienie mogą spowodować zgorzel.

Zgorzel zwykle zajmuje tylko część kości a mianowicie: zewnętrzną blaszkę kostną jako *necrosis externa, superficialis*, lub wewnętrzną blaszkę jamy szpikowej albo część gębczastej istoty kostnej w głębi, jako *necrosis interna, centralis*; zgorzel może też zajmować kość w całej jej grubości lub nawet w całości (*necrosis totalis*). Nie wyłącza ona wprawdzie przy zozłach żadnej kości, wszakże niektóre z nich przeważnie często bywają siedliskiem tej choroby, zwłaszcza nasady kości długich (piszczel, kość udowa, ramieniowa, łokciowa, promieniowa) a także płaskie kości czaszki. W połączeniu z pruchnieniem zdarza się zgorzel w kościach gębczastych, zresztą one rzadziej bywają zajęte tą chorobą. Stosownie do siedliska zgorzeli obraz całej sprawy bywa do pewnego stopnia odmienny. I tak:

a) Przy zgorzeli wewnętrznej głębokiej, część kości oddzielona (pozbawiona odżywiania — martwak) umieszczona jest w przestrzeni wysłanej ziarniną (torebce martwakowej); ściany téjże złożone są z tkanki kostnej dawniejszej i nowej, która to ostatnia powstała zarówno w jamie szpikowej jak i na powierzchni kości, w skutek spraw zapalnych tu istniejących i przeszła stopniowo w kość zbitą. W torebce téj (martwakowej) powstają otwory w rozmaitej ilości które wysłane są ziarniną a przedłużając się w przetoki dochodzą do zewnątrz.

Otwory na kości są okrągłe lub owalne, rozmaitej wielkości, na zewnątrz otoczone walikiem z ziarniny. Dopóki martwak znajduje się w torebce, z otworów tych wydziela się ropa, niekiedy zablizniają się one wprawdzie przemijająco i po niedługim przeciągu czasu znów się otwierają. Po wydaleniu martwaka jama wypełnia się ziarniną a następnie zbitą tkanką kostną. Jeżeli stan ogólny nie podupadł zbyt znacznie, przetoki goją się, pozostawiając zwykle bliznowate wciągnięcia.

b) Przy zgorzeli zewnętrznej (powierzchnowej) w skutek zapalenia okostnej martwak zwykle nie bywa otoczonym zupełną torebką. Nadzieja uleczenia w takich wypadkach jest najlepszą, gdyż martwak łatwiej się wydziela, pochwa w której tenże tkwił wypełnia się ziarniną a otwór zamyka się pozostawiając bliznę usadowioną na kości.

c) Przy zgorzeli całkowitej (*n. totalis*) rzadko także powstaje zupełna torebka martwakowa przez obwodowe nowotworzenie się kości na granicy martwaka, ale torebka ta bywa przerywana lukami, części miękkie zaś są podziurawione przetokami zwykle długimi i sze-

rokiemi. Gdy kość została wydaloną, to obszerna przestrzeń próżna wypełnia się ziarniną powstającą z kości gdzie zostawał martwak, z okostnej i innych części miękkich, z której to ziarniny powstaje nowa kość raz przędzj, drugi raz powolniej.

d) Zgorzel całych kości zdarza się niekiedy przy żoźzach na kościach ręki i stopy i zawsze jest następstwem silnego zapalenia okostnej i kości. Martwak złożony z całej kości przedstawia z tego powodu zwykle ślady zapalenia, niekiedy nawet bywa w wysokim stopniu spruchniały i dziurkowaty i leży w obszernj jamie wypełnionj ropą i posoką. Po wydaleniu martwaka jama może wypełnić się ziarniną, a ze zgrubiałj okostnej i części miękkich mogą powstać nowe beleczki kostne.

Co do objawów w zgorzeli kości, takowe są podobne do objawów zapalenia okostnej i kości. Gdy nastąpiło otworzenie się dobrowolne lub zostało sztucznie wywołanem, to skoro sprawa doszła do zgorzeli dostaniemy się przez otwór do obumarłj kości. Kość taka przy dotykaniu wydaje zwykle dźwięk, wyczuwa się jako gładka i twarda, wszakże np. przy całkowitj zgorzeli kości gębczastych, przedstawia się ona chropowatą, nierówną, łamliwą, przy uderzeniu zaś daje ton tępy. W tych wypadkach bardzo trudne jest odróżnienie pruchnienia od zgorzeli, zwłaszcza że wydzielina z torebki martwakowj może być także posokowatą.

**Rokowanie** jest najpomyślniejsze przy zgorzeli powierzchownj i gorsze gdy zgorzel jest głęboła i obszerna, zwłaszcza gdy zajmuje kość w całej grubości. Przy gwałtownem i obszernem zapaleniu a potem przy ropieniu, występuje u indywiduów żoźzowatych obawa przyłączenia się gorączki trawiacj. Tém ważniejszą jest ta okoliczność, że w wypadkach takich zwykle pomódz można tylko operacją, która sama przez się już nie jest wolną od niebezpieczeństw.

**Leczenie.** Obok zwalczania zasadniczego zakażenia, ma na celu jaknajprędzse wydzielenie się lub wydobyć martwaka. Przy zgorzeli powierzchownj nie trudno temu zadosyć uczynić, gdyż wypada tylko otworzyć ropień lub rozszerzyć otwór już istniejący i wydobyć martwaka, gdy on jest zupełnie swobodny, w przeciwnym razie lepiej wyczekać przy zwykłym łagodnym opatrunku, aniżeli stosować energiczne sposoby: palenie, wyżeganie, wycinanie. Przy zgorzeli otorbionj (środkowj i często całkowitj) należy mechaniczne przeskody stojące na zawadzie wydaleni się martwaka lub przynajmniej

takowe opóźniające usunąć również przy pomocy mechanicznych sposobów, gdyż dłuższe pozostanie tegoż może pociągnąć za sobą bardzo niebezpieczne skutki. Uwolnienie martwaka z otaczającej go torebki martwakowej dokonywa się przez dostateczne jej rozszerzenie trepanem, osteotomem, małą piłęczką lub dłutem, stosownie do potrzeby, poczem wydobywa się obumarłą kość kleszczykami.

Przy zwyczajnym opatranku pokrywającym, wyczekujemy wypełnienia się jamy ziarniną, zabliznienia i t. d. i przyśpieszamy je przy pomocy odpowiedniego ogólnego leczenia.

### Zapalenie kręgów u zołzowatych.

(*Spondylitis*).

Gruźlicze, niszczące zapalenie kręgów, gruźlica kręgów, *Spondylarthrocace* <sup>1)</sup>, *Malum Potii*, *Kyphosis paralytica*.

Cierpienie to tak często zdarzające się u dzieci zołzowatych, występuje albo bez wszelkich widocznych przyczyn jako częściowy objaw ogólnego zakażenia, albo też wywołanem zostaje w niektórych wypadkach pod wpływami traumatycznymi: uderzenia, upadnięcia etc. u osób podległych zołzowatemu zakażeniu. Istotę choroby stanowi zapalenie jednego lub kilku trzonów kręgów i to z charakterem serowatym, gruźliczym, ropnym lub z wyraźną skłonnością do sposoczenia i zniszczenia kości przez pruchnienie (owrzodzenie). Sprawa chorobna zajmuje zwykle część środkową lub blisko środka trzonów kręgowych, a rzadko się zdarza aby łuk kręgowy, wyrostki poprzeczne lub ukośne, były pierwotnie zajęte, rzadziej jeszcze wyrostki stawowe. Chrzastki międzykręgowe wprawdzie również niszczeją ale dopiero następnie, gdy sprawa chorobna rozszerzy się lub trzony kręgowe się zapadną. Dzieje się to gdy trzon kręgu całkowicie lub po większej części został zajęty, gdy po rozpadzie wypłodów chorobnych i dawniejszej takanki wytworzyły się jamy, tak że kręgi ustępują pod ciężarem części u góry leżących. Zgięcie powstaje zwykle ku tyłowi (*Kyphosis*, garb Pott'a) zwykle jednak łączy się ze skrzywieniem bocznem mniejszem lub większem (*scoliosis*, *kyphosis scoliotica*). Skrzywienie

---

<sup>1)</sup> Nazwa *Spondylarthrocace* dla tej choroby najwięcej używana nie jest właściwą, gdyż cierpienie stawów kręgowych jest dopiero następcze, a nawet one mogą pozostać zupełnie nietknięte, głównie kręgi są tu chorobnie zajęte.

to powstaje zwykle powoli, rzadziej szybko (przy szybkim zmięknieniu, pod wpływem zewnętrznych przyczyn na chore miejsce) i łączy się koniecznie ze zmianami w kanale rdzeniowym i w jego zawartości, t. j. z przekrwieniem, zapaleniem i zmięknieniem opon rdzenia i rdzenia samego, z uciskiem tych części chociaż nie zawsze potrzebują występować gwałtowne objawy, gdyż nawet przeciwnie, często są one tylko nieznaczne. Podczas zginania kręgosłupa zdaje się że i nerw współczulny (*sympaticus*) musi doznawać rozciągania, wszakże nie pewno nie wiadomo pod względem objawów od tego zależnych.

Chore kręgi wywołują i podtrzymują zapalenie w częściach sąsiednich, po czym wkrótce występuje obfite ropienie a ztąd nagromadzenia się ropy, które zwykle jako ropnie napływowe opuszczają się na przedniej powierzchni kolumny kręgowej ku dołowi i pokazują się nad skłódką pachwinową lub w małej miednicy. Również w tyle na powierzchni grzbietowej ukazują się takie ogniska ropne niekiedy dochodzące znacznych rozmiarów, rzadziej następuje przedziurawienie do kanału kręgowego. Ropnie mieszczą w sobie rzadką ropę lub płyn posokowaty z rozłożonemi lub rozpadłemi wypłodami chorobnymi zmieszany, również znajdują się w niej cząstki kości i szczątki zgorzelinowe tkanek; zawartość ta posiada zwykle odrażliwą woń.

Ze zniszczeniem kręgów może z drugiej strony łączyć się nowotworzenie kości w częściach sąsiednich, tak że często na najbliższych kręgach lub w odstępach między łukami i wyrostkami znajdujemy zębiaste, nieregularne massy kostne. Dobrowolne zwichnienie kręgów rzadko było spostrzegane, z wyjątkiem dwóch górnych kręgów szyjowych.

Pierwsze objawy cierpienia odnoszą się do kręgosłupa i polegają na bolesnem uczuciu w kolumnie kręgowej. Małe dzieci są niespokojne, okazują znaki cierpienia, płaczą za dotknięciem ich grzbietu lub przy szybszym ruchu; większe dzieci unikają go starannie i narzekają raz na bóle stałe, drugi raz zmieniające swoje siedlisko w chorem miejscu lub w częściach sąsiednich.

Już przy pierwszych wskazówkach bolesności w kręgosłupie nie należy zaniedbać dokładnego zbadania grzbietu i kolumny kręgowej; należy ją wymacać, wypukać, kazać choremu dokonać rozmaitych ruchów, gdyż przytém można często upewnić się co do siedliska bólu. Obok tych miejscowych objawów, nigdy nie brak i ogólnych gdy cierpienie sięgnęło wyższego stopnia, zjawia się brak apetytu, gorączka, bezsenność, osłabienie władz umysłowych, w dalszym przebiegu po-

wstają ważne miejscowe zmiany, mianowicie: zgięcie kręgosłupa ku tyłowi i na bok, z czém łączy się zbezkształtnienie krętki, z powodu że żebra po stronie wypukłości zgięcia więcej się od siebie oddalają, aniżeli po stronie wklęsłości. W dalszych objawach zachodzą odmianny stosownie do umiejscowienia cierpienia.

1) *Spondylitis thoracica* poczyna się w sposób opisany; dzieci skarżą się na bóle w nogach, uczucie rojenia i biegania mrówek w łydkach i udach, nacisk w dołku sercowym i w brzuchu, nierzadko dołączają się kurczowe cierpienia w tych częściach, zaparcie stolca i trudność w oddawaniu moczu. Dziecko unika starannie ruchu kolumną kręgową, szyja wydatnie zostaje pociągana w tył i skraca się, tak że głowa zdaje się być wklonowaną między ramiona; łokcie przybliżają się do ciała a ręce opierają na udach. Następnie pojawiają się ropienie napływowe, występują objawy porażen, ogólne objawy przybierają cechę gorączki trawiaczej, której nie rzadko towarzyszy zwyrodnienie nerek (Bright'a) a śmierć następuje po krótszym lub dłuższym czasie. Gdy jednak siły chorego nie podupadły zbyt znacznie, może on wyjść z każdego okresu miejscowego cierpienia, zatrzymując wprawdzie nieuleczalne skrzywienie kolumny kręgowej i krętki, a niekiedy także porażenie dolnych kończyn, odbytnicy i pęcherza moczowego, które również opierają się zwykle wszelkiemu leczeniu.

## 2) *Spondylitis cervicalis, Angina Hippocratis.*

Im choroba ma swe siedzisko więcej ku okolicy piersiowej kręgosłupa, tém obraz choroby ma więcej podobieństwa do opisanego dopiero stanu, tylko że dołączają się jeszcze objawy ze strony górnych kończyn w postaci kurczowych aż do paralitycznych zaburzeń. W miarę przesuwania się choroby w górę ku tyłogłowiu, więcej występuje objawów ze strony narządu połykania, głosu i narządów piersiowych (ztaąd téż dawna nazwa *Angina Hippocratis*). W tej postaci znajdujemy często nabrzmienie w okolicy karku, niekiedy znacznej wielkości, tak że przy badaniu ręką możemy nawet nie dostrzedz zgięcia. Nabrzmienia te są powiększłej części napięte, zbite, twarde i dały powód do nazwy „*Tumor albus nuchae*“ (analogicznie do *tumor albus articularum*). Największe grozi niebezpieczeństwo gdy siedziskiem choroby są dwa pierwsze kręgi szyjowe, następuje wtedy łańcuch ucisk rdzenia przedłużonego a z powodu ważności tej części. może przyjść do natychmiastowej śmierci. Przyczyną jest wielka ruchomość połączeń stawowych, skoro wiąz poprzeczny atlasa zostanie zniszczonym lub znacznie zmienionym.



Poruszanie głową jest bolesne, chory unika tych ruchów i trzyma sztywno kark i szyję, albo przy ruchach podtrzymuje ręką głowę i kark. Bóle głowy są zwykle mocne i dokuczają choremu często, zwłaszcza w nocy; utrudnienie przy połykaniu nie rzadko znaczne, zwłaszcza gdy w skutek choroby wytworzył się ropień pozagardzieliowy, gdyż z powodu wielkości ropnia, wprowadzanie pokarmów i napojów zostaje bardzo utrudnione. Ta postać pruchnienia kręgów przy większym swém napięciu kończy się śmiercią a to przez wspomniane wyżej zwichnienie górnych kręgów szyjowych, albo przez rozszerzenie się zapalenia na opony mózgu i mózg sam lub też nareszcie w skutek wyniszczenia. W lżejszych zaś stopniach może następować uleczenie, przyczem zwykle pozostaje trwałe lub trudno usunąć się dające zniekształnienie w trzymaniu głowy (jedna z przyczyn *caput obstipum* zależy od tego cierpienia).

### 3) *Spondylitis lumbalis et sacralis.*

Siedliskiem téj odmiany która u dzieci zołzowatych najrzadziej występuje jest dolna część okolicy lędźwiowej kręgosłupa, kość krzyżowa, w rzadkich wypadkach także sąsiednia część kości biodrowej. Właściwe bóle bywają poprzedzone nierzadko bolesnym uczuciem w udach, w postaci nerwobólu kulszowego (*ischias*). Dziecko leży w łóżeczku na boku z przyciągniętymi udami, z trudnością tylko może się podnieść, przyczem podpira rękami okolice pośladkową i biodrową, (niejakie podobieństwo do *coxitis*). Ropa opuszcza się zwykła do miednicy i może się wydostać przez dziurę kulszową albo nawet do odbytnicy; rzadziej ropień napływowy pokazuje się w okolicy pachwinowej. Porażenia m. zwieracza odbytu i pęcherza są rzadkie gdy cierpienie ma swe siedlisko niżej, z powodu że nerwy przewodniczące tym częściom znajdują się powyżej ogniska chorobowego. Życiu zagraża wyniszczenie ropieniem i następstwa tegoż, zdarzało się już dosyć często śmiertelne zapalenie opon lub rdzenia kręgowego.

**Leczenie.** Obok zwalczania zakażenia leczenie powinno być skierowane ku przeszkodzeniu rozszerzenia się zapalenia na ważniejsze części ustroju, jak: mózg, opony jego, rdzeń kręgowy. Starannie unikać należy mechanicznych wpływów i wszelkich obrażeń kręgosłupa a to z powodów przytoczonych, zwłaszcza gdy siedliskiem cierpienia jest górna okolica kolumny kręgowej. Ztego powodu dopóki sprawa zapalna nie ukończyła się, należy zalecić spokojne poziome położenie na

grzbiecie, albo gdy to nie jest możebne, kładziemy dziecko na boku na dobrze wysłanym materacu i za pomocą odpowiedniego przyrządu utrzymujemy w tém położeniu; wszakże dla dostarczenia dzieciom świeżego powietrza tak ważnego dla podobnego rodzaju chorych, należy przy sprzyjającej pogodzie wynosić ich z łóżkiem na wolne powietrze i jak najdłużej w nim pozostawiać.

Przeciw gwałtownym bólom oprócz środków narkotycznych do wewnątrz lub zewnętrznie stosowanych w postaci maści z makowca, morfiny, używamy odciagań (*derivatio*).

Korzystne są małe przyszczydła posypywane małą ilością morfiny.

Ropnie napływowe dopóki nie są zbyt wielkie, nie powinny być otwierane, gdyż cierpienie po ich otworzeniu po większej części robi szybkie postępy; gdy jednak ropnie doszły znacznej objętości, gdy im towarzyszą silne bóle, gdy należy się obawiać pęknięcia po zaczerwienieniu i zapaleniu skóry, to możemy przystąpić do otworzenia ropnia.

### e) S t a w y.

Zapalenia stawów zdarzają się bardzo często u dzieci żółzowatych jako częściowy objaw ogólnego cierpienia, przyczém nie można odkryć żadnej przyczyny zewnętrznej; zwykle obok tego występują inne rozliczne objawy żółzów. Pod względem anatomicznym zapalenia żółzowate stawów niczém prawie nie różnią się od innych, powstałych po obrażeniach, zaziębieniach (reumatyczne) etc., wszakże z powodu ogólnego cierpienia, jakie jest ich podstawą, nabierają pod względem objawów pewnych właściwości. Zapalenia te zaczynają się i przebiegają w sposób ostry albo przewlekły i poczynają się od końców kości wchodzących w skład stawu albo téż od błony maziowej wyściełającej staw (niekiedy z obu razem) i z tego powodu w pierwszym razie dają kliniczny obraz pruchnienia stawu (*arthrocace*), w ostatnim zaś obraz ziarninowego zapalenia (guz biały, *tumor albus*).

## I. Zapalenie końców stawowych kości.

### (*Arthrocace*).

Gębczaste końce stawowe kości zostają zajęte zapaleniem, które w sposób opisany przy zapaleniu kości etc., przechodzi w ropienie i próchnienie. Następuje zropienie, sposoczenie, część korowa kości ulega próchnieniu, przedziurawia się, powstają ropnie w częściach

miękkich otaczających, podczas gdy po zniszczeniu chrząstek ropa lub posoka torują sobie drogę w kierunku stawu i wywołują w nim szybko ropne zapalenie. Po rozpadzie chrząstkowatej powłoki stawu i zniszczeniu błony maziowej i więzadeł, spróchniałe końce stawowe kości wystają do rozszerzonej i posoką wypełnionej jamy stawu, przyczem nierzadko następuje oddzielenie pojedynczych kawałków kości. Przy zniszczeniu utrzymujących węzłów przychodzi do zmiany względnego położenia końców stawowych. Ten rodzaj zapalenia zajmuje najczęściej staw biodrowy.

## II. Zapalenie ziarninowe stawu. (*Fungus articuli, tumor albus*).

W takich wypadkach przedewszystkiem cierpi błona maziowa. W pierwszych okresach zapalenia znajdujemy ją spulchnioną, nastrzykniętą, pokrytą małemi wyniosłościami (ziarniną) wyglądu pilśniowego lub brodawkowatego; później ziarnina wybuja w postaci strzępkowatych, kolbiastych, rozgałęzionych, do jamy stawu sterzących wyrostków; sama błona jest zgrubiała, nacieczona, ropą przejęta. Podobnież udział w zapaleniu przyjmują części sąsiednie stawu; tkanka łączna, więzy stawowe etc. są galaretowato lub sadłowato nacieczone, pokryte obfitemi wybujałościami tkanki łącznej w postaci gębczastych mass. W skutek wytworzenia się ropni części miękkie nierzadko są przedziurawione przetokami; takowe często dochodzą blisko stawu a przedziurawiwszy torebkę stawową otwierają się do jamy stawu od zewnątrz ku wewnątrz lub też otworenie następuje w przeciwnym kierunku, tkanka łączna podskórna jest zwykle surowiczo nacieczona i w stanie przerostu, skóra napięta, dopóki nastąpiło przedziurawienie (na co często długo czekać wypada) białawo połyskująca; ztąd pochodzi dawna nazwa: guz biały (*tumor albus*). Mięśnie znajdujące się w pobliżu stawu są po większej części wiotkie, zanikłe i tłuszczowo zwyrodniałe. Chrząstki stawowe pokrywają się ziarninowemi wybujałościami i niszczeją pod nimi, albo pod wpływem nieprawidłowej zawartości stawu rozstrzępiają się szybko na papkowatą, tłuszczową masę. W dalszym przebiegu biorą także udział końce stawowe kości a mianowicie w większości wypadków ulegają pruchnieniu, tak że ostatecznie ta odmiana stać się może zupełnie podobną do pierwszej (*arthrocace*). W obu tych postaciach nie rzadko mamy sposobność znaleźć w częściach staw otaczających tak kostnych jak i miękkich, nowo-

wytworzone kostne masy w postaci nieregularnych wyniosłości, blaszek etc.

W rzadszych wypadkach zapalenie poczyna się jednocześnie od kości i błony maziowej, wszakże w tym razie nie przychodzi do obfitego bujania ziarniny od błony maziowej poczynającego się, ale zwykle szybko powstaje ropa w stawie. Zresztą zachowanie się części miękkich jest jednakowe jak w poprzednich razach. Zapalenie ziarninowe zdarza się przeważnie w stawie kolanowym.

**Objawy.** Żółzowate zapalenie stawów może występować jako ostre nawet z bardzo silnem napięciem i przebiegać jako takie lub może później przejść w przewlekłe; wszakże i początek może być przewlekły i takim pozostać do końca lub też zapalenie może przybrać charakter ostry. W tym ostatnim razie występują dreszcze, gdy już przedtém nie istniały inne objawy gorączkowe zależne od żółzów, naprzemian z uczuciem gorąca, brakiem apetytu, niespokojnością, do których to objawów albo zaraz albo po pewnym czasie dołączają się bóle w chorym stawie, które w sąsiednich częściach a niekiedy nawet w znaczném oddaleniu dają się uczuwać. Bóle te po większej części są zwykle przemijające, tępe, powiększają się przy ruchach i ucisku, wkrótce jednak stają się ciągłe i silne i przy próbach poruszenia chorym stawem wzmagają się często do takiej gwałtowności że dzieci wydają głośny krzyk. Z tegoż powodu chory staw ma często skłonność do przyjmowania pewnego położenia a mianowicie takiego przy którym więzy i mięśnie otaczające staw, zostają w równowadze o ile można największej i nie wywierają żadnego naprężenia, albowiem wtedy ból staje się najwięcej jeszcze znośnym z powodu braku rozciągania chorych części. I tak np. przy *coxitis* udo utrzymywaném bywa w położeniu zgiętem, ksobnem i nieznacznie obróconem na wewnątrz, przy zapaleniu w stawie łokciowym, przedramię utrzymuje się w położeniu środkującym między kierunkiem nawrotnym i wywrotnym. Miejscowo dostrzegamy zwykle wkrótce nabrzmienie końców stawowych, które albo ogranicza się do nich albo rozszerza się dalej, nabrzmienie posiada postać okrągłą, wrzecionowatą, nieregularną, jest miękkie i ciastowate lub twarde, napięte i zbite a dopiero później staje się miękkie i daje przy omacywaniu uczucie chełbotania.

Skóra raz jest zaczerwieniona, napięta, przepleciona większemi lub mniejszemi naczyniami (głównie siecią żylną), gorąca lub też nie przedstawia zmiany w zabarwieniu, daje się mniej lub więcej łatwo ująć w fałdę i nie okazuje zbytecznego podwyższenia jej ciepłoty.

Jeżeli nastąpi otworzenie się i wydalenie wyplądów zapalenia powstałych w głębi i w stawie, to skóra się czerwieni, nie rzadko staje się sinawą, naskórek unosi się i oddziela. Po naturalnem lub sztucznem otworzeniu zwykle bóle na pewien czas zmniejszają się, chorzy stają się spokojni, wkrótce jednak bóle wracają wprawdzie z mniejszym natężeniem. W dalszym przebiegu obraz chorobowy bywa rozmaity, stosownie czy choroba przebiega ostro lub też przybiera charakter przewlekły. W pierwszym razie zwykle następuje śmierć w pewien czas po otworzeniu się przy objawach ropnicy lub gorączki trawiającej, w drugim razie choroba może trwać przez długi czas a śmierć występuje dopiero później z wycieńczenia lub przy nowem pogorszeniu zapalenia lub też sprawa może skierować się na pomyślną drogę, w jedno z zejść o których będzie zaraz mowa.

Odmiana przewlekła zwykle zaczyna się nieznaczną gorączką, ból również w początku jest niewielki i powiększa się tylko przy znaczniejszych ruchach, mocniejszym nacisku na staw lub też w czasie wilgotnego i zimnego powietrza. W ten sposób sprawa może się długo przewlekać, aż nastąpi otworzenie się, przyczem zjawiska się zmieniają a to stosownie czy wystąpi obszerne ostre zapalenie lub też choroba i teraz zachowuje swój przewlekły charakter. W pierwszym razie jeszcze i wtedy mogą wystąpić wszystkie objawy ostrego zapalenia stawu z gwałtownym przebiegiem.

Oprócz wspomnianych niepomyślnych następstw zapalenie stawu może mieć jeszcze następujące zejścia, zwłaszcza gdy było umiejętnie leczone:

1) Uleczenie, bez znacznego zaburzenia czynności stawu. Zejście to następuje, gdy cierpienie nie dosięgnęło zbyt wysokiego stopnia i chrząstka stawowa oraz więzy nie zniszczały na znacznej przestrzeni; ponieważ jednak pomyślne te warunki istnieją rzadko, przeto i w mowie będące zejście należy także do rzadkich.

2) Wyzdrowienie z pozostaniem uszkodzenia czynności stawu, gdy sprawa zapalna wywołała tego rodzaju zmiany, że niepodobna osiągnąć zupełnego powrotu do stanu prawidłowego. W tych razach, gdy części chrząstkowate i kostne stosunkowo nieznacznie ucierpiały, natomiast torebka stawowa, więzy stawowe i otaczające części miękkie uległy obszernej zniszczeniu a zagojenie było połączone ze ściągnięciami, zrostami, przyklejeniami, to następuje zeszywnienie fałszywe z utrudnieniem ruchu (*ankylosis spuria*); albo gdy części chrząstkowate i kostne mocno były zajęte a przy zagojeniu końce stawowe zrosły się wzajemnie przez nowoutworzoną kość, pozostaje zeszywnie-

nie prawdziwe (*ankylosis vera*). To ostatnie następuje liczne metody operacyjne, gdyż uleczenie z niejaką przynajmniej ruchomością w pewnych razach jest korzystniejsze i dla tego chirurgowie często starają się takowe osiągnąć. Zesztywnienie fałszywe nie rzadko daje powód do operacyjnej pomocy we wspomnianym celu, z drugiej zaś strony zeszywnienie prawdziwe, jeżeli jest połączone ze znacznym zniekształtniem, wymaga również pomocy chirurgicznej.

3) Uleczenie ale ze zmianą położenia kości w skład stawu wchodzących, gdy w przebiegu zapalenia, po zniszczeniu więzów utrzymujących i części utwierdzających, jako też po otworzeniu torebki stawowej na skutek jakiegokolwiek choć nieznacznej przyczyny traumatycznej, nastąpiło zбочenie jednej lub kilku kości z prawidłowego położenia (*luxatio spontanea*). Gdy takie nieprawidłowe położenie trwało przez czas dłuższy, to rzadko tylko pomoc chirurgiczna będzie przydatną co do skutków, tylko tu i owdzie, gdy zapalenie się ukończyło i gdy zбочenie kości nie istniało zbyt długo można spodziewać się pomyślnego skutku operacji.

**Leczenie** rozpada się na 2 części: 1) na ogólne, skierowane przeciw zasadniczej chorobie i 2) na miejscowe, przeciw miejscowemu cierpieniu.

W ostatnim względzie nadzwyczaj ważną jest rzeczą zupełnie spokojne i odpowiednie ułożenie chorąg części, a zarazem pierwszym warunkiem każdego leczenia, jeżeli takowe ma być pomocne. Wspomnieliśmy że chorzy instynktowo wyszukują sobie pewnego ułożenia członka chorego i zatrzymują je, ponieważ jednak to położenie i kierunek zajętego członka, w biegu zapalenia po większej części pozostaje trwałem, zaś w niektórych razach jest niekorzystnem dla używalności kończyny, przeto starać się należy o to, aby ułożenie było takie, by w razie zeszywnienia nie zmniejszało wielce użyteczności członka. Chory przyzwyczajają się zwykle wkrótce do położenia nadanego kończynie, choćby ono nawet było przeciwnem ułożeniu jakie chory sam obrał.

Dopóki istnieje zapalenie, należy przestrzegać spokoju, a dopiero po ustąpieniu zapalnych objawów należy zacząć wykonywać ruchy kończyną z wielką ostrożnością i chronieniem członka.

Przeciw bólom używamy środków narkotycznych, zarówno wewnętrznie jak i zewnętrznie w postaci maści z morfiną etc., a gdy bóle doszły wysokiego natężenia, to nie należy się obawiać zastosowania zimna a nawet lodu.

Ze środków rozprędzających przyspieszających wessanie bardzo wiele zalecano, najwięcej używane bywają przetwory jodowe: maść

z jodku potassu, roztwór jodu Richter'a do pędzlowania (*Jod. puri*, *Kali hydrojodici ana* 3β—3j, *Glycerini* 3ij); z przetworami rtęciowymi trzeba być ostrożnym. Jobert zalecał ostatnimi czasy saletran srebra jako wyborny środek przy przewlekłych zapaleniach stawów. Zaczynamy od maści z 3j *argenti nitrici* na 3j tłuszczu i zalecamy z niej wcierać 2 razy na dzień 3β—3j, stopniowo powiększamy ilość saletranu srebra do 3ij na 3j tłuszczu. Ze środków odciągających używano: zawłoki, źródółka, moxy, żelaza rozpalonego, to ostatnie zalecał głównie Rust, wszakże skutek nie zawsze odpowiada oczekiwaniu.

Przeciwko zakażeniu i przeciw miejscowemu cierpieniu używamy często kąpieli, stosujemy je jednak wtedy tylko gdy zmiana położenia i poruszanie chorego nie przyniesie mu większej szkody, niżeli kąpiel pomocy. Przedewszystkiem zachwalają kąpiele jodowe i bromowe; zalecają się także z solą kuchenną z powodu swęj taniaości. Tu należy wspomnieć o metodzie Priessnitz'a przy cierpieniach zołzowatych stawów, która wprawdzie stosowana na całe ciało jest niewłaściwą z powodu małego zapasu sił, jaki dziecko ma do rozporządzenia przy tego rodzaju cierpieniu, natomiast zaś miejscowo zastosowana na chory staw zasługuje na zupełne uwzględnienie. W razie ropienia, należy starać się o łatwy odpływ ropy, otwory zaś przetokowe należy opatrywać zwyczajnym sposobem unikając środków drażniących. Jeżeli w częściach sąsiednich stawu powstają ropnie napierające na skórę, to nie należy się ociągać z ich otworzeniem, natomiast zebrania ropy łączące się ze stawem lub po przedziurawieniu torebki stawowej aż pod skórę się wydobywające, powinny być o ile możności najpóźniej otwierane, gdy siły chorego są podupadłe, z powodu że cierpienie zwykle wtedy szybciej prowadzi do śmierci.

Jeżeli nastąpiło zropienie stawu a przy najodpowiedniejszym nawet leczeniu miejscowem i ogólném, niemożna się spodziewać wytworzenia zeszczywnienia, ale zjawiska się pogarszają i obawiać się należy wyniszczenia, to jako *ultimum refugium* uciekamy się do chirurgicznej pomocy, w razie gdy stan sił chorego na to pozwala, co oczywiście zależeć będzie od danego wypadku. Pomoc chirurgiczna polegać może na wypiłowaniu choréj części kości albo na odjęciu zajętego członka lub wyłuszczeniu go ze stawu (porównaj niżej opisane zapalenia pojedynczych stawów).

W zapaleniach stawów które przybrały charakter przewlekły, właściwemi są w niektórych wypadkach opatrunki naciskowe na chory członek, bez lub z jednoczesném zastosowaniem środków ułatwiających

wessanie, zwłaszcza przetworów jodowych. Nacisk może być wywarty opaskami płóciennymi lub flanelowemi, albo też nakładamy opatrunek gipsowy lub krochmalowy, przez co też najłatwiej zdołamy utrzymać kończynę w żądaném położeniu. Przetoki i wrzody do koła stawu nie są do tego przeciwwskazaniem, gdyż wtedy robimy okienka, otwory w opatrunku i zmieniamy go częściej. Jeżeli zeszywnienia zmniejszające znacznie użyteczność kończyny stają się przedmiotem leczenia, to stosownie do rodzaju zeszywnienia, wybieramy środki prostsze i łagodniejsze lub gwałtowniejsze a nawet operacyjne. Do pierwszych zaliczają się: miejscowe i ogólne kąpiele, natryski (*douches*), okłady, wspomagane biernymi ruchami, przyrządy i maszyny, które działają stopniowo; do drugich (gwałtownych środków) zaliczają się rozerwania i wyprostowania siłą albo przy pomocy maszyn, albo po uspieniu chloroformem sposobem Langenbeck'a. Dla ułatwienia tego można wprzód dokonać podskórnego przecięcia zgrubiałych powięzi, ścięgnowatych tworów, pasm tkanki łącznej i t. p. Z operacyi przy kostnem zeszywnieniu wskazaném bywa: proste przepiłowanie kości lub wycięcie albo wypiłowanie z kości kawałków rozmaitego kształtu.

#### Zapalenie zołzowate w stawie biodrowym.

(*Coxitis scrophulosa, coxarthrocace, coxalgia, morbus coxarum, luxatio spontanea*, Dobrowolne chromanie).

Cierpienie to zdarza się najczęściej ze wszystkich zapaleń stawów i występuje u dzieci zołzowatych w rozmaitym wieku, bardzo często w okresie drugiego ząbkowania. Zapalenie poczyna się zwykle z części kostnych stawu, najczęściej z główki kości udowej, rzadziej od błony maziowej lub od otaczających części miękkich i przedstawia różnicę w okresach, stosownie czy przebieg jego jest ostry lub przewlekły. Przy ostrem zapaleniu wkrótce powstają gwałtowne bóle w stawie biodrowym i w sąsiednich częściach, które to bóle rozpromieniają się głównie na wewnętrznój stronie uda aż do kolana i powiększają się przy dotknięciu stawu biodrowego lub przy próbach chodzenia. Chory unika ruchów, przyciąga uda do brzucha i zwraca je nieco na wewnątrz. Bóle zwykle powiększają się w nocy i odbierają sen; przytém zwykle istnieją wysokie poruszenia gorączkowe, które nadszybczo szybko wyniszczają siły. Stanie i chodzenie jest bardzo uciążliwe dla dziecka a nawet niekiedy wcale niemożliwe, opiera się ono całym ciężarem ciała na zdrowej kończynie, podnosi chory człon do



góry i o mało nie upada. Okolica stawu biodrowego głównie pośladek jest mniej lub więcej nabrzmiała, fałda pośladkowa zwykle obniżona; obie kończyny są albo równe co do długości, albo chora kończyna zdaje się być nieco skróconą lub wydłużoną. Jeżeli zapalenie się nie rozchodzi (wypadek rzadszy), to przy gwałtowném pogorszeniu objawów ogólnych i miejscowych przychodzi do ropienia; powstają ropnie w pobliżu stawu biodrowego lub nieco dalej, łączą się z nagromadzeniem ropy w stawie wytworzonej, otwierają się na zewnątrz po zaczerwienieniu skóry i dają powód do obfitego ropienia i sposoczenia. Przy szybko postępującem zniszczeniu części kostnych, przyczem główka stawowa staje się mniejsza, panewka zaś obszerniejszą a więc powstaje niestosunek co do przestrzeni, główka kości udowej może łatwo zmienić położenie (*dislocatio*), przez co nastąpi rzeczywista zmiana w długości kończyny chorój i zdrowej. Gorączka wkrótce po otworzeniu się ropnia przybiera charakter trawiącej, siły upadają, następuje wychudnienie, mięśnie biodra i uda stają się wiotkie. Często dzieci umierają z ciągłej gorączki wyniszczającej, która może się także łączyć z objawami ropnicowemi, przyczem cała sprawa mogła zaledwie trwać czas krótki; w rzadkich tylko wypadkach ropienie się zmniejsza, wydzielają się kawałki kości i otwory po ropniach zamykają się. W przewlekłym przebiegu z początku dostrzegamy nieznaczne tylko powłóczenie lub suwanie kończyny przy chodzeniu, przytém występuje lekkie zmęczenie z narzekaniem na osłabienie i sztywność w nodze; chód przy silniejszym nateżeniu staje się niepewny, przyczem cały ciężar ciała zwykle téż spoczywa na zdrowej stronie miednicy i na zdrowej kończynie. Ból nie jest znaczny i nie ciągły, po większej części błędnie przebiega udo i podobny jest do bólu goścowego; nierzadko ból istnieje z rana, znika w ciągu dnia i pojawia się znów wieczorem przy lekkich objawach gorączkowych, w stawie biodrowym mało zmian daje się dostrzedz. Gdy każemy choremn podnieść do góry cierpiącą kończynę, to dostrzeżemy niekiedy już nieznaczny ruch obrotowy uda ku wewnątrz, obok lekkiego sksobienia; znaki te przy powolnym przebiegu cierpienia, mogą trwać całe miesiące a nawet lata i występują często naprzemian z poprawą i pogorszeniami.

Po pewnym czasie bez widocznej jakiegokolwiek przyczyny obraz chorobowy się zmienia i zbliża się coraz bardziej do postaci ostrzej. Zjawiają się znaczne bóle w kolanie, które po większej części bywają bezsilne, chociaż dotknięcie i ucisk ich nie powiększa. Bóle w kolanie starano się objasnić podrażnieniem najzewnętrniejszych gałęzi skórnych nerwu zasłonowego lub skórno wewnętrznego. Chód zostaje

najczęściej utrudnionym, chory zaczyna chromać, stopa wierzchołkiem palców tylko dotyka ziemi, podczas gdy cały ciężar ciała przypada na wyciągniętą zdrową nogę. Przy siedzeniu chory opiera się tylko na pośladku zdrowej strony a gdy chce coś podnieść z ziemi, to zgina tylko zdrowe kolano podczas gdy chora kończyna jest wyprostowana.

W dalszym przebiegu występują objawy najrozmaiciej tłomaczone, o których już wspomnieliśmy wyżej; mianowicie skrócenie lub wydłużenie chorąg nogi względnie zdrowej, chociaż kości wchodzące w skład stawu nie zmieniły swego względem siebie położenia. Poprzecznie przypuszczano że główka kości udowej zostaje wypchnięta z panewki przez wysięk, przez co udo zostaje przedłużonem, albo że przez silniejsze skurczenie mięśni główka zostaje wciśnięta do panewki i udo skraca się skutkiem tego. Pokazało się jednak dowodnie że przypuszczane przedłużenie lub skrócenie nie jest rzeczywiste ale tylko pozorne, zależne od opuszczenia się połowy miednicy chorąg strony ku dołowi, albo po skręceniu miednicy po stronie cierpiącój ku górze, z następnem skrzywieniem kręgosłupa. Dla uniknienia pomyłek łatwo zdarzyć się mogących, należy dokonać dokładnych wymierzeń; w tym celu ustawiamy oba kolce biodrowe przednie górne na jednej linii prostej, na którą zstępuje pionowo linia druga od wyrostka mieczykowego mostka. Następnie staramy się nadać obu kończynom toż samo położenie i wymierzamy miarką nierozciągliwą odległość od kolca biodrowego do kłykcia wewnętrzznego piszczeli i kostki wewnętrznej.

Choroba także w tym okresie może się zatrzymać i ustąpić; wtedy znikają objawy skrócenia lub przedłużenia kończyny, ale wtedy tylko, gdy w położeniu miednicy i kręgosłupa nie zaszły istotne zmiany, które nie pozwalają na proste ustawienie miednicy.

Gdy natomiast choroba postępuje, to zjawia się mniej lub więcej znaczne nabrzmienie okolicy pośladkowej i biodrowej, skóra czerwieni się, występują miękkość i chełbotanie, poczem zwykle wkrótce następuje otworzenie na zewnątrz. Jeżeli torebka stawowa zostaje przez ropę przedziurawiona (to się dzieje zwykle na stronie tylnej lub dolnej, gdzie torebka najmniej jest gruba, a także gdzie główka kości udowej najsilniej napiera, zwłaszcza gdy pozostawimy choremu dowolnie przybrać położenie kończyny), nie rzadko spostrzegamy że ropa z jamy stawu przez połączenie z woreczkiem maziowym pod mięśniem biodrolędźwiowym dostaje się do tegoż woreczka a ztąd wnika do jamy miednicy, chociaż dostaje się tam także po przedziurawieniu kości biodrowej od strony mięśni pośladkowych. Otwory przetok na skórze powstałych otoczone są zwykle ziarniną gębczastą, łatwo krwawiącą,

wzniesioną nad płaszczyznę skóry; nie rzadko także w miejscu przedziurawienia powstają obszerne wrzody w skórze i tkance łącznej podskórnej.

Przy coraz większem niszczeniu istoty kostnej z kości w skład ten wchodzących, powstaje zmniejszenie szyjki kości udowej i powiększenie obszerności panewki, a więc niestósunek co do przestrzeni, będący głównym warunkiem tak zwanego dobrowolnego zwichnienia, które łączy się z rzeczywistym przedłużeniem lub skróceniem uda w porównaniu ze zdrową kończyną. Zwichnięcie główki kości udowej lub jęj pozostałości, następuje przy obszerńm spruchnieniu bardzo łatwo przy zmianie położenia w łóżku, przez podniesienie chorego lub przez silne skurczenie mięśni wyprostnych. Zwichnienie może obrać rozmaity kierunek, najczęściej następuje ku górze i ku tyłowi na zewnętrznej powierzchni kości biodrowej, gdyż główka z powodu ułożenia uda, najwięcej ciśnie na tylny brzeg panewki, który najwcześniej ulegać zwykł spruchnieniu, tak że główka kości udowej często nie napotyka tu żadnego prawie oporu. Jeżeli miejsce kości biodrowej odpowiadające pruchniejącej główce kości udowej ulegnie tój samej sprawie niszczenia, to może nastąpić przedziurawienie kości biodrowej i dostanie się główki kości udowej do jamy miednicy, chociaż toż samo może nastąpić i bez zwichnienia przez zniszczenie dna panewki.

Oprócz tój zwykłej drogi jaką obiera zwichnięta główka kości udowej, spostrzegać się także daje wprawdzie rzadziej zwichnienie do dziury kulszowej lub zasłonowej na poziomą gałąź kości łonowej również widziano wydzielenie całej zniszczonej główki przez większy otwór przetoki, w najpomyślniejszym wypadku może w skutek tego nastąpić uleczenie, wprawdzie ze znacznem zniekształnieniem.

Jeżeli sprawa chorobna zatrzyma się i nastąpi uleczenie po wynikłem zwichnieniu, to pozostają następstwa tój choroby i powodują zwykle w wysokim stopniu zboczenia w czynności kończyny; w wypadkach szczęśliwych w następstwie wytwarza się rodzaj dodatkowego nowego stawu obok dawnego, w którym główka posiada niejaką ruchomość, po większej jednak części główka kości udowej w swém nowém położeniu zostaje unieruchomioną przez zrosty.

Częściej jednak zwichnienie główki kości udowej jest zwiastunem ostatniego okresu choroby. Ropienie staje się coraz obfitszém, skóra ulega zgorzeli, nierzadko na znacznej przestrzeni kończyna obumiera z powodu zakrzepów w żyłach lub mechanicznego na nie ucisku, gorączka staje się coraz wyraźniej trawiącą, powstają ziębienia aż do rdeszczów wstrząsających a chorzy umierają przy ogólném wyniszcze-

niu. W postaci ostrzej zapalenia stawu biodrowego jak i w okresie rozwiniętej choroby rozpoznanie nie ulega najmniejszej wątpliwości; natomiast w przebiegu przewlekłym choroba ta może być wzięta za inną albo całkiem pominięta.

W początku choroby zdarzyć się może zamienienie z cierpieniem gościcowém, z nerwobólem kulszowym, wszakże dokładne uwzględnienie opisanych zjawisk, brak objawów właściwych dwóm przytoczonym sprawom chorobowym, wystarczą do właściwego rozpoznania, jeżeli już stan ogólny nie zwrócił na nie uwagi.

**Leczenie.** Przedewszystkiem staramy się o jaknajzupełniejszy spokój kończyny i stawu biodrowego; należy kończynie nadać położenie wyprostowane z utrwaloną miednicą. W tym celu używamy opatrunków jakimi się posługujemy przy złamaniach szyjki kości udowej lub samej tej kości, najlepiej za pomocą dwóch szyn dla zewnętrznych stron obu kończyn, które to szyny sięgają aż do łopatek, połączone są deską przy stopach, dla miednicy zaś przytwierdza się ramię lub pas do przyrządu. Jakkolwiek z początku dzieci opierają się ułożeniu w tym przyrządzie, zwłaszcza gdy przez jakiś czas zatrzymywały położenie uda przez siebie dowolnie wybrane, to jednak łatwo przyzwyczajają się do tego i znoszą dobrze, głównie gdy z początku nałożemy przyrząd na krótki czas, stopniowo coraz dłużej aż wreszcie zostawiamy nieustannie.

Również z korzyścią użyć można opatrunku gipsowego lub krochmalowego dla utrzymania w unieruchomieniu okolicy stawu i kończyny, głównie użyć ich można w wypadkach lżejszych, gdyż nie mogą one zapobiedz dostatecznie skręceniu miednicy, jakie prawie zawsze następuje w wypadkach cięższych.

W ostatnich czasach z dobrym skutkiem dokonywano także wypiłowania główki kości udowej. Przez zniszczenie więzów i torebki stawowej operacja zostaje znacznie ułatwiona, tak że zwykle wystarczy jedno cięcie podłużne, przez które zwykle dostajemy się do główki i odpilowujemy ją zwyczajną piłką lub łańcuszkową. Inne metody polegają na zrobieniu płatu trójkątnego lub czworokątnego, półksiężycowatego; chociaż nie można podać ogólnych prawideł co do cięć a to z powodu istniejących przetokowych otworów, tak że dla każdego wypadku przepisy będą odmienne.

Jeżeli nastąpiło uleczenie przy zwichnieniu główki kości udowej, to z powodu znacznego zniekształnienia i utrudnienia używalności kończyny, starano się o poprawienie tych stanów. Jeżeli zwichnienie

nie trwało zbyt długo, to starano się przy koniecznych środkach ostrożności o dopełnienie odprowadzenia (nastawienia), przez co osiągnięto niekiedy przynajmniej poprawienie położenia uda, które udoskonaliło się jeszcze bardziej z czasem przy dłuższem używaniu przyrządu.

Zożłowate zapalenie w stawie kolanowym.

(*Gonarthrocace, gonałgia, tumor albus genu*, Guz biały kolana).

Punktem wyjścia tego cierpienia są albo części kostne stawu a przedewszystkiem kłykcie stawowe kości udowej, rzadziej koniec górny kości piszczelowej, albo też i to częścięj torebka maziowa wraz z więzami stawowemi lub bez nich. Objawy są rozmaite, stosownie czy cierpienie występuje jako ostre lub przewlekłe; w pierwszym razie zjawiska mogą powstać bardzo nagle i gwałtownie i w krótkim czasie skończyć się zropieniem stawu a nawet śmiercią, w drugim zaś razie, zjawiska z początku często są prawie niedostrzegalne i dopiero powoli się wzmagają.

**Objawy.** Cierpienie poczyna się uczuciem zeszywnienia i nieco utrudnionego ruchu w stawie. Zgięcie jest trudniejsze podczas gdy wyprostowanie po większej części mniej jest utrudnione. Wcześniej już dostrzegamy nabrzmienie stawu, które daje się wykazać porównawczem wymierzaniem; dołki z obu stron rzepki oraz dół podkolanowy są więcęj wypełnione, ciepłota stawu po większej części jest nieco podniesiona. Z postępem choroby goleń coraz bardziej zgina się do uda, ruchy są boleśniejsze a zwłaszcza zginanie, powstają też bóle nawet bez próby poruszenia kończyną; bóle te z początku tępe, stają się coraz żywsze i rozpromieniają się aż do stopy, nabrzmienie staje się znaczniejszém i sprężystém, nie daje jednakże uczucia chęłbotania; skóra zatrzymuje prawidłowe zabarwienie i jest po większej części napięta i połyskująca, jeżeli zaczyna się ropienie w jamie stawu, wytworzenie ropni do koła tegoż, to objętość jego szybko się powiększa, skóra czerwieni, się a w miarę zbliżenia się ropy do skóry, wyczuwamy wyraźnie chęłbotanie po większej części ze znaczném powiększeniem bólu, który nie rzadko odejmuje spokój choremu dziecku. Otworzenie się następuje albo w obwodzie stawu, albo też ropa opuszcza się ku dołowi wzdłuż goleni i może niekiedy pojawić się aż w okolicy stawu stopy, zresztą żadna okolica goleni nie jest od tegoż wolną, bardzo jednak rzadko zajmuje przednią powierzchnię. Zdarzały się również wypadki w których otworzenie się ropnia następowało nieco wyżej

na udzie, a to w razach gdy położenie kończyny sprzyjało obraniu przez ropę tego kierunku. Jeżeli sprawa szerzy się z pruchnięciem końców stawowych kości, zniszczeniem torebki stawowej i części miękkich otaczających, to może również nastąpić zmiana ułożenia się względem siebie kości w skład stawu wchodzących, a mianowicie tyczy się to głównie goleni, która całkowicie lub częściowo zbacza od prawidłowego swego ułożenia.

Na każdym stopniu wspomnianych zmian w przebiegu choroby, sprawa może się zatrzymać i zupełnie ustąpić, przyczem stosownie do możliwości i obszerności anatomicznych zaburzeń, nastąpi mniej lub więcej znaczne uszkodzenie ruchu i kształtu stawu. Po większej części następuje uleczenie ze zrośnięciem się końców stawowych kości, jeżeli leczenie nie zapobiegło temu; w wypadkach pomyślniejszych, dostępiejszych leczeniu, wytwarzają się zrosty z tkanki łącznej, pasy ścięgniste etc. (biorące punkt wyjścia z błony maziowej uległej zapaleniu, bez znacznych zmian w pokryciu chrząstkowatemu); w wypadkach niepomyślnych, w których tylko mechaniczne środki mogą pomódz, następuje zagojenie i zrośnięcie się części kostnych (po oddzieleniu chrząstki stawowej, w obec zapalenia przy pruchnięciu). Będzie tu więc fałszywe lub prawdziwe zeszczywnienie stawu. Jeżeli choroba nie zatrzymawszy się przebiega dalej i z czasem dosięgnie ostatnich okresów, to na goleni dostrzegamy obrzękowe nabrzmienie, sposoczenie jest zwykle obszerne, objawy ogólne stają się coraz bardziej groźne i następuje śmierć w sposób o jakim już kilkakrotnie wspomiano.

**Leczenie.** Przy leczeniu trzymamy się prawideł o jakich powyżej była mowa; z operacyjnej pomocy głównie tylko możnaby myśleć o odjęciu uda, gdyż wypiłowanie stawu nie byłoby chyba stosowne, chociażby tylko z powodu obszerności powierzchni kości które musiałyby uleść świeżemu ropieniu, w obec małych widoków uleczenia.

Zołożowate zapalenie stawu stopowego.

(*Tumor albus articuli pedis. Podarthrocace*).

Cierpienie to dosyć często zdarzające się, poczyną się zwykle bólem zrazu umiarkowanym, potem stopniowo powiększającym się i stałym, na przedniej stronie stawu stopy albo na jednej z bocznych okolic, rzadziej zajmuje ono całą część stawową. Ruchy są z początku mało utrudnione, później zaś do tyła zostają trudne, że stopa nieco zostaje powłóczoną, traci na pewności przy chodzeniu, przyczem zwykle

każde złe stąpnienie, każde uderzenie o stały przedmiot, nawet stąpnienie np. na kamień, odczuwa się bólem w stawie. Pokróćce zjawia się także nabrzmienie w stawie stopy, sprężyste, powleczone skórą prawidłową, przez co przestrzeń pod kostkami wypełnia się i cała okolica stawu okazuje powiększoną objętość. Ból jest więcej ciągły, tępy lub szarpiący, rozpromieniający się na stopę.

W dalszym przebiegu skóra czerwieni się, nabrzmienie staje się miększym, w jednym lub kilku miejscach występuje chełbotanie w skutek zebrania ropy albo wprost ze stawu stopy albo z ropnia w otoczeniu powstałego, poczem wkrótce następuje połączenie go z jamą stawu. Przed otwarciem się ból dosięgły najwyższego stopnia; gdy otworzenie nastąpiło, to zwykle ból zmniejszają się. Przez otwory przetok których niekiedy znajduje się kilka do koła stawu, dostajemy się zgłębnikiem do jamy stawowej otworzonej lub natrafiamy na spróchniałe kości. należące do goleni lub stopy; z otworów wypływa ropa zwykle bardzo złowonna, brudna, która może też być zmieszana z okruciami i cząstkami mass serowatych oraz kawałeczkami kości. Otwory niekiedy bardzo liczne pochodzą z ropni, które powstają w częściach miękkich dokoła stawu i zwykle dochodzą aż do jamy stawu. W dalszym przebiegu gdy choroba się nie zatrzymała, stopa przybiera niekształtną postać, gdyż część przednia zwykle chudnie, okolica zaś stawu powiększa się guzowato, przytém stopa zostaje przez ścięgno Achilles'a pociągniętą do góry na podobieństwo nogi końskiej (*pes equinus*). Zwykle cierpienie przebiega przewlekłe, z ostremi i ostrawemi pogorszeniami, uleczą się niekiedy z pozostaniem zniekształtnienia i trwałego uszkodzenia ruchu, wszakże doprowadzić może do śmierci przy znaczném zaburzeniu stanu ogólnego, wynikiem przez spozczenie i wyniszczenie sił.

**Leczenie.** Oprócz odjęcia goleni wskazaném niekiedy przytém cierpieniu, chodzi tu jeszcze o wypilowanie spruchniałego stawu stopy, gdy sprawa chorobua zajęła tylko same dolne części stawowe goleni i górną część kości skokowej.

Zołożowate zapalenie stawu łokciowego.

(*Olenarthrocace*).

Staw łokciowy nie rzadko bywa siedliskiem zapalenia przy zołożach, a mianowicie poczyna się ono raz od błony maziowej i przesuwa się na końce stawowe kości, drugi raz zaczyna się w istocie gębczastój

kości wchodzących w skład stawu. Choroba z początku zdradza swoją obecność zwykle nieznacznym utrudnieniem ruchów w stawie i lekkim bólem; oba te objawy wzmagają się, podczas gdy do koła stawu wytwarza się nabrzmienie które z początku dosyć zбите i sprężyste stopniowo staje się miękkim i otwiera się w jednym lub kilku miejscach.

Przedramie jest mniej lub więcej przygięte do ramienia a przytym w położeniu środkującym między kierunkiem nawrotnym i wyrotnym. Cała kończyna przedstawia nie rzadko właściwe cierpienie, gdyż przedramie bywa zanikłe, ramię również chudnie z powodu bezczynności swych mięśni, podczas gdy okolica stawu jest nabrzmiała w postaci guza wrzecionowatego lub kulistego. Wprowadziwszy zgłębnik przez otwory przetok można się zwykle przekonać dokładnie o stopniu zniszczenia w stawie, gdyż przetoki te zwykle są krótkie i wprost prowadzą do kości.

Ogólne objawy bywają rozmaite stosownie do przewlekłego lub ostrego przebiegu; gorączka trawiąca lub ropnicowa rozwija się rzadziej w tej postaci zołzowatego zapalenia stawu aniżeli z innych o jakich była mowa, i tu wszakże zdarza się. Jeżeli choroba przemija, to pozostaje mniej lub więcej znaczne zniekształnienie i zeszywnienie; wszakże nawet przy znacznych zniszczeniach, nie często zdarzają się zбочenia kości w skład stawu wchodzących od ich wzajemnego położenia; najczęściej zdarza się zwichnienie kości łokciowej ku tyłowi lub główki kości promieniowej ku zewnątrz.

**Leczenie.** Oprócz odjęcia ramienia które może być wskazane przy bardzo gwałtownych zapaleniach stawu łokciowego zagrażających życiu, należy wspomnieć o wypiłowaniu spruchniałych kości, które wykonywano nie rzadko przy wyniszczającym ropieniu dla uratowania życia lub skrócenia sprawy chorobowej w stawie. Zwykle dla oddalenia kości wystarczy jedno cięcie podłużne, równoległe do wewnętrznego brzegu wyrostka łokciowego, poczynające się na szerokość 2-ch palców po nad nim i ku dołowi przebiegające; jeżeli to nie wystarcza, to poprowadzimy więcej złożone cięcia a kierunek ich będzie zależny od otworów istniejących przetok. Przy wszelkich operacjach należy pamiętać o zachowaniu nerwu łokciowego.

### Ogólne leczenie gruźlicy i zołzów.

W obec wielkiej wagi jaką zdaniem Vogel'a należy przypisywać dziedzicznemu usposobieniu, może być mniej mowy o ustrzeżeniu



wybuchu zakażenia, aniżeli o osiągnięciu ile możności łagodnego i pomyslnego przebiegu rozmaitych miejscowych cierpień.

Staranne przestrzeżenie wszelkich zaburzeń w trawieniu i przebywanie w mieszkaniach dobrze przewietrzanych, oto dwa warunki główne, na jakie u dzieci rodziców gruźliczych, lekarz powinien kłaść najwyższy nacisk.

Dzieci powinny być długo karmione piersią zdrowej mamki. Za przestanie ssania należy dokonać z największą ostrożnością, przyczem baczyć należy głównie na unikanie pokarmów odymających. Głównie pożywienie w pierwszych 10 latach stanowić ma mleko i potrawy mleczne, rosół, miękkie mięso, młode delikatne jarzyny, wiele dojrzałych owoców. Kartofli nie pozwala się zbyt często, chleb zaś tylko dobrze wypieczony, za napój wystarcza świeża czysta woda. Małe ilości piwa nie mogą szkodzić, wina zaś i innych napojów wysokokowych należy ściśle unikać.

Na śniadanie właściwa będzie kawa zołędziowa lub wyciąg słodowy do przyrządzania zupki Liebiga na mleku<sup>1)</sup>; skoro jednak dzieci niechętnie tę piją, nie należy przechodzić do kawy zwyczajnej lecz dawać znów czyste mleko.

Dopóki zdarzające się cierpienia zołzowate przebiegają bez gorączki, nie należy wcale odstępować od tego sposobu żywienia; gdy jednak zjawi się gorączka, to sam już instykt wzbrania go, instykt jeszcze wyraźniejszy u dzieci aniżeli u dorosłych.

Co się tyczy mieszkania, to nieodzowny jest dla tych dzieci pokój sypialny i bawialny na słońce wystawiony, o ile można obszerny i dobrze przewietrzany. W lecie dzieci powinny cały dzień przebywać na wolnym powietrzu, w zimie przez dwie godziny codziennie. Częste letnie a więc i jeszcze zimne obmywania i kąpiele, chronią najwięcej od zaziębień i tak częstych nieżytych oskrzeli. Kąpiele morskie także sodowe są nader pożyteczne dla dzieci zołzowatych.

W lecie dzieci te powinny przebywać na wsi, w zimie zaś w obszernych pokojach. Przebywanie w ciepłym klimacie podczas zimniej pory roku posiada wprawdzie tę korzyść, że one mogą tam przepędzać wiele czasu na wolnym powietrzu, ponieważ jednak ta zmiana miejsca musi być corocznie dokonywana jeżeli dzieci nie mają cierpieć w następnej zimie, przeto od dzieciństwa przyzwyczajają się do takiego zmiennego życia i sami uważają się za nieustannie chorych.

<sup>1)</sup> Przygotowuje w Warszawie apteka p. E. Wernera.

Nie potrzebujemy wcale nadmieniać że tak wypielegnowane dzieci jakby w cieplarni, nie mogą obiecywać dobrego stanu zdrowia w przyszłości, z powodu że każdy mały nawet szkodliwy czynnik na nich oddziaływać będzie.

Wszakże dzieci uległe usposobieniu do chorób piersiowych *resp.* gruźlicy, powinny wszystkiego unikać co może wywołać przekrwienie płuc i nieżyt oskrzelowy a pozostawać w warunkach sprzyjających rozwojowi ich ciała i stopieniu usposobienia odziedziczonego z rodziców. Słusznie też twierdzi Niemeyer, że w razie zachodzącego podejrzenia o to ostatnie, najłżejszy nieżyt oskrzeli z największą starannością powinien być leczony, nie zaniedbując niczego co zastosowaniem być może i powinno.

Jeżeli nieżyt sięgnął do pęcherzyków płucnych, poleca chronić płuco chore jak każdy inny narząd w stanie zapalnym będący, od wszelkich nowych szkodliwych bodźców i starać się stłumić na pozór mało znaczną chorobę, mogącą stać się powodem groźnego stanu.

Skoro hygieniczno dyetetyczne przepisy nie wystarczają do uzyskania poprawy odżywiania dzieci z dziedzicznym lub nabytem usposobieniem do gruźlicy i zołż, wówczas powszechnie zalecanym bywa tran. Przeciwwskazaniem on jest w stanach gorączkowych przy braku apetytu i rozwolnieniu, które to ostatnie dwie przypadłości tran sam może wywołać podczas cieplej pory roku. Dla tego zachodzi częstokroć potrzeba podawanie jego wstrzymywać, dopóki zaburzenia w trawieniu nie zostaną usunięte. Zresztą wszystkie dzieci zołżowate a nawet wyraźnie gruźlicze, przyjmują go przez całe lata z pożytkiem. Zadajemy tran najlepiej w 1—2 godzin po śniadaniu, po  $\frac{1}{2}$ —1 łyżki stołowej, poczem dajemy popić nieco kawy lub przegryść kawałek cukru. U większej liczby dzieci niepotrzeba zresztą wcale nagradzać ich łakociami za wypicie, gdyż zwykle wcale nie jest on dla nich przykrym, tak, że same upominają się o niego w razie zapomnienia. Zaraz przy początku leczenia dobrze jest zwrócić uwagę osób otaczających, że tylko przez kilkoletnie używanie tranu można osiągnąć poprawę zdrowia i że trzeba go zadawać przez kilka miesięcy bez przestanku, pomimo że z razu niewidzimy żadnej zmiany lub nawet pogorszenie.

U dzieci dobrze odżywionych, ale zresztą bardzo zołżowatych, można dodawać do tranu małe dawki nalewki jodowej, 1—2 kropel na uncję. Wszakże Vogel nigdy nie zachęca do dłuższego wewnętrznego leczenia za pomocą jodu. Źródła jod i brom zawierające, głównie Ciechocinek, Hall, Kreuznach etc. są bardzo pomocne u dzieci zołżowatych bez nieżytku oskrzeli, natomiast u szczu-

płych dzieci z podejrzeniem na uporczywy nieżyt oskrzeli, źródła te są bezwarunkowo przeciwwskazane.

Jeśli tedy tran nie jest znoszonym lub dla innych przyczyn nie można go podawać, to należy wyszukać środka któryby go zastąpił. Najodpowiedniejszym okazuje się napar z liści orzecha włoskiego, którego codziennie polecamy używać 2—3 filiżanek. Odwar chmielu lub nalanie tataraku bywają znoszone przez niektóre dzieci, inne zaś wzbraniają się od użycia z powodu zbyt silnej ich goryczy. Przy znacznej bladoci warg i błon śluzowych wypada użyć wód mineralnych żelazistych lub lekko strawnych przetworów żelaznych np. *Tinct. martis pomata*. Przy wybuchnięciu gruźlicy należy wszelkich upustów krwi nawet miejscowych i bardzo ograniczonych unikać, również środków wymiotnych, antimonialnych i rtęciowych, jako na ustrój takiego dziecięcia szkodliwie działających. W gruźlicy ostrzej ubijającej dziecię szybko, przed rozwinięciem suchot, leczenie ogranicza się na działaniu przeciwko objawom. I tak: gorączkę uśmierzamy chininą, duszność okładami zimnemi klatki piersiowej, objawy mózgowie występujące zwykle skutkiem wytwarzania się gruzełków w oponach, okładami lodowemi w pęcherzu, pamiętając o odpowiedniej czystości około dziecięcia, dyecie i napoju.

Gruźlica przewlekła zdolna doprowadzić do suchot płucnych jest więcej przystępną. Wówczas jeżeli nie na samą gruźlicę, to przynajmniej na towarzyszące częstokroć zapalenia jesteśmy w możności wpłynąć, działając zawsze z wielką ostrożnością. Przy stosowaniu w takich wypadkach przeciwwzpalnej metody unikać należy upustów krwi, soli średnich, kalomelu i innych dysplastycznych środków i ograniczać się na uśmierzaniu gorączki za pomocą spoczynku w łóżku, chininy zwłaszcza przy typowym jej powtarzaniu się, bóle w piersiach łagodzić suchemi bańkami, gorzycznikami, okładami ciepłemi. Kaszel męczący, uciążliwy z trudnym odkrztuszaniem wymaga zalecenia środków wykrztuśnych (roślinnych) i narkotycznych; w potach nocnych podają kwas Hallera lub napar szałwi. Skoro stan zdrowia dziecięcia poprawi się, choroba przycichnie, gorączka zupełnie minie, zwalniamy od pozostawania w łóżku, wypuszczając na pokój ciepły, suchy i widny a w letnie miesiące na wieś. Przy możności udania się do wód, zalecamy: Ems, Salzbrunn, Reichenhall a w jesieni wyjazd do Meran lub nad jezioro Genewskie do Montreux; w początku zimy Wenecya, później Kair, Alger lub Madera starając się zawsze o utrzymanie dobrego odżywiania ustroju i usuwanie zdarzyć się mogących zaburzeń chorobnych.

Podobnie i przy zakażeniu żółzowatym wszelkie leczenie osłabiające, przez odciążenie krwi lub inne środki wspomniane dopiero (wymiotne, przeczyszczające, *antimonialia* i *mercurialia*) sprowadzają zawsze pogorszenie i z tego powodu zasługują i w takim razie na zupełne zarzucenie.

Wreszcie smutne są skutki jakie osiąga pomoc chirurgiczna przy cierpieniach kości u żółzowatych. Zwykle na ranach kości powstają na nowo téż same choroby kości z powodu których operacja była wykonana, a pomimo bólu i dolegliwości sprawa mało tylko skraca się przez ten sposób leczenia.

### 3) Przymiot dziedziczny.

(*Syphilis hereditaria*).

Rodzice cierpiący na przymiot płodzą dzieci, które albo rodzą się ze znakami téj choroby lub przynajmniej w pewnych miesiącach życia takowym podlegają. Pod względem rokowania ważną jest rzeczą rozstrzygnąć, czy dzieci przynoszą na świat z sobą przymiot rozwinięty lub téż podlegają mu po pewnym przeciągu czasu.

Dzieci u których wybuchł przymiot w łonie matki, po większej części rodzą się przedwcześnie i martwe lub przyszedłszy żywo na świat z pęcherzami bąblicy, umierają zwykle wkrótce po urodzeniu. Te jednak dzieci które pochodzą z rodziców syfilitycznych, rodzą się pozornie zdrowymi a dopiero po tygodniach lub miesiącach okazują znaki dziedzicznego przymiotu, bardzo często leczą się przy stosowném postępowaniu i mogą się doskonale rozwijać bez dalszych objawów zakażenia.

Zanim przystąpimy do kwestyi przyczyn, wypada najprzód przytoczyć wszystkie zmiany należące do dziedzicznego przymiotu.

**Objawy.** Dziedziczny przymiot daje się rozpoznać po objawach: 1) na skórze, 2) na błonach śluzowych, 3) w tkance łącznej podskórnej, 4) w mięśniach i kościach i 5) w wewnętrznych narządach gruczołowych.

#### ad 1. S k ó r a.

Wysypki skórne przymiotowe (*syph.lides*) dzielą się na: 1) plamiste i łuskowe, 2) grudkowate i 3) przyszczykowe i bąblowate.

Do postaci plamistej należy:

Różyczka przymiotowa (*roseola syphilitica s. syphis cutanea maculosa s. erythematosi*). Są to plamki wielkości soczewicy lub bobu, barwy brunatno-miedzianej. Poczynają się one na większych przestrzeniach skóry odrazu jako jasno żółte lub czerwono-żółte plamy, z początku bez zmian w naskórku pokrywającym je i bez stwardnienia oraz wzniesienia ponad zdrowe miejsca skóry. Z czasem jednak plamki te stają się nieco wydatniejsze, nabierają barwy miedzianej i wyglądają jakby zeszlifowane lub w innych razach pokrywają się drobnymi białymi łuskami naskórka. Przy leczeniu przeciwpzymiotowem znikają one bez śladu; gdy jednak pozostawimy je w spokoju, to następuje coraz większe nacieczenie, naskórek pokrywający marszczy się lub zasycha, albo też skóra zaczyna się wilgocić i pokrywać żółtymi skorupami. Naczęściach skóry zanieczyszczanych ustawicznie kałem a więc na pośladkach, w fałdzie udowej i na dolnych kończynach, powstają często obnażenia z naskórka a wreszcie głębokie owrzodzenia i rysy.

Skóra niezajęta wysypką nigdy nie zachowuje prawidłowej barwy i gładkości. W miejsce właściwej różowej barwy powstaje zadmiono-szara, co najwybitniej daje się dostrzedz na twarzy a mianowicie na czole. W skutek wychudnienia towarzyszącego prawie stale w przymiocie wrodzonym, skóra marszczy się i fałduje w wielu miejscach. Dłonie, podeszwy i palce rzadko pozostają nie naruszone, następuje tu zawsze łuszczenie a u dzieci które często w rękach trzymają brudny smoczek, powstają głębokie obnażenia na dłoniach. Upodobanie wysypek przymiotowych do tych ostatnich miejsc skóry posiada wielką ważność dla rozpoznania, gdyż inne wszystkie nie przymiotowe wysypki właśnie oszczędzają te części.

Postać grudkowa (*syphilis cutanea papulosa*) prawie nigdy nie istnieje sama alę wikła się albo z poprzedzającą albo z następującą postacią. Grudki przymiotowe (*lichen* lub *strophulus syphiliticus*) są barwy brunatnej, twarde, bez zaczerwienienia w otoczeniu, zwykle rozsiane i również najczęściej znajdują się na dłoniach i podeszwach. Nie są one jednak tak charakterystyczne aby na nich samych, bez żadnych innych objawów, można było oprzeć rozpoznanie przymiotu. Bez właściwego leczenia grudki te przez długi czas pozostają bez zmiany, powiększają się stopniowo co do ilości, ulegają w wielu miejscach zdrapaniu i przedstawiają wtedy większe lub mniejsze nieregularne owrzodzenia. Jeżeli jednak zastosujemy odpowiednie leczenie, to grud-

ki znikają zupełnie w krótkim czasie, co się dostatecznie objaśnia tém, że zmiany anatomiczne są nieznaczne.

**Łuszczycyca** (*syphilis cutanea squamosa s. psoriasis syphilitica*) występuje pierwotnie jako taka lub w następstwie dwóch poprzednich rodzajów wysypek. Przedstawia się pod postacią odosobnionych plam brunatnych lub brudno-czerwonych, wielkości soczewicy, w pośrodku tychże oddzielają się małe łuszczyki, po ich odpadnięciu pozostaje wilgotnawa powierzchnia a w miarę gojenia się pośrodkowej części plamy szerzy się ona na obwodzie do koła.

**Lepieżyca** (*syphilis cutanea vegetans, condylomata lata, plaques muqueuses*) stanowią brodawkowate wyniosłości od wielkości soczewicy do monety groszowej, brudno-czerwonej barwy z powierzchniem owrzodzeniem. Pojawiają się one na rozmaitych okolicach ciała, szczególnie w miejscu przejścia skóry w błonę śluzową, i tak: w okolicy części płciowych, odbytu, nosa, ust, na składach skóry, na zgięciach stawów, na pośladkach, szyi, pasze, pachwinach, pępku i t. p. Są one odosobnione albo ustawione w gromadki. Przy nieczystym utrzymywaniu dzieci następują łatwo głębokie owrzodzenia na tychże lepieżowatych wyniosłościach.

Postać pryszczykowa i bąblowata (*syphilis cutanea bullosa et pustulosa*) jest najzłośliwsza i występuje tylko przy wysokich stopniach zakażenia. Objawia się ona jako:

### Bąblica przymiotowa.

(*Pemphigus syphiliticus*).

Są to żółte, żółto zielone lub brunatnawe okrągłe lub podłużne pęcherze, wielkości ziarna konopnego do wielkości spłaszczonej połowy wiśni i większe. Zawartość ich jest mętna, surowicza lub ropiasta, odczyn ma alkaliczny a otoczenie jest tylko wązko do koła zaczerwienione. Pęcherze te są po większej części odosobnione, w wielu tylko miejscach zlewają się z sobą. Znajdują się najczęściej na kończynach, rzadziej na tułowiu i głowie. Po kilku dniach albo zapadają i zasychają w cienkie strupy albo pękają, zawartość wylewa się a mocno zaczerwieniona skóra właściwa (*derma*) występuje na jaw po oddzieleniu się naskórka. Następna wydzielina z obnażonej tym sposobem skóry jest nader nieznaczna, tak że nawet nie powstaje strup a odzież mało tylko plami się. Głębokie owrzodzenia już dla tego samego nie mogą powstać, że dzieci nie pozostają długo przy życiu,

szybko upadają na siłach i bez żadnych innych objawów, wprost tylko przy objawach upadku sił umierają.

Rokowanie przy bąblicy przymiotnej jest złe. Dzieci które przychodzą na świat z pęcherzami rozwiniętymi, umierają już w kilka dni po urodzeniu; gdy zaś pęcherze rozwijają się dopiero nieco później, między 3—8 dniem życia, to dzieci mogą żyć kilka tygodni, wszakże potem prawie wszystkie również umierają. Według licznych postrzeżeń Zeissla wrodzony przymiot, który prawie wyłącznie objawia się pod postacią bąblicy, jest bezwzględnie śmiertelny. Szczególnem jest i to, że w przeważającej liczbie tych wypadków, przymiot pochodzi z ojca i że najstaranniejsze badanie matki, zwykle nie doprowadza do żadnych twierdzących rezultatów, tak, że często już powątpiewano o związku tej wysypki z przymiotem. Wątpliwości te powstały głównie w zakładach położniczych, gdzie oczywiście rzadko tylko możebnem było wywiedzieć się o stanie zdrowia ojców dzieci urodzonych, podczas gdy w praktyce prywatnej można zbadać obecne i po części przeszłe warunki stanu zdrowia ojca. W tym ostatnim razie pokazuje się że stale ojciec cierpi na wtórorzędny przymiot lub przynajmniej cierpiał nań. Często nawet spostrzegano, że skoro ojciec poddał się ścisłemu leczeniu przeciw przymiotowi, dzieci potem urodzone przychodziły na świat zdrowe bez żadnych znaków przymiotu a także i później pozostawały zdrowymi. Oprócz tej charakterystycznej bąblicy, zdarzają się u dzieci syfilitycznych w późniejszym czasie *b)* pryszczę ropą wypełnione (*syphilis cutanea pustulosa*) umieszczone jednak na dnie twarzem, czerwonym, po pęknięciu pozostawiające głębokie sadłowate wrzody.

Dla przymiotu dopiero po urodzeniu wybuchającego najwięcej charakterystyczne są wrzody skórne i szczeliny (*rhagades*), które ze szczególnem upodobaniem powstają w okolicach ciała podlegających ustawicznym poruszeniom, jako to: w kątach ust, na brzegach warg, w odbycie, na częściach płciowych, na dłoniach etc., powstać zaś mogą ze wszelkiego rodzaju wyrzutów przymiotowych. Wrzody na wargach ust są płaskie, mają dno żółte, mało stwardniałe i z początku trzymają się ściśle czerwonej linii, która ogranicza wargi. Dopiero później wrzody te szerzą się, na najbliższej leżące części skóry, mianowicie na wargę dolną i bródkę. Szczeliny (*rhagades*) są to pęknięcia warg w kierunku naturalnych fałdek skórnych. Powstają niekiedy na wargach zupełnie zdrowych, zwykle jednak przedtem istniały opisane wrzody lub inne postacie wyrzutów przymiotowych; strupy na wargach stają się łamliwe i przy silniejszym rozciąganiu, jakie po-

wstaje przy każdym krzyku dziecka, pękają. Małe szczelinki zostają zanieczyszczone ropą z owrzodzenia, tak, że przez to powstają dosyć głębokie żółte wcięcia, które przy każdym rozciąganiu krwawią i z tego powodu nadzwyczaj wolno się goją.

Te same szczeliny znajdują się także choć o wiele rzadziej aniżeli na ustach w otworach nosowych, w odbycie i na sromie dziewczynek a niekiedy też w zewnętrznym kąci oka. Szczeliny na wargach mają i dla tego także ważne znaczenie, że za ich pośrednictwem następuje niewątpliwe bezpośrednie zarażenie mamki zdrowej przez ssawca uległego wrodzonemu przymiotowi.

Co się wreszcie dotyczy wydzielin skóry, to niekiedy u dzieci syfilitycznych zdarzają się złowonne poty na całym ciele, głównie zaś na głowie. Poty te znikają po usunięciu się choroby.

## ad 2. Błony śluzowe.

Pierwszym objawem przymiotu dziedzicznego powstającego w kilka tygodni po urodzeniu, jest obrzmienie błony śluzowej nosa. Dzieci w tym stanie oddychają zawsze ustami otwartymi i sapią podczas ssania. Na zewnętrznej powierzchni nosa nie dostrzegamy żadnych zmian, błona zaś śluzowa w otworach nosowych okazuje się zaczerwienioną i obrzmiałą. Skoro to obrzmienie trwało przez kilka dni, zjawia się i ropiasta wydzielina (*coryza syphilitica*), wypłód ten jest z początku śluzowaty, później staje się krwawy, podobny do posoki, poczem także owrzadza wargę górną.

W następstwie tego szerzące się wrzody mogą dosięgnąć gkość i spowodować zgorzel z wydzieleniem się lemiesza, muszli nosowych i kości sitowej. Jeśli dzieci przeniosą tak ciężki przymiot, to co najmniej nos zapada się a twarz pozostaje na całe życie oszpecona.

Na błonie śluzowej jamy ustnej i języka powstają takie same płaskie wrzody jak na brzegach warg; nigdy nie zagłębiają się one i zablizniają łatwo, jeżeli odpowiednio leczenie będzie zastosowane.

Wspomnieliśmy już o szczelinach w odbycie, sromie i na napletku. Upławy białe i owrzodzenia pochwy pojawiają się dosyć często. Wypływ z ucha i zapalenie oczów (*ophthalmoblenorrhoea*) u dzieci syfilitycznych odróżniają się tylko siłą swym natężeniem od takichże chorób samoistnych. Przy tym rodzaju zapalenia oczów mieknie bardzo szybko rogówka z obu stron, niekiedy występuje przedzi-



rawienie jęj a sprawa chorobna kończy się nader smutnie zanikiem gałki ocznej (*phthisis bulbi*).

### ad 3. Tkanka łączna podskórna.

U wielu dzieci syfilitycznych powstają małe ogniska ropne w tkance łącznej podskórnej, niemające żadnego związku z gruczołami chłonniczymi. Ropnie tym sposobem powstałe, otworzone sztucznie lub dobrowolnie, zawsze w miejscu otworzenia ulegają owrzodzeniu i zablizniają się po długim trwaniu z pozostawieniem mocno zabarwionej blizny. Bardzo często znajdujemy owrzodzenia na paznogiach (*onychia*), jednocześnie na kilku palcach rąk i nóg, niekiedy także przy jednoczesnym obrzmieniu niektórych członków paznogiowych. I te sprawy także są bardzo uporczywe, zwłaszcza gdy ręce stykają się często z brudnymi przedmiotami; nowy paznogieć staje się zwykle guzikowaty, niekształtny, w innych razach po zropieniu łożysk paznogiowych następuje utrata paznogi.

Gruczoły chłonicze w pobliżu wrzodów przymiotowych nabrzmiwiają, rzadko jednak przechodzą w ropienie. W ogóle można powiedzieć, że narząd gruczołowy u dzieci zostaje o wiele mniej zajęty przez przymiot, aniżeli przez żoły i gruzlicę.

### ad 4. Mięśnie i kości.

Przy ciężkim przymiocie rozwijającym się w pierwszych tygodniach po urodzeniu, zdarzają się także porażenia kończyn górnych, rzadziej dolnych. Porażenia te nie zawsze dotyczą całych kończyn, są też nie zawsze zupełne, gdyż niekiedy pozostaje możność wprowadzić ograniczonych ruchów w pojedynczych gruppach mięśni.

Kości rzadko biorą udział w przymiocie dziedzicznym. Do przymiotu rodziców, odniesiono wielką łamliwość kości u dzieci, gdzie wszystkie kości długie nawet przy małej przyczynie kruszą się, stan zdarzać się mogący oczywiście tylko u dzieci nieżywo urodzonych lub umierających wkrótce po urodzeniu.

Zresztą sprawa ta jest nadzwyczaj rzadką, a nawet w wypadkach dotychczas spostrzeganych wcale nie zawsze wykazano przymiot w sposób przekonujący.

Zapalenie okostnej i zgorzel pojedynczych części kości, sprawa zwykła przy wtórorzędnym przymiocie u dorosłych, zdarza się tylko nader rzadko w przymiocie dziedzicznym u noworodków.

#### ad 5. Narządy wewnętrzne gruczołowe.

Ropnie w grasicy (*gland. thymus*) o których już powyżej była mowa (str. 292), są przedmiotem wątpliwości, gdyż fizyologiczne przestrzenie próżne, powstające przy wessaniu się części tego gruczołu, nie dadzą się prawie odróżnić od ropni.

Zmiany w wątrobie były także opisane (str. 242). W śledzionie i nerkach znajdowano guzy miękkzakowe (*gummata*) specyficznego rodzaju. Na zmiany chorobne spowodowane przymiotem w płucach zwrócono w nowszych czasach uwagę (Virchow, Förster, Wagner i inni). Odnosić się mają te zmiany do powstawania wielkiej ilości komórek nabłonkowych w pęcherzykach płucnych (*hepatisatio alba* Virchow'a, *syphiloma diffusum* Wagner'a). Dzieci temi zmianami dotknięte, rodzą się zwykle z bąblicą i umierają zwykle po kilku a najdłużej po kilkunastu dniach.

**Przebieg i zejście.** Skoro wystąpiły pierwsze objawy przymiotu dziedzicznego, co z wyjątkiem wrodzonej bąblicy zwykle następowało dopiero w 1—7 miesięcy po urodzeniu, to dziecko chudnie, staje się niespokojnym i nabiera szczególnej cery jakby zadymionej, ziemistej. Dzieci sztucznie karmione umierają zwykle z małokrwiistości lub z przyłączającego się nieżytu kiszek; przy piersi będące zawsze prawie odzyskują zdrowie przy odpowiednim leczeniu. Wszakże pozostawać zwykły pewne objawy, jako to: rzadkie i suche włosy, na brwiach i główce suchość, bladłość i wiotkość skóry i bliznowate zagłębienia w miejscach gdzie były owrzodzenia i szczeliny, wreszcie zubożenie krwi i obrzmienie śledziony (Mayer). Im później przymiot wystąpi tym pomyślniejsze jest rokowanie, im wcześniej tym gorsze.

**Przyczyny.** W większej liczbie wypadków przymiot dziedziczny, pochodzi z ojca ( $\frac{9}{10}$ ) nie zaś z matki. Jeżeli matka cierpi na przymiot wtórorzędny, to ciąży prawie nigdy nie dosięga swego prawidłowego kresu, ale następuje poronienie lub przynajmniej poród przedwczesny. Wprawdzie zdarza się to także wobec wtórorzędnego przymiotu ojca, jednak daleko rzadziej; zwykle ciąży przebiega tu prawidłowo, dziecko jednak albo przychodzi na świat z bąblicą przymiotową, albo też

w pierwszych sześciu miesiącach występują opisane zjawiska dziedzicznego przymiotu.

Gdy ojciec cierpi na przymiot wtórny, to matka może pozostać zupełnie zdrową a jednakże wyda na świat dziecko syfilityczne; nawet zajście w ciążę i urodzenie syfilitycznych dzieci może się powtórzyć kilka razy a jednak matka nie zostanie zarażoną. Fakt ten stwierdzony niejednokrotnie, jest tém więcej zadziwiający, że krew płodu przecież prawie bezpośrednio łączy się z krwią matki oraz że płód dostaje specyficzną białicy już w łonie matki.

Przymiot pochodzi z matki tylko wtedy, gdy ona przed lub podczas ciąży została pierwotnie zarażoną a z postępem choroby zapada na przymiot wtórny. Gdy matka dopiero w trzech ostatnich miesiącach ciąży pierwotnie będzie zarażoną, to płód ma pozostać zdrowym. Wielce nieprawdopodobnym zdaje się być zarażenie zdrowego dziecka pierwotnym wrzodem na wargach sromych z któremi dziecko zetknąć się może podczas samego aktu porodowego. Dzieci pokryte są grubą warstwą mazi skórnej, nie posiadają nigdzie obnażeń z naskórka; w tym razie przed wybuchem ogólnego przymiotu powinienby objawiać się u nich pierwotny wrzód przymiotowy, co chyba dotychczas nie było spostrzeganem.

Dalszym nader zadziwiającym faktem jest i to, że dziecko syfilityczne którego zakażenie w obec zdrowej matki jedynie pochodzi z ojca, nigdy nie zaraża swęj matki przez ssanie, podczas gdy zdrowa mamka do której piersi takie dziecko będzie przysadzone, zwykle ulega zarażeniu zwłaszcza jeżeli ma zranione brodawki sutkowe. Z tego wypływa ważna zasada dla leczenia, że dzieci syfilityczne mogą być bezpiecznie karmione przez własne matki, ale nigdy przez mamkę, gdyż ta ostatnia uległszy zarażeniu słusznie będzie mogła winić o to lekarza.

Droga jaką syfilityczny ssawiec zaraża zdrową mamkę, nie zawsze daje się dokładnie wykazać. Najprostsza rzecz jest wtedy, gdy owrzodzenia na wargach dziecka zetkną się z owrzodzeniami na brodawce sutkowej mamki. Niekiedy spostrzegamy że piersi mamki pozostają nienaruszone, pomimo to wkrótce występują u nięj ogólne objawy przymiotu. Naodwrot zdarza się też, że mamka syfilityczna może udzielić przymiotu zdrowemu dziecku, chociaż brodawki jęj sutek nie były owrzodzone. Dla wytłomaczenia tych wypadków niepotrzeba wcale uciekać się do mleka mamki. Zdaniem Vogel'a prawdopodobniejszém jest zetknięcie z jamą ustną lub z palcami, które na krótko przed tém dotykały się części syfilitycznych.

Nie jest rzeczą konieczną, aby ojciec cierpiący na przymiot wtórny zawsze płodził dzieci syfilityczne. Znaczna część dzieci takich ojców pozostaje zupełnie wolnemi od zarażenia.

Najmniej wrażliwe na przymiot są dzieci ojca, którego przymiot jest już bardzo zadawniony, ustąpił ze skóry i z błon śluzowych i umiejscowił się w kościach.

**Leczenie.** Doświadczenie okazało że rtęć działa szybko i pewnie w przymiocie u dzieci zwłaszcza sposobem podskórnym stosowana. Vogel oddawna zaniechał przetworów rtęciowych do wewnątrz, (z najwięcej zalecanych: *calomel* i *mercur. solubil. Hahnemanni*), poleca zaś w zdrowe miejsca które znajdują się jeszcze, wcierać dziennie  $\text{D}\beta$ — $\text{Dj}$  szarąj maści. Jeżeli maść będzie wtartą wieczorem, to bez uszkodzenia kuracyi, można dzieci wykapać, poczem zaraz dokonywa się znów wcieranie.

Miejscowe wrzody najlepiej opatrywać płatkami zmaczanemi w rumianku, gdzie one dadzą się przyłożyć; szczeliny i owrzodzenia na wargach poprawiają się widocznie po kilkakrotném przyżeganiu lapisem *in subst.* Zdaniem Vogel'a kąpiele sublimatowe ze  $\text{Dj}$ — $3j$  sublimatu na jedną kąpiel uważa za niebezpieczne dla dzieci i osób dogląających je i zupełnie zbyteczne w razie właściwego przeprowadzenia leczenia za pomocą wcierań. Liczne spostrzeżenia jednakże wykazały że leczenie za pomocą kąpeli sublimatowych ( $\text{Dj}$ — $3\beta$ ) stosowanych 2—3 razy na tydzień, działają skutecznie i we wielu wypadkach zupełnie wystarczają. Zadawanie przetworów jodu do wewnątrz w małej ilości słabiej działa niżeli rtęć a przytém rzadko może być przedłużane u małych dzieci, z powodu że często zjawiają się tu zaburzenia w trawieniu i szybko postępujący upadek sił (*marasmus*). Wszakże u dzieci starszych przy formach drugorzędnych na błonach śluzowych, w gruczołach i okostnej, według Steiner'a przetwory jodowe mają działać skuteczniej od rtęci. Zadaje on jodek potassu (6, 8, 10—20 gr. dziennie) lub ulepek z jodku żelaza. W uporeczywych wypadkach zalecane bywa leczenie mieszane rtęcią i jodem i to z dobrym skutkiem.

Dyeta dzieci syfilitycznych powinna być o ile możności pożywna Najprędzej zdrowieją dzieci karmione piersią własnej matki lub dobrej mamki. W razie sztucznego karmienia główném zadaniem będzie ustrzedz dziecie od biegunki przez pokarm starannie przygotowany i klejkie napoje. Jeżeli się to uda, to wiele dzieci może przebyć przymiot bez żadnych złych następstw w przyszłości.

## DODATEK.

### Do opisu chorób gruczołu przyusznego <sup>1)</sup>.

b) Zapalenie następcze gruczołu przyusznego (*parotitis secundaria*) nader rzadko przytrafia się u dzieci a zdarza się przy natężonym zapaleniu jamy ustnej, wywołanem przez rtęć (*stomatitis mercurialis*), przy zapaleniu błonicowem (*stomatitis diphtheritica*) lub zaniedbanj dzięnie (*stomacae*).

Przebieg tój odmiany zwykle bywa łagodniejszy niezeli samostnej pojawiającej się nagminnie; natężenie, rozciągłość chorobnej sprawy oraz ztwardnienie nigdy nie dosięgają tak wysokiego stopnia a sama choroba nie powoduje znacznego zeszpecenia twarzy. Towarzyszące przy tój odmianie zapalenia objawy, ograniczają się do lekkiego nabrzęknięcia, bólu za naciskiem od zewnątrz lub podczas żucia wywartym. Przyległe gruczoły chłonicze które zwykle przy chorobach w jamie ustnej dość wczesnie przyjmują udział, zanim jeszcze gruczoł przyuszny zajęty zostaje, utrudniają oznaczenie rodzaju choroby, wszakże przebieg a zwłaszcza odsuwanie się płątka muszli usznej na zewnątrz, wczesniejsze i jednostajniejsze rozejście się zapalenia gruczołu przyusznego niż gruczołów chronicznych szyjowych które często twardnieją i ulegają ropieniu, w wątpliwych wypadkach mogą posłużyć za rozpoznawczą wskazówkę. Wszakże niekiedy gruczoł przyuszny zajęty następczém zapaleniem przerzutowem, ulega ropieniu, chełbocze, powiększa stopniowo swoją objętość, przyłączają się groźne objawy ze stanu ogólnego, ciągłe i obfite ropienie wyniszcza chore dziecko a miejscowo prowadzi do zupełnego zaniku gruczołu. Jakie wówczas zachodzą zmiany w wydzielinie ślinowej dotąd ściśle nie określono, z powodu że odmiana następcza zapalenia zwykle jest jednostronną a jama ustna podlega ważniejszym zaburzeniom

---

<sup>1)</sup> Przy opisie chorób gruczołu przyusznego (str. 147) pominięto w druku (na str. 150), opis dwóch odmian zapalenia: następczego i przerzutowego (*parotitis secundaria et metastatica*) oraz rozrostu tegoż gruczołu (*hypertrophia parotis*) dla tego celem uzupełnienia podajemy w tём miejscu.

**Leczenie.** Główną uwagę zwrócić należy na istniejącą chorobę w jamie ustnej; tu także wskazanym jest przed innymi środkami lekarskimi chloran potażu, szczegółowe traktowanie podano przy opisie chorób jamy ustnej.

c) Przerzutowe zapalenie gruczołu przyusznego (*parotitis metastatica*) zdarza się jako powikłanie przy durzycy, ospie, płonicy i odrze, u dorosłych także przy cholery, gorączce połogowej, posocznicy a niekiedy w przebiegu ostrych zapaleń z silnym natężeniem np. płuc, opłucnej i innych narządów. Powikłanie to pojawia się w pierwszych dniach choroby jako zwiastun niepomyślnego zejścia lub też w okresie zdrowienia a wówczas o wiele pomyślniej wpływa na rokowanie. Przyczynowy związek tego powikłania przy chorobach wysypkowych jest bardzo nie jasny; pomiędzy innymi przyczynami zaznaczyć jednakże można szczególnie dla durzycy, mechaniczne zatkanie przewodu Stenon'a skutkiem suchości w jamie ustnej towarzyszącego przy tej chorobie.

**Anatomiczne badanie** wykazuje obrzmienie gruczołu i części okolicznych, sam zaś gruczoł przenikły jest mnóstwem drobnych ognisk, których treść stanowi gęsta, żółta ropa lub brunatna krwawa posoka. Sprawa chorobna zdaje się dotyczyć nie tylko tkanki łącznej otaczającej gruczoł i stanowiącej jego podścielisko lecz także i samego mięszu. W gorączkach ze złośliwym charakterem i usposabiających do rozkładu krwi, szybko następuje posocznica; w takich wypadkach cały gruczoł wraz z otaczającymi częściami rozpada się w posokowatą, brunatno-zieloną, cuchnącą masę.

**Objawy** są zależne od natężenia ogólnego odczynu, jeżeli to powikłanie występuje w przebiegu ciężkiej durzycy lub ostrych wysypek, chory nawet nie zwraca uwagi na jego powstawanie, jednakże w razie pojawienia się w okresie zdrowienia, objawy przedmiotowe są takie jak powyżej opisano przy samoistnym zapaleniu gruczołu przyusznego (str. 147).

**Przebieg** w odmianie przerzutowej jest powolniejszy i częstokroć przyjmuje charakter ropny, co rzadko się zdarza przy odmianie następnej lub samoistnej zapalenia. Utworzony ropień pod względem rozmiaru, obszerności i twardości zachowuje się jak przy ostatniej odmianie.

**Leczenie** powinno być skierowane przeciwko głównej chorobie. Ciepłe okłady sprzyjają zapobieganiu ropienia, uśmierzają ból wszakże zastawiać ich należy w takich tylko razach jeżeli dzieci dobrze ich znoszą. Skoro chę-

botanie uwytadni się wskazanemi są nacięcia, jednakże jeżeli po głębokiem nawet nacięciu ropa nie zostaje wydaloną, to chore dziecko nie tylko żadnej ulgi nie doznaje. owszém obrzmienie i ból wzmagają się. Zapalenie u osób zdrowiejących po ciężkich chorobach, zwykło prze wlekać się długi czasu przeciąg, wyniszcza ustrój, wymaga zatem leczenia wzmacniającego, mianowicie: dyety mięsnej, mlecznej, wina, przetworów chinu i t. p. środków wzmacniających, które sprzyjają odżywianiu i wzmaganiu się podupadłych sił dziecięcia.

## 2) Rozrost gruczołu przyusznego.

(*Hypertrophia parotis*).

Choroba ta dwojakiego bywa rodzaju: łagodna i złośliwa.

Pierwszy rodzaj jakkolwiek może powstać miejscowo i powolnie częściej jednakże jest następstwem rzeczonych już spraw zapalnych. Niekiedy téż tworzą się w gruczole przyusznym łagodne nowotwory: włókniaki, kaszaki, tłuszczaki i t. p. najczęściej występujące tylko z jednej strony. Skóra po nad łagodnemi nowotworami pozostaje ruchomą, ból za naciśnięciem gruczołu łagodny, dla czego i szczeka dolna nawet przy znacznych nabrżeknieniach dość jest ruchomą. Od zółzowatego nabrżeknienia gruczołów chłoniczych szyjnych rozrost gruczołu przyusznego odróżnia się tém, że te ostatnie są więcej ruchome, obfitsze, z jednostajną powierzchnią a płatek usznej muszli mniej na zewnątrz odstaje.

Wytrwałe pędzlowanie nalewką jodową 1—2 razy tygodniowo wpływa na zmniejszenie obrzmienia gruczołu przyusznego, powstałego skutkiem właściwego rozrostu a niekiedy wystarcza do zupełnego usunięcia tegoż. Wszakże na tłuszczak i inne nowotwory prawie żadnego nie wywiera wpływu. Wówczas jedynie pomoc chirurgiczna i to w wypadkach powierzchownego usadowienia się nowotworu, przy którym ustrzedz się można od skałeczenia ważniejszych naczyń i nerwów, obiecuje pemyślne zejście.

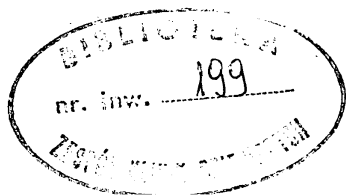
b) Drugi rodzaj to jest rozrost złośliwy dotyczy nowotworu rakowego, rdzeniaka lub raka twardego (*C. medullare, scirrhus*). Takowy w gruczole przysznym pierwotnie nie pojawia się, lecz występuje współcześnie ze złościami tego rodzaju w innych narządach i nader rzadko u dzieci spostrzegać się daje. Jeżeli nowotwór wzrasta na wewnątrz, to cisnąć na gardziel, krtań i grubsze naczynia i nerwy wywołuje objawy zaduszenia lub utrudnionego odpływu krwi. Skoro zaś nowotwór rozwija się więcej ku przodowi, po nad wstępującą gałęź

szczęki dolnej, to brzozi tejez trudno domacać się daja. Nowotwór złośliwy jest zupełnie nieruchomy a jego twardość zalezy od gatunku rdzeniak jest miękki i podatny, rak włóknisty jest zbity i twardy a pokrywajaca go skóra nieruchoma.

Gruźlica w gruczole przyusznym prawie nie zdarza się.

**Leczenie** ogranicza się jak w ogóle u osób dotkniętych rakiem na zachowaniu przepisów higieniczno-dyetetycznych. Metoda operacyjna nie prowadzi do celu, gdyż nowotwór jednocześnie niszczy i inne narządy, zresztą anatomiczne warunki okolicy przyusznój przy zwyrodniałym rakowato gruczole nie pozwalają na dokładne wyłuszczenie zajętych części, o tyle aby można było upewnić się o usunięciu wszystkich przerodzonych ognisk nowotworu i uchronić się od bardzo groźnych powikłań.

KONIEC.







[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)